Primeira Parte

ISSN 1677-7042

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

República Federativa do Brasil - Imprensa Nacional

Em circulação desde 1º de outubro de 1862

Suplemento ao Nº 190

Brasília - DF, terça-feira, 3 de outubro de 2017

SEÇÃO 1

Aviso

Esta edição é composta de um total de 716 páginas, dividida em 3 partes.

Sumário

PÁGINA

Ministério da Saúde 1

Ministério da Saúde

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017

Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

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

Art. 1º Os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) obedecerão ao disposto nesta Portaria e nas resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), na forma do disposto na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

TÍTULO I

DOS DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS DA SAÚDE

Art. 2º Este Título dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde nos termos da legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 1º)

Art. 3º Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 2º)

§ 1º O acesso será preferencialmente nos serviços de Atenção Básica integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos de sua casa. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Nas situações de urgência/emergência, qualquer serviço de saúde deve receber e cuidar da pessoa bem como encaminhá-la para outro serviço no caso de necessidade. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário, em tempo hábil e em condições seguras para um serviço de saúde com capacidade para resolver seu tipo de problema. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 2º, § 3º)

§ 4º O encaminhamento às especialidades e aos hospitais, pela Atenção Básica, será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta a gravidade do problema a ser analisado pelas centrais de regulação. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 2º, § 4º)

§ 5º Quando houver alguma dificuldade temporária para atender as pessoas é da responsabilidade da direção e da equipe do serviço, acolher, dar informações claras e encaminhá-las sem discriminação e privilégios. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 2º, § 5º)

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º)

Parágrafo Único. É direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, para isso deve ser assegurado: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único)

I - atendimento ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e com condições adequadas de atendimento; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, I)

II - informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível quanto a: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II)

a) possíveis diagnósticos; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, a)

b) diagnósticos confirmados; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, b)

c) tipos, justificativas e riscos dos exames solicitados; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, c)

d) resultados dos exames realizados; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, d)

e) objetivos, riscos e benefícios de procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou de tratamento; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, e)

f) duração prevista do tratamento proposto; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, f)

g) quanto a procedimentos diagnósticos e tratamentos invasivos ou cirúrgicos; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, g)

h) a necessidade ou não de anestesia e seu tipo e duração; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, h)

i) partes do corpo afetadas pelos procedimentos, instrumental a ser utilizado, efeitos colaterais, riscos ou consequências indesejáveis; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, i)

j) duração prevista dos procedimentos e tempo de recuperação; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, j)

k) evolução provável do problema de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, k)

l) informações sobre o custo das intervenções das quais a pessoa se beneficiou; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, l)

m) outras informações que forem necessárias; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, m)

III - toda pessoa tem o direito de decidir se seus familiares e acompanhantes deverão ser informados sobre seu estado de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, III)

IV - registro atualizado e legível no prontuário, das seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IV)

a) motivo do atendimento e/ou internação; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IV, a)

b) dados de observação e da evolução clínica; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IV, b)

c) prescrição terapêutica; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IV, c)

d) avaliações dos profissionais da equipe; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IV, d)

e) procedimentos e cuidados de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IV, e)

f) quando for o caso, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, odontológicos, resultados de exames complementares laboratoriais e radiológicos; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IV, f)

g) a quantidade de sangue recebida e dados que garantam a qualidade do sangue, como origem, sorologias efetuadas e prazo de validade; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IV, g)

h) identificação do responsável pelas anotações; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IV, h)

i) outras informações que se fizerem necessárias; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IV, i)

V - o acesso à anestesia em todas as situações em que for indicada, bem como a medicações e procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, V)

VI - o recebimento das receitas e prescrições terapêuticas, devem conter: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, VI)

a) o nome genérico das substâncias prescritas; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, VI, a)

b) clara indicação da dose e do modo de usar; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, VI, b)

c) escrita impressa, datilografada ou digitada, ou em caligrafia legível; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, VI, c)

d) textos sem códigos ou abreviaturas; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, VI, d)

e) o nome legível do profissional e seu número de registro no conselho profissional; e (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, VI, e)

f) a assinatura do profissional e a data; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, VI, f)

VII - recebimento, quando prescritos, dos medicamentos que compõem a farmácia básica e, nos casos de necessidade de medicamentos alocados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica deve ser garantido o acesso conforme protocolos e normas do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, VII)

VIII - o acesso à continuidade da atenção no domicílio, quando pertinente, com estímulo e orientação ao autocuidado que fortaleça sua autonomia e a garantia de acompanhamento em qualquer serviço que for necessário; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, VIII)

IX - o encaminhamento para outros serviços de saúde deve ser por meio de um documento que contenha: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IX)

a) caligrafia legível ou datilografada ou digitada ou por meio eletrônico; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IX, a)

b) resumo da história clínica, possíveis diagnósticos, tratamento realizado, evolução e o motivo do encaminhamento; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IX, b)

c) linguagem clara evitando códigos ou abreviaturas; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IX, c)

d) nome legível do profissional e seu número de registro no conselho profissional, assinado e datado; e (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IX, d)

e) identificação da unidade de saúde que recebeu a pessoa, assim como da unidade a que está sendo encaminhada. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IX, e)

Art. 5º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º)

Parágrafo Único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único)

I - identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, I)

II - a identificação dos profissionais, por crachás visíveis, legíveis e/ou por outras formas de identificação de fácil percepção; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, II)

III - nas consultas, nos procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o seguinte: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, III)

a) a integridade física; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, III, a)

TABELA DE PREÇOS DE JORNAIS AVULSOS

Páginas	Distrito Federal	Demais Estados
de 04 a 28	R$ 0,50	R$ 2,00
de 32 a 76	R$ 0,90	R$ 2,40
de 80 a 156	R$ 1,90	R$ 3,40
de 160 a 250	R$ 2,50	R$ 4,00
de 254 a 500	R$ 5,00	R$ 6,50

- Acima de 500 páginas = preço de tabela mais excedente de páginas multiplicado por R$ 0,0179

b) a privacidade e o conforto; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, III, b)

c) a individualidade; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, III, c)

d) os seus valores éticos, culturais e religiosos; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, III, d)

e) a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, III, e)

f) a segurança do procedimento; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, III, f)

g) o bem-estar psíquico e emocional; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, III, g)

IV - o atendimento agendado nos serviços de saúde, preferencialmente com hora marcada; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, IV)

V - o direito a acompanhante, pessoa de sua livre escolha, nas consultas e exames; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, V)

VI - o direito a acompanhante, nos casos de internação, nos casos previstos em lei, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, VI)

VII - o direito a visita diária não inferior a duas horas, preferencialmente aberta em todas as unidades de internação, ressalvadas as situações técnicas não indicadas; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, VII)

VIII - a continuidade das atividades escolares, bem como o estímulo à recreação, em casos de internação de criança ou adolescente; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, VIII)

IX - a informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, baseado nas evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, IX)

X - a escolha do local de morte; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, X)

XI - o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, XI)

XII - o recebimento de visita, quando internado, de outros profissionais de saúde que não pertençam àquela unidade hospitalar sendo facultado a esse profissional o acesso ao prontuário; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, XII)

XIII - a opção de marcação de atendimento por telefone para pessoas com dificuldade de locomoção; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, XIII)

XIV - o recebimento de visita de religiosos de qualquer credo, sem que isso acarrete mudança da rotina de tratamento e do estabelecimento e ameaça à segurança ou perturbações a si ou aos outros; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, XIV)

XV - a não-limitação de acesso aos serviços de saúde por barreiras físicas, tecnológicas e de comunicação; e (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, XV)

XVI - a espera por atendimento em lugares protegidos, limpos e ventilados, tendo à sua disposição água potável e sanitários, e devendo os serviços de saúde se organizarem de tal forma que seja evitada a demora nas filas. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, XVI)

Art. 6º Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde, garantindo-lhe: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º)

I - a escolha do tipo de plano de saúde que melhor lhe convier, de acordo com as exigências mínimas constantes da legislação e a informação pela operadora sobre a cobertura, custos e condições do plano que está adquirindo; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, I)

II - o sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo nos casos de risco à saúde pública; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, II)

III - o acesso da pessoa ao conteúdo do seu prontuário ou de pessoa por ele autorizada e a garantia de envio e fornecimento de cópia, em caso de encaminhamento a outro serviço ou mudança de domicilio; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, III)

IV - a obtenção de laudo, relatório e atestado médico, sempre que justificado por sua situação de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, IV)

V - o consentimento livre, voluntário e esclarecido, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos que acarretem risco à saúde pública, considerando que o consentimento anteriormente dado poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que sejam imputadas à pessoa sanções morais, financeiras ou legais; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, V)

VI - a não-submissão a nenhum exame de saúde pré-admissional, periódico ou demissional, sem conhecimento e consentimento, exceto nos casos de risco coletivo; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, VI)

VII - a indicação de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, VII)

VIII - o recebimento ou a recusa à assistência religiosa, psicológica e social; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, VIII)

IX - a liberdade, em qualquer fase do tratamento, de procurar segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, IX)

X - a não-participação em pesquisa que envolva ou não tratamento experimental sem que tenha garantias claras da sua liberdade de escolha e, no caso de recusa em participar ou continuar na pesquisa, não poderá sofrer constrangimentos, punições ou sanções pelos serviços de saúde, sendo necessário, para isso: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, X)

a) que o dirigente do serviço cuide dos aspectos éticos da pesquisa e estabeleça mecanismos para garantir a decisão livre e esclarecida da pessoa; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, X, a)

b) que o pesquisador garanta, acompanhe e mantenha a integridade da saúde dos participantes de sua pesquisa, assegurando-lhes os benefícios dos resultados encontrados; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, X, b)

c) que a pessoa assine o termo de consentimento livre e esclarecido; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, X, c)

XI - o direito de se expressar e ser ouvido nas suas queixas denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio das ouvidorias, urnas e qualquer outro mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, no sigilo e na confidencialidade; e (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, XI)

XII - a participação nos processos de indicação e/ou eleição de seus representantes nas conferências, nos conselhos de saúde e nos conselhos gestores da rede SUS. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, XII)

Art. 7º Toda pessoa tem responsabilidade para que seu tratamento e recuperação sejam adequados e sem interrupção. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º)

Parágrafo Único. Para que seja cumprido o disposto no caput deste artigo, as pessoas deverão: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único)

I - prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações sobre: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, I)

a) queixas; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, I, a)

b) enfermidades e hospitalizações anteriores; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, I, b)

c) história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, I, c)

d) demais informações sobre seu estado de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, I, d)

II - expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas e, caso ainda tenha dúvidas, solicitar esclarecimento sobre elas; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, II)

III - seguir o plano de tratamento proposto pelo profissional ou pela equipe de saúde responsável pelo seu cuidado, que deve ser compreendido e aceito pela pessoa que também é responsável pelo seu tratamento; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, III)

IV - informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a sua condição de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, IV)

V - assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, V)

VI - contribuir para o bem-estar de todos nos serviços de saúde, evitando ruídos, uso de fumo e derivados do tabaco e bebidas alcoólicas, colaborando com a segurança e a limpeza do ambiente; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, VI)

VII - adotar comportamento respeitoso e cordial com às demais pessoas que usam ou que trabalham no estabelecimento de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, VII)

VIII - ter em mão seus documentos e, quando solicitados, os resultados de exames que estejam em seu poder; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, VIII)

IX - cumprir as normas dos serviços de saúde que devem resguardar todos os princípios deste Título; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, IX)

X - ficar atento às para situações de sua vida cotidiana que coloquem em risco sua saúde e a da comunidade, e adotar medidas preventivas; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, X)

XI - comunicar aos serviços de saúde, às ouvidorias ou à vigilância sanitária irregularidades relacionadas ao uso e à oferta de produtos e serviços que afetem a saúde em ambientes públicos e privados; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, XI)

XII - desenvolver hábitos, práticas e atividades que melhorem a sua saúde e qualidade de vida; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, XII)

XIII - comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de caso de doença transmissível, quando a situação requerer o isolamento ou quarentena da pessoa ou quando a doença constar da relação do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, XIII)

XIV - não dificultar a aplicação de medidas sanitárias, bem como as ações de fiscalização sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, XIV)

Art. 8º Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º)

§ 1º O direito previsto no caput deste artigo, inclui a informação, com linguagem e meios de comunicação adequados, sobre: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 1º)

I - o direito à saúde, o funcionamento dos serviços de saúde e sobre o SUS; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 1º, I)

II - os mecanismos de participação da sociedade na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas e da gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 1º, II)

III - as ações de vigilância à saúde coletiva compreendendo a vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental; e (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 1º, III)

IV - a interferência das relações e das condições sociais, econômicas, culturais, e ambientais na situação da saúde das pessoas e da coletividade. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 1º, IV)

§ 2º Os órgãos de saúde deverão informar as pessoas sobre a rede SUS mediante os diversos meios de comunicação, bem como nos serviços de saúde que compõem essa rede de participação popular, em relação a: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 2º)

I - endereços; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 2º, I)

II - telefones; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 2º, II)

III - horários de funcionamento; e (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 2º, III)

IV - ações e procedimentos disponíveis. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 2º, IV)

§ 3º Em cada serviço de saúde deverá constar, em local visível à população: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 3º)

I - nome do responsável pelo serviço; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 3º, I)

II - nomes dos profissionais; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 3º, II)

III - horário de trabalho de cada membro da equipe, inclusive do responsável pelo serviço; e (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 3º, III)

IV - ações e procedimentos disponíveis. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 3º, IV)

§ 4º As informações prestadas à população devem ser claras, para propiciar a compreensão por toda e qualquer pessoa. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 4º)

§ 5º Os conselhos de saúde deverão informar à população sobre: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 5º)

I - formas de participação; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 5º, I)

II - composição do conselho de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 5º, II)

III - regimento interno dos conselhos; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 5º, III)

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
CASA CIVIL
IMPRENSA NACIONAL

MICHEL MIGUEL ELIAS TEMER LULIA
Presidente da República

ELISEU LEMOS PADILHA
Ministro de Estado Chefe da Casa Civil

PEDRO ANTONIO BERTONE ATAÍDE
Diretor-Geral da Imprensa Nacional

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

SEÇÃO 1
Publicação de atos normativos

SEÇÃO 2
Publicação de atos relativos a pessoal da Administração Pública Federal

SEÇÃO 3
Publicação de contratos, editais, avisos e ineditoriais

ALEXANDRE MIRANDA MACHADO
Coordenador-Geral de Publicação e Divulgação

HELDER KLEIST OLIVEIRA
Coordenador de Editoração e Divulgação Eletrônica dos Jornais Oficiais

EIMAR BAZILIO VAZ FILHO
Coordenador de Produção

A Imprensa Nacional não possui representantes autorizados para a comercialização de assinaturas impressas e eletrônicas

http://www.in.gov.br ouvidoria@in.gov.br
SIG, Quadra 6, Lote 800, CEP 70610-460, Brasília - DF
CNPJ: 04196645/0001-00
Fone: (61) 3441-9450

IV - Conferências de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 5º, IV)

V - data, local e pauta das reuniões; e (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 5º, V)

VI - deliberações e ações desencadeadas. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 5º, VI)

§ 6º O direito previsto no caput desse artigo inclui a participação de conselhos e conferências de saúde, o direito de representar e ser representado em todos os mecanismos de participação e de controle social do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 6º)

Art. 9º Toda pessoa tem direito a participar dos conselhos e conferências de saúde e de exigir que os gestores cumpram os princípios anteriores. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º)

Parágrafo Único. Os gestores do SUS, das três esferas de governo, para observância desses princípios, comprometem-se a: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º, Parágrafo Único)

I - promover o respeito e o cumprimento desses direitos e deveres, com a adoção de medidas progressivas, para sua efetivação; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º, Parágrafo Único, I)

II - adotar as providências necessárias para subsidiar a divulgação deste Título, inserindo em suas ações as diretrizes relativas aos direitos e deveres das pessoas; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º, Parágrafo Único, II)

III - incentivar e implementar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias e participação de controle social do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º, Parágrafo Único, III)

IV - promover atualizações necessárias nos regimentos e estatutos dos serviços de saúde, adequando-os a este Título; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º, Parágrafo Único, IV)

V - adotar estratégias para o cumprimento efetivo da legislação e das normatizações do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º, Parágrafo Único, V)

VI - promover melhorias contínuas, na rede SUS, como a informatização, para implantar o Cartão SUS e o Prontuário Eletrônico com os objetivos de: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º, Parágrafo Único, VI)

a) otimizar o financiamento; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º, Parágrafo Único, VI, a)

b) qualificar o atendimento aos serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º, Parágrafo Único, VI, b)

c) melhorar as condições de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º, Parágrafo Único, VI, c)

d) reduzir filas; e (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º, Parágrafo Único, VI, d)

e) ampliar e facilitar o acesso nos diferentes serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º, Parágrafo Único, VI, e)

Art. 10. Os direitos e deveres dispostos neste Título constituem a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 9º)

Parágrafo Único. A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde deverá ser disponibilizada a todas as pessoas por meios físicos e na internet, no seguinte endereço eletrônico: www.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 9º, Parágrafo Único)

TÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO

CAPÍTULO I

DA BANDEIRA DO SUS

Art. 11. Fica instituída a Bandeira do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 82/2014, Art. 1º)

Art. 12. A Bandeira do SUS possuirá formato retangular e será formada pela associação do símbolo, do logotipo e do nome institucional em azul sobre fundo branco. (Origem: PRT MS/GM 82/2014, Art. 2º)

§ 1º Os elementos técnicos a serem observados na confecção da Bandeira do SUS deverão estar em consonância com o disposto no Manual de Identidade Visual do SUS vigente. (Origem: PRT MS/GM 82/2014, Art. 2º, § 1º)

§ 2º A Bandeira do SUS poderá ser confeccionada em quaisquer dimensões, desde que obedecidas as características e proporções estabelecidas no modelo aprovado por este Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 82/2014, Art. 2º, § 2º)

Art. 13. A Bandeira do SUS será hasteada diariamente em todos os prédios dos órgãos e entidades integrantes da estrutura regimental do Ministério da Saúde, em todo o território nacional. (Origem: PRT MS/GM 82/2014, Art. 3º)

Parágrafo Único. As esferas estaduais, do Distrito Federal e municipais do SUS poderão adotar o mesmo procedimento de que trata o "caput" em seus estabelecimentos de saúde, desde que obedecidos os critérios estabelecidos neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 82/2014, Art. 3º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II

DA RELAÇÃO NACIONAL DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (RENASES)

Art. 14. Fica publicada a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), que compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário, para atendimento da integralidade da assistência à saúde, em atendimento ao disposto no art. 22 do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 e no art. 7º, inciso II da Lei nº 8.080/90, disponível no endereço eletrônico do Ministério da Saúde: http://portalsaude.saude.gov.br/. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 1º)

§ 1º Esta versão contém as ações e serviços ofertados pelo SUS na data de publicação do Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, com acréscimo dos novos serviços e ações instituídos posteriormente. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 1º, § 1º)

§ 2º As ações e serviços descritos na RENASES contemplam, de forma agregada, toda a Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Medicamentos do SUS. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 1º, § 2º)

Art. 15. O financiamento das ações e serviços da RENASES será tripartite, conforme pactuação, e a oferta das ações e serviços pelos entes federados deverá considerar as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários entre municípios e regiões, e a escala econômica adequada. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 2º)

Art. 16. A RENASES está organizada nos seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 3º)

I - ações e serviços da atenção básica (primária); (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 3º, I)

II - ações e serviços da urgência e emergência; (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 3º, II)

III - ações e serviços da atenção psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 3º, III)

IV - ações e serviços da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 3º, IV)

V - ações e serviços da vigilância em saúde. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 3º, V)

Parágrafo Único. A RENASES está estruturada de forma que sejam expressos a organização dos serviços e o atendimento da integralidade do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 17. As atualizações da RENASES ocorrerão por inclusão, exclusão e alteração de ações e serviços, de forma contínua e oportuna. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 4º)

§ 1º As inclusões, exclusões e alterações de ações e serviços da RENASES serão realizadas de acordo com regulamento específico da subcomissão da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), que deverá prever as rotinas de solicitação, análise, decisão e publicização, conforme o Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, que dispõe sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Caberá ao Ministério da Saúde conduzir o processo de atualizações de ações e serviços da RENASES, conforme estabelecido pelos art. 19-Q e 19-R da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 4º, § 2º)

§ 3º A cada 2 (dois) anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENASES. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 4º, § 3º)

Art. 18. Os estados, o Distrito Federal e os municípios poderão adotar relações complementares de ações e serviços de saúde, sempre em consonância com o previsto na (RENASES), respeitadas as responsabilidades de cada ente federado pelo seu financiamento e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.(Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 5º)

§ 1º Compreende-se por complementar a inclusão de ações e serviços que não constam da RENASES. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O padrão a ser observado para a elaboração de relações de ações e serviços complementares será sempre a RENASES, devendo observar os mesmos princípios, critérios e requisitos na sua elaboração. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 5º, § 2º)

§ 3º Os estados e municípios deverão submeter à CONITEC os pedidos de incorporação e alteração de tecnologias em saúde, para complementar a RENASES no âmbito estadual ou municipal. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 5º, § 3º)

Art. 19. As ações e serviços de saúde constantes da RENASES serão oferecidos de acordo com os regramentos do SUS no tocante ao acesso, baseados em critérios de referenciamento na Rede de Atenção à Saúde, e se fundamentam em normas, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 6º)

Art. 20. Os regramentos do SUS no tocante ao acesso e aos critérios de referenciamento na Rede de Atenção à Saúde, correspondentes a cada ação ou serviço de saúde, são expressos na RENASES de acordo com as seguintes codificações: (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 7º)

I - ação ou serviço com acesso mediante procura direta pelos usuários: ação ou serviço com acesso livre para o usuário, sem exigência de qualquer tipo de encaminhamento ou mecanismo de regulação de acesso; considerados portas de entrada do SUS, conforme definido no artigo 9º do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011;(Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 7º, I)

II - ação ou serviço com acesso mediante encaminhamento de serviço próprio do SUS: ação ou serviço que exige encaminhamento realizado por um serviço próprio do SUS (público municipal, estadual ou federal); (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 7º, II)

III - ação ou serviço com acesso garantido mediante autorização prévia de dispositivo de regulação: ação ou serviço provido mediante autorização prévia de dispositivo de regulação de acesso (central de regulação, complexo regulador ou outro dispositivo incumbido de regulação de acesso, coordenação de cuidado ou controle de fluxo de pacientes entre serviços de saúde); (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 7º, III)

IV - ação ou serviço com exigência de habilitação: ação ou serviço com exigência de autorização pelo gestor municipal, estadual ou federal para que um estabelecimento de saúde já credenciado ao SUS passe a realizar procedimentos constantes da Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Medicamentos do SUS, conforme estabelecido pela Portaria nº 414/SAS/MS, de 11 de agosto de 2005; (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 7º, IV)

V - ação ou serviço com indicação e autorização prevista em protocolo clínico ou diretriz terapêutica nacional: ações ou serviços que contam com protocolos clínicos ou diretrizes terapêuticas nacionais específicos, conforme o inciso II do art. 19-N e art. 19-O da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; e (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 7º, V)

VI - ação ou serviço voltado para a saúde coletiva, com intervenções individuais, em grupo e na regulação e controle de produtos e serviços, no campo da vigilância: ação ou serviço voltado para a saúde coletiva, mesmo que suas intervenções sejam feitas sobre indivíduos, grupos ou na regulação e controle de produtos e serviços, no campo da vigilância. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 7º, VI)

Art. 21. O acesso às ações e serviços de saúde será ordenado pela atenção básica (primária) e deve ser fundado: (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 8º)

I - na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 8º, I)

II - nas regras de referenciamento pactuadas intrarregionalmente e interregionalmente, de acordo com o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP). (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 8º, II)

CAPÍTULO III

DA DECLARAÇÃO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE DE IMPORTÂNCIA NACIONAL (ESPIN) E DA FORÇA NACIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (FN-SUS)

Art. 22. Este Capítulo regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 1º)

Art. 23. Para os efeitos deste Capítulo, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 2º)

I - Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN): situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública nas seguintes situações: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 2º, I)

a) situações epidemiológicas: surtos e epidemias que: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 2º, I, a)

1. apresentem risco de disseminação nacional; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 2º, I, a, 1)

2. sejam produzidos por agentes infecciosos inesperados; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 2º, I, a, 2)

3. representem a reintrodução de doença erradicada; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 2º, I, a, 3)

4. apresentem gravidade elevada; ou (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 2º, I, a, 4)

5. extrapolem a capacidade de resposta da direção estadual do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 2º, I, a, 5)

b) situação de desastre: evento que configure situação de emergência ou estado de calamidade pública reconhecido pelo Poder Executivo federal nos termos da Lei nº 12.340, de 1º de dezembro de 2010, e que implique atuação direta na área de saúde pública; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 2º, I, b)

c) situação de desassistência à população: evento que, devidamente reconhecido mediante a decretação de situação de emergência ou calamidade pública pelo ente federado afetado, coloque em risco a saúde dos cidadãos por incapacidade ou insuficiência de atendimento à demanda e que extrapolem a capacidade de resposta das direções estadual, distrital e municipal do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 2º, I, c)

II - Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS): programa de cooperação voltado à execução de medidas de prevenção, assistência e repressão a situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 2º, II)

Seção I

Da Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN)

(Origem: PRT MS/GM 2952/2011, CAPÍTULO I)

Art. 24. A ESPIN será declarada por ato do Ministro de Estado da Saúde nas seguintes situações: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º)

I - em caso de situação epidemiológica que requeira a adoção de medidas para, dentre outras finalidades, interromper a propagação ou disseminação de doenças ou agravos, após análise de requerimento do Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, que será instruído com as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, I)

a) relatório técnico sobre risco de propagação de doença ou agravo de saúde, inclusive com análise das informações obtidas sobre a ocorrência; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, I, a)

b) nível de gravidade da emergência em saúde pública ou a sua natureza incomum ou inesperada com indicação do potencial de propagação; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, I, b)

c) níveis de morbidade, letalidade e de contaminação que ocorreram ou que possam ocorrer em determinada localidade; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, I, c)

d) descrição dos aspectos ambientais do evento, caso se aplique, e outras informações e dados técnicos pertinentes, conforme o caso. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, I, d)

II - em caso de desastre, após análise de requerimento do Ministério da Integração Nacional, que será instruído com as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, II)

a) ato de reconhecimento da situação de emergência ou estado de calamidade pelo Ministro de Estado da Integração Nacional; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, II, a)

b) termo de motivação, com as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, II, b)

1. tipo do desastre, de acordo com a codificação de desastres, ameaças e riscos definida pelo Ministério da Integração Nacional; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, II, b, 1)

2. data e local do desastre; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, II, b, 2)

3. descrição da área afetada, das causas e dos efeitos do desastre; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, II, b, 3)

4. estimativa de danos humanos, materiais, ambientais e dos serviços essenciais de saúde prejudicados; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, II, b, 4)

5. medidas e ações em curso; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, II, b, 5)

6. informações sobre capacidade de atuação e recursos humanos, materiais, institucionais e financeiros a serem empregados pelos entes federados envolvidos para o restabelecimento da normalidade; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, II, b, 6)

7. outras informações disponíveis acerca do desastre e seus efeitos; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, II, b, 7)

III - em caso de desassistência à população, após parecer favorável do Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde em requerimento do Poder Executivo do estado, do Distrito Federal ou do município afetado, que será instruído com as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, III)

a) ato do ente federado que decretou a situação de emergência ou o estado de calamidade pública local; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, III, a)

b) termo de motivação, com as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, III, b)

1. tipo de desassistência por especialidade, conforme o disposto na Renases; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, III, b, 1)

2. data e local da desassistência; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, III, b, 2)

3. descrição da área afetada, das causas e dos efeitos da desassistência; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, III, b, 3)

4. estimativa dos danos humanos, materiais, ambientais e dos serviços essenciais de saúde prejudicados; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, III, b, 4)

5. medidas e ações em curso; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, III, b, 5)

6. informações sobre capacidade de atuação e recursos humanos, materiais, institucionais e financeiros a serem empregados pelo ente federado requerente para o restabelecimento da normalidade; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, III, b, 6)

7. outras informações disponíveis acerca da desassistência e seus efeitos. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, III, b, 7)

§ 1º No caso do art. 24, III, o Ministro de Estado da Saúde comunicará ao Ministro de Estado da Integração Nacional do encaminhamento do requerimento, para avaliação da necessidade de atuação conjunta entre os órgãos. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O Ministro de Estado da Saúde poderá solicitar informações complementares para a declaração de ESPIN ou dispensar as exigências referidas no art. 24, II, alínea b e no art. 24, III, alínea b, considerando-se a intensidade do desastre ou da situação de desassistência à população e seu impacto social, econômico ou ambiental. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, § 2º)

Art. 25. O ato de declaração da ESPIN conterá: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º)

I - delimitação da circunscrição territorial objeto da declaração; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, I)

II - diretrizes e medidas que nortearão o desenvolvimento das ações voltadas à solução da ESPIN; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, II)

III - designação do representante do Ministério da Saúde responsável pela coordenação das medidas a serem executadas durante a ESPIN. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, III)

§ 1º Compete ao representante do Ministério da Saúde responsável pela coordenação das medidas a serem executadas durante a ESPIN: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º)

I - planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas durante a ESPIN, especialmente: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, I)

a) mobilizar equipes e profissionais especializados de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental, laboratório, assistência à saúde, comunicação, logística ou outros, de acordo com a natureza da ESPIN; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, I, a)

b) viabilizar acesso a serviços especializados na área de diagnóstico, assistência, vigilância epidemiológica, transporte, logística, ou outros recursos necessários na resposta às ESPIN; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, I, b)

c) disponibilizar insumos, materiais ou recursos financeiros complementares; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, I, c)

II - articular-se com os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, II)

III - encaminhar ao Ministro de Estado da Saúde, regularmente ou a pedido, relatórios técnicos sobre a ESPIN e as ações administrativas em curso; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, III)

IV - divulgar à população informações relativas à ESPIN; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, IV)

V - propor, de forma justificada, ao Ministro de Estado da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, V)

a) o acionamento da FN-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, V, a)

b) a contratação temporária de profissionais, nos termos do disposto no inciso II do caput do art. 2º da Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, V, b)

c) a aquisição de bens e a contratação de serviços necessários para a atuação na ESPIN; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, V, c)

d) a requisição de bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, nos termos do inciso XIII do caput do art. 15 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, V, d)

e) o encerramento da ESPIN. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, V, e)

§ 2º Fica autorizada a delegação das atribuições previstas no § 1º deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 2º)

Seção II

Da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS)

(Origem: PRT MS/GM 2952/2011, CAPÍTULO II)

Art. 26. A gestão da FN-SUS será realizada por intermédio: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 5º)

I - do Comitê Gestor da FN-SUS (CG/FN-SUS), de caráter permanente; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 5º, I)

II - do Grupo de Resposta da FN-SUS (GR/FN-SUS), instituído para cada convocação da FN-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 5º, II)

Art. 27. A FN-SUS poderá ser convocada pelo Ministro de Estado da Saúde nas seguintes hipóteses: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º)

I - em caso de declaração de ESPIN, nos termos do disposto no inciso II do art. 13 do Decreto nº 7.616, de 2011; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, I)

II - por solicitação do Comitê Gestor da FN-SUS (CG/FN-SUS), na ocorrência de outras situações de emergência em saúde pública, nos termos do disposto no inciso II do art. 13 do Decreto nº 7.616, de 2011; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, II)

III - por solicitação dos entes federados, nos termos do inciso III do art. 13 do Decreto nº 7.616, de 2011; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, III)

IV - para integrar ações humanitárias e em resposta internacional coordenada, quando solicitada pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), nos termos do art. 22 do Decreto nº 7.616, de 2011. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, IV)

§ 1º A convocação da FN-SUS será imediatamente comunicada ao CG/FN-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Na hipótese prevista no inciso III do caput deste artigo, o requerimento de convocação da FN-SUS deverá conter as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º)

I - relatório técnico sobre risco de propagação de doença ou agravo de saúde, inclusive com análise das informações obtidas sobre a ocorrência; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, I)

II - nível de gravidade da emergência em saúde pública ou a sua natureza incomum ou inesperada com indicação do potencial de propagação; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, II)

III - níveis de morbidade, letalidade e de contaminação que ocorreram ou que possam ocorrer em determinada localidade; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, III)

IV - descrição dos aspectos ambientais do evento, caso se aplique, e outras informações e dados técnicos pertinentes, conforme o caso; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, IV)

V - ato do ente federado que decretou a situação de emergência em saúde pública ou o estado de calamidade pública local; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, V)

VI - termo de motivação, com as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, VI)

a) tipo de desassistência por especialidade, conforme o disposto na Renases; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, VI, a)

b) data e local da desassistência; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, VI, b)

c) descrição da área afetada, das causas e dos efeitos da desassistência; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, VI, c)

d) estimativa dos danos humanos, materiais, ambientais e dos serviços essenciais de saúde prejudicados; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, VI, d)

e) medidas e ações em curso; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, VI, e)

f) informações sobre capacidade de atuação e recursos humanos, materiais, institucionais e financeiros a serem empregados pelo ente federado requerente para o restabelecimento da normalidade; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, VI, f)

g) outras informações disponíveis acerca da desassistência e seus efeitos. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, VI, g)

§ 3º Para fins do disposto no art. 27, § 2º , o requerimento será apreciado pelo Ministro de Estado da Saúde após parecer do Secretário de Atenção à Saúde e/ou do Secretário de Vigilância em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 3º)

Art. 28. As diretrizes operacionais da FN-SUS são aquelas constantes das normas e práticas estabelecidas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) e pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 7º)

Art. 29. A FN-SUS será operacionalizada em articulação com as esferas federal, estadual, distrital e municipal, nos aspectos da força de trabalho, da logística e dos recursos materiais, para assegurar a execução das ações e serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 8º)

Parágrafo Único. O Ministério da Saúde celebrará instrumentos de cooperação interfederativa, contratos e convênios para assegurar a força de trabalho, a logística e os recursos materiais. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 8º, Parágrafo Único)

Subseção I

Do Comitê Gestor da FN-SUS (CG/FN-SUS)

(Origem: PRT MS/GM 2952/2011, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 30. Compete ao CG/FN-SUS: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º)

I - solicitar ao Ministro de Estado da Saúde a convocação da FN-SUS, nos termos do art. 27, II; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, I)

II - realizar diagnóstico situacional com identificação do tipo de calamidade, avaliação de risco e magnitude do evento, para fins do disposto no art. 30, I, ou por solicitação das autoridades previstas neste Capítulo, para subsidiar as manifestações em relação à declaração de ESPIN ou acionamento da FN-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, II)

III - estabelecer o nível de resposta da FN-SUS em articulação com gestores das instâncias municipal, distrital e estadual de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, III)

IV - definir os recursos essenciais para execução das ações de saúde da FN-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, IV)

V - estabelecer as diretrizes de seleção, educação permanente e qualificação para a FN-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, V)

VI - estabelecer critérios e procedimento de seleção e manter cadastro de profissionais integrantes da FN-SUS, para convocação e mobilização sempre que se fizer necessário; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, VI)

VII - manter cadastro de pesquisadores e especialistas em saúde, instituições e serviços que comporão as respostas coordenadas às emergências em saúde pública; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, VII)

VIII - articular-se com as demais instâncias do SUS na provisão de força de trabalho, de logística e de recursos materiais para assegurar a execução das ações de saúde da FN-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, VIII)

IX - sugerir ao Ministro de Estado da Saúde a solicitação de apoio de outros órgãos e entidades federais na operacionalização da resposta às emergências em saúde pública e desastres; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, IX)

X - sugerir ao Ministro de Estado da Saúde a solicitação de apoio das Forças Armadas, nos termos do art. 18 do Decreto nº 7.616, de 2011; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, X)

XI - sugerir ao Ministro de Estado da Saúde a celebração de contratos, convênios e instrumentos de cooperação para assegurar a força de trabalho, a logística e os recursos materiais; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, XI)

XII - sugerir ao Ministro de Estado da Saúde que solicite ao Ministro de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão, no caso de servidores ou empregados públicos que não integrem o Quadro de Pessoal do Ministério da Saúde, a designação para compor o cadastro de profissionais integrantes da FN-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, XII)

XIII - solicitar aos entes federados a indicação de servidores ou empregados públicos a eles vinculados para compor o cadastro de profissionais integrantes da FN-SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, XIII)

XIV - designar os integrantes e o coordenador do GR/FN-SUS que atuarão no caso de convocação da FN-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, XIV)

§ 1º Na hipótese de declaração da ESPIN, o coordenador do GR/FN-SUS será o representante do Ministério da Saúde responsável pela coordenação das medidas a serem executadas durante a ESPIN. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Os critérios e o procedimento de seleção de profissionais integrantes da FN-SUS, bem como o respectivo formulário de inscrição, serão periodicamente revistos, atualizados e divulgados por meio do endereço eletrônico do Ministério da Saúde http://www.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, § 2º)

Art. 31. O CG/FN-SUS será composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 10)

I - SAS/MS, que o coordenará e prestará o apoio técnico e administrativo necessário ao desenvolvimento dos trabalhos; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 10, I)

II - Secretaria-Executiva (SE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 10, II)

III - SVS/MS. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 10, III)

Parágrafo Único. O CG/FN-SUS será instituído por ato do Ministro de Estado da Saúde, mediante indicação dos representantes, titulares e suplentes, pelos dirigentes de seus respectivos órgãos. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 10, Parágrafo Único)

Subseção II

Do Grupo de Resposta da FN-SUS (GR/FN-SUS)

(Origem: PRT MS/GM 2952/2011, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 32. Compete ao GR/FN-SUS: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 11)

I - planejar, coordenar, executar, monitorar respostas às situações que ensejaram a sua instituição, de acordo com as orientações do CG/FN-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 11, I)

II - cooperar tecnicamente com os entes federados nas ações de resposta às ESPIN; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 11, II)

III - prover medidas de assistência e proteção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 11, III)

IV - apoiar a rede assistencial pública e privada de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 11, IV)

V - elaborar normas técnicas, operacionais, diretrizes e protocolos no âmbito da sua atuação; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 11, V)

VI - fomentar ações de educação permanente para qualificação dos profissionais integrantes do GR; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 11, VI)

VII - elaborar relatórios técnicos das ações realizadas para o CG/FN-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 11, VII)

VIII - monitorar o sistema de logística; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 11, VIII)

IX - padronizar os materiais permanentes e de consumo; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 11, IX)

X - planejar estratégia de distribuição, controle e armazenamento dos medicamentos, materiais, insumos e descartáveis. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 11, X)

Art. 33. O GR/FN/SUS utilizará quatro níveis de resposta: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 12)

I - Nível de Resposta I: monitoramento, orientação técnica à distancia e encaminhamento de insumos básicos necessários; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 12, I)

II - Nível de Resposta II - monitoramento, orientação técnica, operação local de suporte básico e avançado, com envio de profissionais do GR/FN-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 12, II)

III - Nível de Resposta III: monitoramento, orientação técnica, operação local de suporte básico e avançado de vida, envio de profissionais do GR/FN-SUS e Hospital de Campanha (HCAMP) adaptado à necessidade; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 12, III)

IV - Nível de Resposta IV: aplicável a situações de excepcional gravidade, que poderão demandar recursos extraordinários para adequada resposta de saúde pública. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 12, IV)

Seção III

Do Financiamento

(Origem: PRT MS/GM 2952/2011, CAPÍTULO III)

Art. 34. Os recursos financeiros a serem aplicados para operacionalização da FN-SUS são oriundos das dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde e serão repassados por meio do Fundo Nacional de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 13)

Parágrafo Único. Os órgãos e entidades federais, mediante ajuste com o Ministério da Saúde, poderão oferecer instalações, recursos humanos, transporte, logística e treinamento para contribuir com as atividades da FN-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 35. Os uniformes e demais Equipamentos de Proteção Individual (EPI) das equipes que compõem a FN-SUS, de uso exclusivo nas atividades de que trata este Capítulo, serão fornecidos pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 14)

Art. 36. As funções dos membros do CG/FN-SUS e CR/FN-SUS não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 15)

CAPÍTULO IV

DO ATENDIMENTO EMERGENCIAL AOS ESTADOS E MUNICÍPIOS ACOMETIDOS POR DESASTRES NATURAIS E/OU ANTROPOGÊNICOS

Seção I

Da Comissão

Art. 37. Fica instituída Comissão com a finalidade de executar as atividades de planejamento, gerenciamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde no tocante ao atendimento emergencial aos estados e municípios acometidos por desastres naturais e/ou antropogênicos, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 1º)

Art. 38. Com o objetivo de atender ao disposto no art. 37, a Comissão terá como principais linhas de ações: (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 2º)

I - a Vigilância Epidemiológica e Ambiental; (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 2º, I)

II - a Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 2º, II)

III - a Engenharia de Saúde Pública; (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 2º, III)

IV - a Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 2º, IV)

V - a Assistência Hospitalar e Ambulatorial; e (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 2º, V)

VI - a Ajuda Humanitária Internacional. (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 2º, VI)

Art. 39. A Comissão será composta por representantes das seguintes unidades e órgãos do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 3º)

I - Secretaria-Executiva (SE); (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 3º, I)

II - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 3º, II)

III - Secretaria de Gestão Participativa (SGP); (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 3º, III)

IV - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 3º, IV)

V - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 3º, V)

VI - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); e (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 3º, VI)

VII - Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 3º, VII)

§ 1º Os membros deverão declarar a inexistência de conflito de interesses com suas atividades no debate dos temas pertinentes à Comissão, sendo que, na eventualidade de existência de conflito de interesses, eles deverão abster-se de participar da discussão e deliberação sobre o tema. (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 3º, § 1º)

§ 2º As unidades e os órgãos designados por esta Seção deverão indicar 1 (um) representante titular e 1 (um) representante suplente para compor a referida Comissão. (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 3º, § 2º)

Art. 40. A Comissão será coordenada pelo representante da SVS. (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 4º)

Art. 41. Fica delegada competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para proceder a alterações que, eventualmente, se façam necessárias, bem como para editar normas regulamentadoras provenientes desta Seção. (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 5º)

Seção II

Do Kit de Medicamentos e Insumos Estratégicos para a Assistência Farmacêutica às Unidades da Federação Atingidas por Desastres de Origem Natural Associados a Chuvas, Ventos e Granizo

Art. 42. Fica defina a composição do kit de medicamentos e insumos estratégicos a ser encaminhado pelo Ministério da Saúde para a assistência farmacêutica às Unidades da Federação atingidas por desastres de origem natural associados a chuvas, ventos e granizo, e define os respectivos fluxos de solicitação e envio. (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 1º)

Art. 43. Cada kit terá capacidade para atender até quinhentas pessoas desabrigadas e desalojadas, por um período de três meses, e será formado pelos medicamentos e insumos estratégicos constantes da listagem prevista nos Anexos XXI e XXII . (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 2º)

Parágrafo Único. Consideradas as especificidades regionais, poderá ser encaminhado um kit para atendimento a dez mil pessoas desabrigadas ou desalojadas, condicionado à prévia apresentação de relatório da respectiva Secretaria de Saúde, com a avaliação dos danos e das necessidades identificadas em virtude do desastre de origem natural. (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 44. Para fins do disposto nesta Portaria, compete: (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 3º)

I - ao Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS): (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 3º, I)

a) adotar procedimentos necessários para execução do processo de aquisição dos kits de medicamentos e insumos estratégicos; (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 3º, I, a)

b) manter permanente estoque estratégico de medicamentos e insumos estratégicos, observados os cuidados necessários a se evitar o perecimento dos produtos; (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 3º, I, b)

c) repassar à rede do Sistema Único de Saúde (SUS) os medicamentos e insumos estratégicos cujo prazo para expiração da validade seja inferior a cento e oitenta dias; (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 3º, I, c)

II - ao Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST/SVS/MS): (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 3º, II)

a) estabelecer procedimentos para a autorização de envio dos kits de medicamentos e insumos estratégicos, com o estabelecimento de regime de sobreaviso durante os finais de semana e feriados prolongados, especialmente nos períodos com previsão de chuvas intensas ou prolongadas; e (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 3º, II, a)

b) avaliar as solicitações e autorizar o envio dos kits; (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 3º, II, b)

III - ao Departamento de Logística em Saúde (DLOG/SE/MS): (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 3º, III)

a) armazenar o estoque de medicamentos e insumos estratégicos no Serviço de Almoxarifado de Medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 3º, III, a)

b) estabelecer procedimentos de envio dos kits de medicamentos e insumos estratégicos às Secretarias de Saúde solicitantes, com o estabelecimento de regime de sobreaviso durante os finais de semana e feriados prolongados, especialmente nos períodos com previsão de chuvas intensas ou prolongadas; e (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 3º, III, b)

c) manter vinte kits de medicamentos e insumos estratégicos completos montados permanentemente. (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 3º, III, c)

Art. 45. O envio dos kits seguirá o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 4º)

I - solicitação de apoio encaminhada pela Secretaria de Saúde Municipal interessada à respectiva Secretaria de Saúde estadual, devidamente instruída com relatório de avaliação dos danos e das necessidades identificadas em razão do desastre de origem natural; (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 4º, I)

II - verificada a impossibilidade de apoio integral pela Secretaria de Saúde Estadual, esta encaminhará solicitação de apoio adicional ao DSAST/SVS/MS, com indicação das razões da sua impossibilidade de atendimento; (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 4º, II)

III - avaliação do pedido pelo DSAST/SVS/MS; (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 4º, III)

IV - em caso de avaliação positiva, o DSAST/SVS/MS expedirá autorização dirigida ao DAF/SCTIE/MS que, em seguida, a encaminhará ao DLOG/SE/MS; e (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 4º, IV)

V - o DLOG/SE/MS providenciará o envio dos kits, prioritariamente por via aérea e preferencialmente destinados aos serviços de almoxarifado das Secretarias de Saúde estaduais, às quais caberá o encaminhamento dos kits aos Municípios solicitantes. (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 4º, V)

Art. 46. Os medicamentos componentes do kit de que trata esta Portaria serão apresentados em conformidade com o Manual de Identidade Visual para Embalagens do Ministério da Saúde, conforme resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC/ANVISA) nº 21, de 28 de março de 2012.(Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 5º)

CAPÍTULO V

DO CONSELHO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Art. 47. Fica instituído o Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 1º)

Art. 48. O Conselho terá as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 2º)

I - definir as bases da Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, de acordo com o previsto na legislação; (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 2º, I)

II - definir, implementar e acompanhar o modelo de gestão para as ações de fomento científico e tecnológico no âmbito do Ministério da Saúde e dos órgãos a ele vinculados, excetuados os institutos de pesquisa; (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 2º, II)

III - participar da elaboração, implementação e do acompanhamento da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (PesqSaúde), em nível nacional, assumindo o papel de liderança que cabe ao Ministério da Saúde neste processo; (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 2º, III)

IV - estabelecer as prioridades de pesquisa em saúde no âmbito do Ministério da Saúde, a serem incorporadas na PesqSaúde; (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 2º, IV)

V - propor e apoiar medidas para a disseminação do conhecimento científico, tecnológico e inovação; (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 2º, V)

VI - definir diretrizes e promover a avaliação tecnológica visando a incorporação de novos produtos e processos pelos gestores, prestadores e profissionais dos serviços no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 2º, VI)

VII - fornecer aos dirigentes do Ministério da Saúde subsídios no campo científico, tecnológico e da inovação em saúde com vistas à formulação de políticas e à construção de posicionamentos do Ministério em fóruns setoriais e intersetoriais, quando couber; (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 2º, VII)

VIII - coordenar a participação e as ações do Ministério da Saúde nos fóruns, governamentais ou não, no campo científico, tecnológico e de inovação em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 2º, VIII)

IX - coordenar, com o CNS, a organização e a realização das Conferências Nacionais de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 2º, IX)

Parágrafo Único. As atribuições previstas no inciso III serão realizadas, quando pertinente, em colaboração com o Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações, outros órgãos governamentais federais, estaduais e municipais, instituições de ensino e pesquisa, Ministério Público, poder legislativo e judiciário, organizações da sociedade civil, setor produtivo relevantes no campo da política de saúde e de ciência, tecnologia e inovação. (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 49. O Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º)

I - Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, que o presidirá; (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, I)

II - Diretor do Departamento de Ciência e Tecnologia da SCTIE, que será o Secretário Executivo; (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, II)

III - Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE); (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, III)

IV - Diretor do Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde (DECIIS/SCTIE); (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, IV)

V - Representante da Secretaria-Executiva; (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, V)

VI - Representante da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, VI)

VII - Representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, VII)

VIII - Representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP); (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, VIII)

IX - Representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, IX)

X - Diretor de Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (INCA); (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, X)

XI - Vice-presidente de pesquisa e desenvolvimento tecnológico da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, XI)

XII - Diretor-Executivo da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, XII)

XIII - Diretor do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IEC/Pará); (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, XIII)

XIV - Diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, XIV)

XV - Diretor da Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS); e (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, XV)

XVI - Coordenador da Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia (CICT/CNS). (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, XVI)

Parágrafo Único. Cabe ao Secretário Executivo do Conselho as atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, § 1º)

I - preparar a agenda de trabalho e os documentos técnicos necessários; (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, § 1º, a)

II - elaborar relatórios e atas de reuniões; e (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, § 1º, b)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300005

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

III - acompanhar as providências determinadas. (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, § 1º, c)

Art. 50. O Conselho reunir-se-á ordinariamente a cada 2 (dois) meses e extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação do Presidente. (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 4º)

CAPÍTULO VI

DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA EM SAÚDE

Art. 51. Fica instituída, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão de Biossegurança em Saúde, com as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 1º)

I - participar, nos âmbitos nacional e internacional, da elaboração e reformulação de normas no âmbito da biossegurança; (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 1º, I)

II - proceder ao levantamento e à análise das questões referentes a biossegurança, visando identificar seus impactos e suas correlações com a saúde humana; (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 1º, II)

III - propor estudos para subsidiar o posicionamento do Ministério da Saúde na tomada de decisões sobre temas relativos à biossegurança; (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 1º, III)

IV - assessorar na elaboração de posicionamentos oficiais do Ministério da Saúde para a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio) e o Conselho Nacional de Biossegurança (CNBS), observando os pareceres técnicos das unidades organizacionais do Ministério da Saúde pertinentes; (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 1º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 1599/2006)

V - enviar aos órgãos e entidades deste Ministério os relatórios finais e encaminhamentos resultantes de suas atividades; (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 1º, V)

VI - propiciar debates públicos sobre biossegurança, por intermédio de reuniões e eventos abertos à comunidade; (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 1º, VI)

VII - elaborar e aprovar seu regimento interno. (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 1º, VII)

VIII - acompanhar as atividades dos foros nacionais e internacionais relacionados à Biotecnologia e à Biossegurança; e (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 1º, VIII) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1599/2006)

IX - assessorar nas atividades relacionadas à formulação, à atualização e à implementação da Política Nacional de Biossegurança (PNB). (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 1º, IX) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1599/2006)

Art. 52. A Comissão de Biossegurança em Saúde será composta por representantes dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 2º)

I - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (2); (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 2º, I)

II - Secretaria de Atenção à Saúde (1) (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 2º, II)

III - Secretaria de Vigilância em Saúde (1); (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 2º, III)

IV - Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1); (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 2º, IV)

V - Fundação Nacional de Saúde (1); (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 2º, V)

VI - Fundação Oswaldo Cruz (1); e (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 2º, VI)

VII - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1). (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 2º, VII)

Parágrafo Único. Cada representante terá um suplente, ambos indicados à coordenação da Comissão pelos dirigentes dos respectivos órgãos e entidades. (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 53. A coordenação da Comissão será exercida pelo primeiro titular da SCTIE, cabendo ao órgão ou entidade ao qual esteja vinculado a responsabilidade pelo apoio administrativo necessário ao desenvolvimento dos trabalhos e pela convocação das reuniões, elaboração de atas de reunião e encaminhamento dos documentos produzidos. (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 3º)

Art. 54. A coordenação da Comissão fica autorizada a requisitar servidores dos órgãos e entidades do Ministério da Saúde e a convidar representantes de outros órgãos da Administração Pública Federal e de entidades não governamentais, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 4º)

Parágrafo Único. A participação na Comissão de pessoas externas ao Ministério da Saúde é considerada atividade de relevante interesse nacional e não será remunerada. (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 4º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO VII

DA COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (CONITEC)

Art. 55. Fica aprovado o Regimento Interno da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), na forma do Anexo XVI . (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Art. 1º)

TÍTULO III

DA GESTÃO

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES OPERACIONAIS DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

Art. 56. Este Capítulo regulamenta a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas, na forma dos Anexos VI, VII, VIII, IX, XIII e XIV . (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 1º)

Art. 57. O Termo de Cooperação entre Entes Públicos (TCEP), cujo conteúdo será pactuado entre Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS em portaria específica, é destinado à formalização da relação entre gestores quando unidades públicas prestadoras de serviço, situadas no território de um município, estão sob gerência de determinada esfera administrativa e gestão de outra. (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 3º)

§ 1º O TCEP deve conter as metas e um plano operativo do acordo. (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 3º, § 1º)

§ 2º As unidades públicas prestadoras de serviço devem, preferencialmente, receber os recursos de custeio correspondentes à realização das metas pactuadas no plano operativo e não por produção. (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A transferência de recursos, objeto do TCEP, deverá ser feita conforme pactuação. (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 3º, § 3º)

§ 4º Quando não couber o Termo de Cooperação entre Entes Públicos, o município deve encaminhar o Extrato do TCEP, assinalando a não pertinência deste. (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 3º, § 4º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 372/2007)

Art. 58. A Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal é o documento que explicita a gestão dos estabelecimentos de saúde situados no território de um determinado município. (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 4º)

Art. 59. Fica afastada a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios a partir da data de publicação da Portaria nº 1580/GM/MS, de 19 de julho de 2012. (Origem: PRT MS/GM 1580/2012, Art. 1º)

CAPÍTULO II

DO TERMO DE COOPERAÇÃO ENTRE ENTES PÚBLICOS

Art. 60. Este Capítulo dispõe sobre o art. 57, que versa sobre o Termo de Cooperação entre Entes Públicos, ora designado Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP). (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 1º)

Art. 61. O PCEP é o instrumento que se destina à formalização da relação entre gestores do SUS quando unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um município, estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 2º)

§ 1º Para fins deste Capítulo, conceitua-se gerência, nos termos do Pacto pela Saúde - 2006, como a administração de uma unidade ou órgão de saúde que se caracteriza como prestador de serviços no SUS. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Este Capítulo não se aplica aos hospitais universitários federais. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 2º, § 2º)

Art. 62. O PCEP deverá contemplar a definição da oferta e fluxos de serviços, metas qualitativas e quantitativas, bem como mecanismos de acompanhamento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 3º)

Art. 63. O PCEP deverá conter, na forma do Anexo I , o Plano Operativo Anual relativo a cada unidade que o integrarem, exceto em caso de complexos hospitalares. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 4º)

Parágrafo Único. O Plano Operativo Anual deverá conter: (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 4º, Parágrafo Único)

I - definição das metas físicas das unidades, atendimentos ambulatoriais, atendimentos de urgência e emergência e dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, com os seus quantitativos e fluxos de referência e contrarreferência; (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 4º, Parágrafo Único, I)

II - definição das metas de qualidade; e (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 4º, Parágrafo Único, II)

III - descrição das atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 4º, Parágrafo Único, III)

Art. 64. O Plano Operativo Anual deverá explicitar as metas físicas assumidas pelo gestor, relativas ao período de 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura do PCEP, devendo ser anualmente revistas e incorporadas ao PCEP, mediante a celebração de Termo Aditivo. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 5º)

Art. 65. A transferência de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde (FNS), relativa ao valor do PCEP, deverá ser feita preferencialmente para o Fundo de Saúde do ente que gerencia a unidade pública de saúde. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 6º)

§ 1º Os recursos de custeio de ações e serviços de saúde a serem transferidos serão correspondentes, preferencialmente, à realização das metas pactuadas no Plano Operativo Anual e não por produção de serviços. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 6º, § 1º)

§ 2º O início da transferência dos recursos pelo FNS, inclusive no caso de alteração de valores, ocorrerá a partir do registro das informações do PCEP no quadro nº 04 do Anexo LVII da Portaria de Consolidação nº 5, a ser encaminhado à Secretaria de Atenção à Saúde pela Comissão Intergestores Bipartite. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 6º, § 2º)

§ 3º A suspensão ou término da transferência dos recursos pelo FNS apenas será realizada a partir de sua notificação à Secretaria de Atenção à Saúde, por qualquer dos entes partícipes do PCEP, ou pelo término da vigência deste, respectivamente. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 6º, § 3º)

Art. 66. O acompanhamento e a avaliação dos resultados do PCEP devem ser realizados por Comissão de Acompanhamento, a ser instituída pelos gestores signatários do PCEP, que se reunirá no mínimo trimestralmente, e sempre quando necessário, integrada por representantes paritários designados pelas partes envolvidas no PCEP, desempenhando as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 7º)

I - avaliar o cumprimento das metas físicas pactuadas, mediante o acompanhamento dos Planos Operativos Anuais; (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 7º, I)

II - propor, quando necessário, modificações nas cláusulas do PCEP, desde que não alterem seu objeto; e (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 7º, II)

III - propor indicadores de avaliação do Plano Operativo Anual. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 7º, III)

Art. 67. As divergências na negociação e pactuação do PCEP, nas quais não seja possível acordo entre os gestores do SUS, serão remetidas à Comissão Intergestores Bipartite. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 8º)

Art. 68. O documento de orientação para elaboração do PCEP será publicado na forma do Anexo I . (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 9º)

Art. 69. Será respeitada a vigência de 1 (um) ano dos TCEP em vigor, que poderão ser revistos a qualquer tempo, se adequando aos termos deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 11)

CAPÍTULO III

DO COMITÊ NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

Art. 70. Fica instituído o Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde, de natureza consultiva, que tem por objetivos: (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º)

I - fortalecer a capacidade de formulação, implementação e avaliação da proposta de Avaliação de Desempenho do SUS, visando à qualificação do setor saúde em todas as esferas; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º, I)

II - mobilizar os órgãos e as entidades internas e externas ao Ministério da Saúde, visando ao aprimoramento da proposta; e (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º, II)

III - apoiar tecnicamente os órgãos do Ministério da Saúde e entidades vinculadas na formulação e implementação da Avaliação de Desempenho do SUS, contribuindo para o dimensionamento dos indicadores e necessidades de informações ajustadas às esferas federal, distrital, estadual e municipal. (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º, III)

§ 1º O Comitê é composto por representantes do Ministério da Saúde, por meio do Núcleo de Coordenação da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde, e das seguintes entidades: (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º, § 1º)

I - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º, § 1º, I)

II - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º, § 1º, II)

III - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º, § 1º, III)

IV - Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º, § 1º, IV)

V - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º, § 1º, V)

VI - Associação Brasileira de Economia da Saúde (AbrES); e (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º, § 1º, VI)

VII - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico (IBGE). (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º, § 1º, VII) (dispositivo acrescentado pela)

§ 2º Seus integrantes serão indicados por meio de expediente subscrito pelos representantes legais do órgão e entidades acima enumerados. (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º, § 2º)

Art. 71. Cabe ao Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 2º)

I - elaborar documento de política de avaliação de desempenho do Sistema de Saúde, contendo diretrizes teórico-metodológicas, a estratégia de sua implementação nas diversas esferas de gestão do sistema, dentre outras fundamentações necessárias para seu melhor desenvolvimento; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 2º, I)

II - coordenar processo de implementação da avaliação de desempenho do Sistema de Saúde em âmbito nacional, e apoiar tais processos nos estados, nos municípios e no Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 2º, II)

III - aprovar Plano Operativo para o desenvolvimento das atividades de avaliação de desempenho do Sistema de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 2º, III)

IV - promover a capacitação técnica das secretarias estaduais, municipais e distrital de saúde, por meio de em avaliação de desempenho do Sistema de Saúde, de forma articulada com outras iniciativas de fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação, desenvolvidos pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 2º, IV)

V - propor realização de estudos complementares necessários à avaliação de desempenho do Sistema de Saúde; (Origem: PRT

MS/GM 665/2006, Art. 2º, V)

VI - promover a produção de conhecimento sobre metodologias e a disseminação dos resultados da avaliação de desempenho do Sistema de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 2º, VI)

VII - apoiar gestores na identificação de medidas que facilitem a utilização dos resultados da avaliação de desempenho do Sistema de Saúde na tomada de decisão sobre as políticas e programas. (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 2º, VII)

Art. 72. Fica instituído o Núcleo de Coordenação da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde do Ministério da Saúde, com representantes dos seguintes órgãos e entidades vinculadas, por meio de suas áreas específicas: (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º)

I - Secretaria-Executiva (SE): (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, I)

a) Departamento de Articulação Interfederativa (DAI/SE); (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, I, a)

b) Subsecretaria de Planejamento e Orçamento; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, I, b)

c) Departamento de Informática do SUS (DATASUS); (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, I, c)

d) Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação (CGMA/DEMAS/SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, I, d)

II - Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, II)

III - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS): (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, III)

a) Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, III, a)

b) Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, III, b)

IV - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS): (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, IV)

a) Departamento de Gestão da Educação na Saúde; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, IV, a)

b) Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, IV, b)

V - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS): (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, V)

a) Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, V, a)

VI - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS): (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, VI)

a) Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, VI, a)

b) Departamento de Ciência e Tecnologia; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, VI, b)

VII - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, VII)

a) Departamento de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, VII, a)

b) Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, VII, b)

c) Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, VII, d)

VIII - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ): (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, VIII)

a) Centro de Informações Científicas e Tecnológicas; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, VIII, a)

IX - Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, IX)

X - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); e (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, X)

XI - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, XI)

Parágrafo Único. O Núcleo de Coordenação da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde poderá recorrer a entidades que atuam na área de saúde pública para prestar assessoria técnica no âmbito de suas competências, sempre que necessário. (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 73. Ao Núcleo de Coordenação da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde do Ministério da Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 4º)

I - coordenar processo de implementação da política de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde de âmbito nacional; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 4º, I)

II - definir Plano de Trabalho para Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde em âmbito nacional; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 4º, II)

III - aprovar diretrizes teórico-metodológicas para Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde em âmbito nacional; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 4º, III)

IV - promover a articulação das iniciativas de avaliação de programas ou políticas e de produção de informação entre as áreas do MS; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 4º, IV)

V - requisitar às diferentes áreas do sistema as informações necessárias para o processo de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 4º, V)

VI - propor realização de estudos complementares necessários à Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde de âmbito nacional; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 4º, VI)

VII - promover a produção de conhecimento sobre metodologias e a disseminação dos resultados da avaliação de desempenho do Sistema de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 4º, VII)

VIII - promover a utilização dos resultados da avaliação de desempenho do Sistema de Saúde na tomada de decisão sobre as políticas e programas. (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 4º, VIII)

Parágrafo Único. Para condução das suas atividades, o Núcleo designará 3 (três) membros para constituir Grupo Executivo, que funcionará sob a coordenação da Subsecretaria de Assuntos Administrativos/SE. (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 74. A Departamento de Articulação Interfederativa, da Secretaria-Executiva (DAI/SE) será a responsável pela promoção das ações necessárias para implementação do processo de avaliação de desempenho de âmbito nacional, bem como pelo apoio técnico e administrativo à operação do Comitê e do Núcleo de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 5º)

CAPÍTULO IV

DA SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA DO SUS

Art. 75. Fica instituída a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) no âmbito do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS/SE/MS), com o objetivo de sistematizar e disseminar as informações estratégicas para subsidiar a tomada de decisão na gestão federal do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 406/2012, Art. 1º)

§ 1º A SAGE será coordenada pela Coordenação-Geral de Gestão da Informação Estratégica (CGGIE/DEMAS/SE/MS). (Origem: PRT MS/GM 406/2012, Art. 1º, § 1º)

§ 2º O Departamento de Informática do SUS (DATASUS) será responsável pelo fornecimento do suporte técnico necessário ao funcionamento da SAGE. (Origem: PRT MS/GM 406/2012, Art. 1º, § 2º)

Art. 76. Os órgãos do Ministério da Saúde (MS) e as entidades a ele vinculadas disponibilizarão, de forma sistemática, as informações e os dados solicitados pelo DEMAS/SE/MS. (Origem: PRT MS/GM 406/2012, Art. 2º)

Art. 77. São objetivos da SAGE: (Origem: PRT MS/GM 406/2012, Art. 3º)

I - obter e sistematizar dados e informações produzidas pelos órgãos do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas e por outras instituições de saúde, com vistas a contribuir para o processo decisório e para o acompanhamento das políticas públicas de saúde; (Origem: PRT MS/GM 406/2012, Art. 3º, I)

II - disponibilizar, por intermédio da internet e quaisquer outros meios definidos pela Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS), informações e análises de caráter executivo e gerencial, com o objetivo de subsidiar a tomada de decisão, a gestão e a produção de conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 406/2012, Art. 3º, II)

III - disponibilizar regularmente relatórios de análise situacional em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 406/2012, Art. 3º, III)

IV - gerir o Portal da SAGE e o Portal da Saúde com Mais Transparência. (Origem: PRT MS/GM 406/2012, Art. 3º, IV)

Art. 78. Os casos omissos e as dúvidas referentes à SAGE serão analisadas e resolvidas pela CGGIE/DEMAS/SE/MS. (Origem: PRT MS/GM 406/2012, Art. 4º)

CAPÍTULO V

DA CÂMARA TÉCNICA CONSULTIVA DO BANCO DE PREÇOS EM SAÚDE (CT/BPS)

Art. 79. Fica criada a Câmara Técnica Consultiva do Banco de Preços em Saúde (CT/BPS). (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 1º)

Art. 80. Compete à CT/BPS: (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 2º)

I - propor ações e estratégias ao Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID/SE/MS), coordenador do Banco de Preços em Saúde (BPS), de forma a manter a evolução e a atualização tecnológica do referido sistema; (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 2º, I)

II - propor ações para o aperfeiçoamento dos instrumentos de coleta e interoperabilidade de sistemas; (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 2º, II)

III - sugerir mecanismos que assegurem a qualidade das informações geradas pelo BPS; (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 2º, III)

IV - propor a articulação entre o BPS e outros sistemas de informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 2º, IV)

V - analisar e propor parcerias para o desenvolvimento e bom funcionamento do BPS; (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 2º, V)

VI - promover a divulgação do BPS junto aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) para ampliar a adesão de estados, Distrito Federal e municípios informantes; (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 2º, VI)

VII - propor e fomentar estudos sobre o comportamento de preços; (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 2º, VII)

VIII - propor e analisar demandas que envolvam a inclusão, na base de dados do BPS, de informações correlatas ao preço praticado no setor de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 2º, VIII)

IX - elaborar proposta de regimento interno para seu funcionamento, para aprovação por ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 2º, IX)

Art. 81. A CT/BPS será composta por representantes dos seguintes órgãos e entidade: (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 3º)

I - 2 (dois) representantes da Secretaria-Executiva (SE/MS), sendo 1 (um) do DESID/SE/MS; (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 3º, I)

II - 2 (dois) representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 3º, II)

III - 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 3º, III)

IV - 1 (um) representante da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 3º, IV)

V - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 3º, V)

§ 1º O representante do DESID/SE/MS coordenará a CT/BPS. (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Cada representante titular terá um suplente, que o substituirá em seus impedimentos eventuais ou permanentes. (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes máximos de seus respectivos órgãos e entidade ao Coordenador da CT/BPS no prazo de 15 (quinze) dias contado da data de publicação da Portaria nº 3346/GM/MS, de 27 de dezembro de 2013. (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 3º, § 3º)

Art. 82. Serão convidados a participar da CT/BPS representantes dos seguintes órgãos e entidades, com direito a voz e voto: (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 4º)

I - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 4º, I)

II - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 4º, II)

III - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 4º, III)

IV - 1 (um) representante do Tribunal de Contas da União (TCU); (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 4º, IV)

V - 1 (um) representante da Controladoria-Geral da União (CGU-PR); (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 4º, V)

VI - 1 (um) representante do Ministério Público Federal (MPF); e (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 4º, VI)

VII - 1 (um) representante da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA). (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 4º, VII)

§ 1º Cada representante titular terá um suplente, que o substituirá em seus impedimentos eventuais ou permanentes. (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º A participação de cada uma das entidades de que trata os incisos do "caput" será formalizada após resposta a convite a eles encaminhado pela Coordenação da CT/BPS. (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 4º, § 2º)

§ 3º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes máximos de seus respectivos órgãos e entidades ao Coordenador da CT/BPS no prazo de 15 (quinze) dias contado da data de recebimento do convite de que trata o art. 82, § 2º . (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 4º, § 3º)

Art. 83. No primeiro trimestre de cada ano, a CT/BPS reunirse-á para elaboração e aprovação do calendário de reuniões ordinárias para o período. (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 5º)

Parágrafo Único. O intervalo entre as reuniões ordinárias da CT/BPS não poderá ser superior a 4 (quatro) meses, podendo ocorrer, a qualquer tempo, reuniões extraordinárias. (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 84. A CT/BPS poderá convidar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, bem como especialistas em assuntos afetos ao tema, cuja presença seja considerada necessária para o cumprimento do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 6º)

Art. 85. Compete ao DESID/SE/MS fornecer o apoio administrativo necessário ao desenvolvimento dos trabalhos e a convocação das reuniões, elaboração de atas e encaminhamento dos documentos produzidos, além de apoiar o planejamento e o monitoramento das atividades desenvolvidas pela CT/BPS, podendo, quando necessário, solicitar apoio de outras unidades do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 7º)

Art. 86. As funções desempenhadas no âmbito da CT/BPS não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 8º)

CAPÍTULO VI

DOS PROJETOS DE COOPERAÇÃO TÉCNICA COM ORGANISMOS INTERNACIONAIS

Art. 87. Este Capítulo dispõe sobre gestão de Projetos de Cooperação Técnica com Organismos Internacionais, no âmbito do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas. (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 1º)

Art. 88. Ficam designados os dirigentes máximos dos seguintes órgãos do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas para exercerem as atribuições de Diretores Nacionais do Projeto de Cooperação Técnica Internacional: (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º)

I - Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º, I)

II - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º, II)

III - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º, III)

IV - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º, IV)

V - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º, V)

VI - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º, VI)

VII - Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º, VII)

VIII - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º, VIII)

IX - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º, IX)

X - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); e (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º, X)

XI - Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º, XI)

Parágrafo Único. As atribuições de que trata o caput deste artigo serão exercidas pelos dirigentes máximos no âmbito de seus respectivos órgãos e entidades. (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 89. Compete ao Diretor Nacional do Projeto de Cooperação Técnica Internacional: (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 3º)

I - representar formalmente o órgão ou entidade executora nacional perante a Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE), o organismo internacional cooperante e os órgãos de controle, responsabilizando se pelas atividades desenvolvidas no âmbito do projeto; (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 3º, I)

II - planejar, coordenar, analisar e acompanhar a execução-física, orçamentária e financeira dos contratos e convênios relativos aos projetos de cooperação sob sua responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 3º, II)

III - ordenar as despesas do projeto; (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 3º, III)

IV - responder pela execução e regularidade do projeto; e (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 3º, IV)

V - aprovar os relatórios de progresso elaborados pelo Coordenador do Projeto e encaminhá-los à ABC/MRE e ao organismo internacional cooperante. (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 3º, V)

Art. 90. Os Diretores Nacionais de Projetos de Cooperação Técnica Internacional designarão como Coordenador de Projeto e respectivo suplente servidores públicos ou ocupantes de cargo em comissão. (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 4º)

Parágrafo Único. Os Diretores Nacionais de Projeto poderão delegar aos Coordenadores de Projeto a ordenação de despesas do projeto. (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 91. Compete ao Coordenador de Projeto: (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 5º)

I - substituir o Diretor Nacional de Projeto em suas ausências e impedimentos; (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 5º, I)

II - planejar, coordenar, analisar e acompanhar a execução física, orçamentária e financeira dos contratos e convênios relativos aos projetos de cooperação sob sua responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 5º, II)

III - coordenar a elaboração e a execução dos planos de trabalho do projeto; (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 5º, III)

IV - monitorar o cumprimento do cronograma de implementação do projeto; (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 5º, IV)

V - elaborar os relatórios de progresso com as informações técnicas, administrativas e financeiras do projeto e submetê-los ao Diretor Nacional do Projeto; (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 5º, V)

VI - promover articulações com outras instituições para o desenvolvimento do projeto; (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 5º, VI)

VII - submeter ao Diretor Nacional de Projeto os ajustes na programação física, orçamentária e financeira do projeto; (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 5º, VII)

VIII - propor, em observância aos princípios de legalidade, eficiência, eficácia e economicidade, medidas de aprimoramento da gestão do projeto sob sua responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 5º, VIII)

IX - manter os arquivos organizados com a documentação do projeto; e (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 5º, IX)

X - auxiliar o Diretor Nacional na gestão do projeto. (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 5º, X)

Art. 92. A SE/MS, sem prejuízo das atribuições específicas dos Diretores Nacionais e dos Coordenadores de Projeto, exercerá o acompanhamento e a supervisão da execução dos Projetos de Cooperação Técnica Internacional, firmados no âmbito dos órgãos do Ministério da Saúde e de entidades a ele vinculadas. (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 6º)

Art. 93. Fica aprovado o Manual de Normas e Orientações para a Cooperação Técnica Internacional com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e legitimar os procedimentos, normas e padrões para o processo de celebração e gestão dos Termos de Cooperação Técnica com a OPAS/OMS. (Origem: PRT MS/GM 2575/2012, Art. 1º)

Parágrafo Único. O Manual de que trata este artigo encontra-se disponível no endereço eletrônico: www.saude.gov.br/se. (Origem: PRT MS/GM 2575/2012, Art. 1º, Parágrafo Único)

TÍTULO IV

DO PLANEJAMENTO

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO NO ÂMBITO DO SUS

Art. 94. Este Capítulo estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º)

Parágrafo Único. O planejamento no âmbito do SUS terá como base os seguintes pressupostos: (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único)

I - planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, I)

II - respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT); (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, II)

III - monitoramento, a avaliação e integração da gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, III)

IV - planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, IV)

V - compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, V)

VI - transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade; e (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, VI)

VII - concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, VII)

Art. 95. Os instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 2º)

§ 1º Os instrumentos referidos no "caput" interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 2º, § 1º)

§ 2º O Plano de Saúde norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante a saúde. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Os prazos para elaboração do PPA, da LDO e da LOA observam o disposto nas Constituições e Leis Orgânicas dos entes federados. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 2º, § 3º)

Art. 96. O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de 4 (quatro) anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º)

§ 1º O Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O Plano de Saúde observará os prazos do PPA, conforme definido nas Leis Orgânicas dos entes federados. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A elaboração do Plano de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando: (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º)

I - análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, I)

a) estrutura do sistema de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, I, a)

b) redes de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, I, b)

c) condições sociossanitárias; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, I, c)

d) fluxos de acesso; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, I, d)

e) recursos financeiros; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, I, e)

f) gestão do trabalho e da educação na saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, I, f)

g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, I, g)

II - definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, II)

III - o processo de monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, III)

§ 4º Os Planos Estaduais de Saúde deverão ainda explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de repasse recursos aos municípios, pactuada pelos gestores estaduais e municipais na CIB e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 4º)

§ 5º Os Planos Estaduais de Saúde terão como base as metas regionais, resultantes das pactuações intermunicipais, com vistas à promoção da equidade interregional. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 5º)

§ 6º A transparência e a visibilidade serão também asseguradas mediante incentivo à participação popular e à realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do Plano de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 6º)

§ 7º O Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), disponível em www.saude.gov.br/sargsus.(Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 7º)

Art. 97. A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 4º)

§ 1º Para estados e municípios, a PAS deverá conter: (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 4º, § 1º)

I - a definição das ações que, no ano especifico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 4º, § 1º, I)

II - a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS; e (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 4º, § 1º, II)

III - a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 4º, § 1º, III)

§ 2º Para a União, serão estabelecidas metas anualizadas do Plano de Saúde e a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 4º, § 2º)

§ 3º O prazo de vigência da PAS coincidirá com o ano-calendário. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 4º, § 3º)

Art. 98. No processo de elaboração e execução da PAS, os gestores de saúde observarão os seguintes prazos: (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 5º)

I - elaboração e envio para aprovação do respectivo Conselho de Saúde antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente; e (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 5º, I)

II - execução no ano subsequente. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 5º, II)

Art. 99. O Relatório de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 6º)

§ 1º O Relatório de Gestão contemplará os seguintes itens: (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 6º, § 1º)

I - as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 6º, § 1º, I)

II - as metas da PAS previstas e executadas; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 6º, § 1º, II)

III - a análise da execução orçamentária; e (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 6º, § 1º, III)

IV - as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 6º, § 1º, IV)

§ 2º Os entes federados que assinarem o Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP) deverão inserir seção específica relativa aos compromissos assumidos e executados. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 6º, § 2º)

§ 3º O Relatório de Gestão deve ser enviado ao respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo, por meio do SARGSUS. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 6º, § 3º)

Art. 100. O relatório detalhado do quadrimestre anterior é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS e deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 7º)

Parágrafo Único. O relatório previsto no "caput" observará o modelo padronizado previsto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 459, de 2012 e conterá, no mínimo, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 7º, Parágrafo Único)

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 7º, Parágrafo Único, I)

II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; e (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 7º, Parágrafo Único, II)

III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 7º, Parágrafo Único, III)

Art. 101. O planejamento regional integrado será elaborado no âmbito da Região de Saúde, com base nas necessidades de saúde expressas nos planos municipais de saúde e será pactuado, monitorado e avaliado pela CIR. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 8º)

§ 1º O processo de planejamento regional integrado será coordenado pela gestão estadual e envolverá os três entes federados. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O planejamento regional integrado expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da integralidade da atenção. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 8º, § 2º)

§ 3º A produção resultante do processo de planejamento regional integrado realizado no âmbito da Região de Saúde expressará: (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 8º, § 3º)

I - a identificação da situação de saúde no território e das necessidades de saúde da população da Região de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 8º, § 3º, I)

II - as diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas anuais para a Região de Saúde, bem como os prazos de execução, indicadores, responsabilidades dos entes federados; e (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 8º, § 3º, II)

III - a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 8º, § 3º, III)

§ 4º A produção referida no § 3º comporá o COAP. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 8º, § 4º)

§ 5º Os atuais planos de ação regional das redes de atenção à saúde, bem como os planos de ação e de aplicação de recursos de promoção e vigilância à saúde, de assistência farmacêutica, da gestão do trabalho e da educação na saúde dos três entes federados comporão e integrarão os produtos do planejamento regional integrado. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 8º, § 5º)

CAPÍTULO II

DOS CRITÉRIOS E PARÂMETROS PARA O PLANEJA-

MENTO E PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (PARÂMETROS SUS)

Art. 102. Ficam aprovados os Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (Parâmetros SUS). (Origem: PRT MS/GM 1631/2015, Art. 1º)

Art. 103. O documento de que trata este Capítulo encontra-se disponível no endereço eletrônico: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/drac/cgpas/. (Origem: PRT MS/GM 1631/2015, Art. 2º)

Art. 104. Os critérios e parâmetros são referenciais quantitativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e serviços de saúde, podendo sofrer adequações no nível das Unidades da Federação e Regiões de Saúde, de acordo com as realidades epidemiológicas e a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros. (Origem: PRT MS/GM 1631/2015, Art. 3º)

Art. 105. Os parâmetros de planejamento e programação são referenciais quantitativos indicativos, sem qualquer caráter impositivo ou obrigatório, visando à equidade de acesso, a integralidade e a harmonização progressiva dos perfis da oferta das ações e serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1631/2015, Art. 4º)

§ 1º Os estados e municípios podem promover a sua alteração, realizando os ajustes necessários para adequação à realidade epidemiológica, demográfica, patamares de oferta e ao estágio de estruturação da Rede de Atenção à Saúde existente em seus territórios. (Origem: PRT MS/GM 1631/2015, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Excetuam-se deste caput, os critérios e parâmetros constantes do Capítulo II do documento de que trata este Capítulo: Coletânea de normas, critérios e parâmetros vigentes e com caráter normativo para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde que constam em Políticas já regulamentadas pelo Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sas/drac/cgpas/, por possuírem regras para habilitação e/ou credenciamento no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1631/2015, Art. 4º, § 2º)

Art. 106. Cabe à Secretaria de Atenção à Saúde, a responsabilidade pela gestão e articulação das áreas técnicas do Ministério da Saúde para a revisão periódica dos critérios e parâmetros estabelecidos. (Origem: PRT MS/GM 1631/2015, Art. 5º)

CAPÍTULO III

DA CADERNETA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE

Art. 107. Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Caderneta de Saúde do Adolescente, instrumento que visa apoiar a atenção à saúde da população juvenil, acompanhar o crescimento e desenvolvimento saudáveis e orientar na prevenção de doenças e agravos à saúde, além de facilitar as ações educativas que promovam o aprendizado e a consolidação de estilos de vida saudáveis. (Origem: PRT MS/GM 3147/2009, Art. 1º)

Art. 108. Os recursos orçamentários, de que tratam este Capítulo, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.20YI.0004 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem. (Origem: PRT MS/GM 3147/2009, Art. 3º)

TÍTULO V

DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

CAPÍTULO I

DA OUVIDORIA DO SUS

Art. 109. O Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, no exercício das competências que lhe são designadas pelo Decreto 8.901, de 10 de novembro de 2016, terá a responsabilidade de centralizar o recebimento das denúncias formuladas por servidores e cidadãos interessados, relativamente às atividades e procedimentos internos, no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1193/2004, Art. 1º)

Art. 110. Para facilitar e dinamizar o acesso dos cidadãos e servidores, o Ministério da Saúde providenciará a criação de um link, no endereço eletrônico do Ministério (www.saude.gov.br), com a exclusiva finalidade do recebimento das denúncias e reclamações. (Origem: PRT MS/GM 1193/2004, Art. 2º)

Art. 111. Deverá também ser disponibilizado aos cidadãos e servidores um número único nacional e gratuito, para que as denúncias e reclamações possam ser efetivadas por meio telefônico. (Origem: PRT MS/GM 1193/2004, Art. 3º)

Art. 112. O Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa encaminhará ao Gabinete do Ministro, para providências cabíveis, em periodicidade mensal, relatório circunstanciado, narrando as denúncias recebidas e medidas adotadas. (Origem: PRT MS/GM 1193/2004, Art. 4º)

Parágrafo Único. As denúncias de cometimento de infrações penais deverão ser enviadas, de imediato, à Chefia de Gabinete do Ministro, para fins de encaminhamento ao Departamento de Polícia Federal e ao Ministério Público Federal. (Origem: PRT MS/GM 1193/2004, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 113. Ficam estabelecidas diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas atribuições. (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 1º)

Art. 114. Os serviços de ouvidoria do SUS têm como objetivo aprimorar o acesso, pelos cidadãos, às informações sobre o direito à saúde e ao seu exercício e possibilitar a avaliação permanente dos serviços de saúde, com vistas ao aprimoramento da gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 2º)

Art. 115. A organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do SUS observarão as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 3º)

I - defesa dos direitos da saúde, visando contribuir para o fortalecimento da cidadania e da transparência; (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 3º, I)

II - reconhecimento dos cidadãos, sem qualquer distinção, como sujeitos de direito; (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 3º, II)

III - objetividade e imparcialidade no tratamento das informações, sugestões, elogios, reclamações e denúncias recebidas dos usuários do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 3º, III)

IV - zelo pela celeridade e qualidade das respostas às demandas dos usuários do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 3º, IV)

V - defesa da ética e da transparência nas relações entre administração pública e os cidadãos; (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 3º, V)

VI - sigilo da fonte quando o interessado solicitar a preservação de sua identidade; e (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 3º, VI)

VII - identificação das necessidades e demandas da sociedade para o setor da saúde, tanto na dimensão coletiva, quanto na individual, transformando-as em suporte estratégico à tomada de decisões no campo da gestão. (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 3º, VII)

Art. 116. Os serviços de ouvidoria do SUS serão estruturados nos âmbitos federal, distrital, estadual e municipal. (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 4º)

Parágrafo Único. Os serviços de ouvidoria do SUS poderão ser estruturados no âmbito de ouvidorias gerais, de acordo com a oportunidade e conveniência dos respectivos entes federativos. (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 117. Compete aos serviços de ouvidoria do SUS no âmbito de cada ente federativo: (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 5º)

I - analisar, de forma permanente, as necessidades e os interesses dos usuários do SUS, recebidos por meio de sugestões, denúncias, elogios e reclamações relativas às ações e serviços de saúde prestados pelo SUS; (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 5º, I)

II - detectar, mediante procedimentos de ouvidoria, as reclamações, sugestões, elogios e denúncias, para subsidiar a avaliação das ações e serviços de saúde pelos órgãos competentes; (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 5º, II)

III - encaminhar as denúncias aos órgãos e unidades da Secretaria de Saúde ou congêneres para as providências necessárias; (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 5º, III)

IV - realizar a mediação administrativa junto às unidades administrativas do órgão com vistas à correta, objetiva e ágil instrução das demandas apresentadas pelos cidadãos, bem como a sua conclusão dentro do prazo estabelecido para resposta ao demandante; (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 5º, IV)

V - informar, sensibilizar e orientar o cidadão para a participação e o controle social dos serviços públicos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 5º, V)

VI - informar os direitos e deveres dos usuários do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 5º, VI)

VII - elaborar relatórios contendo subsídios que contribuam para os gestores do SUS solucionarem, minimizarem e equacionarem as deficiências do SUS identificadas e apontadas pelo cidadão. (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 5º, VII)

Art. 118. Os gestores de saúde deverão utilizar os dados dos serviços de ouvidoria do SUS como ferramenta para o estabelecimento de estratégias da melhoria das ações e dos serviços de saúde prestados pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 6º)

Art. 119. Com a finalidade de melhor proteger os direitos fundamentais dos cidadãos, os serviços de ouvidoria deverão, sempre que possível, atuar em cooperação com os órgãos e entidades de defesa dos direitos do cidadão. (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 7º)

CAPÍTULO II

DA AÇÃO CARTA SUS

Art. 120. Este Capítulo regulamenta a ação Carta SUS. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 1º)

Art. 121. A Carta SUS constitui-se ação estratégica de transparência e controle dos recursos públicos e tem como objetivo acompanhar e monitorar a realização dos serviços de saúde prestados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) relativos às Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e às Autorizações de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade (APAC), possibilitando-se a participação da população através do monitoramento e da avaliação do usuário quanto ao atendimento recebido e a disseminação de informações em saúde. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 2º)

Art. 122. O Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (DOGES/SGEP/MS) encaminhará carta aos cidadãos que forem atendidos pelo SUS para internação hospitalar e/ou procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, denominada Carta SUS, na qual deverão constar informações sobre os procedimentos realizados, os valores despendidos pelo SUS e uma pesquisa de satisfação do usuário sobre seu atendimento. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 3º)

§ 1º As AIH e as APAC serão preenchidas pelos estabelecimentos de saúde por meio do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) e pelo Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), respectivamente. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Para monitoramento do atendimento ao cidadão, as AIH e APAC preenchidas terão as respectivas informações consolidadas por meio da Carta SUS. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Compete ao estabelecimento de saúde efetuar o correto preenchimento dos dados do paciente no SIH/SUS e/ou no SIA/SUS. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 3º, § 3º)

§ 4º Aos gestores federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde, bem como aos gestores dos estabelecimentos de saúde públicos e conveniados com o SUS compete o acompanhamento e apoio referentes às unidades de saúde sob sua gestão, fazendo uso dos sistemas de informação do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 3º, § 4º)

Art. 123. As Cartas SUS conterão, no mínimo, os seguintes dados: (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 4º)

I - cidadão: nome completo, data de nascimento e número do Cartão Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 4º, I)

II - nome da unidade de saúde onde o atendimento foi realizado; (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 4º, II)

III - localidade do prestador (estado/Distrito Federal/município); (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 4º, III)

IV - data de internação/autorização do tratamento e data da alta/final da autorização; (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 4º, IV)

V - motivo principal da internação/tratamento; (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 4º, V)

VI - valor total do pagamento feito pelo SUS referente à internação/tratamento; e (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 4º, VI)

VII - pesquisa de satisfação do usuário que conterá, no mínimo, perguntas relativas ao estado das instalações físicas da unidade de saúde, ao atendimento prestado pelos profissionais de saúde, à maneira como o cidadão foi tratado e à recomendação ou não da unidade em que foi atendido para algum amigo ou familiar. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 4º, VII)

§ 1º Ao lado da informação apresentada nos termos do inciso VI do caput, constará o esclarecimento de que o valor apresentado foi pago com recursos públicos provenientes de tributos. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 4º, § 1º)

§ 2º A pesquisa de satisfação do atendimento contida na Carta SUS será respondida por meio de cartão-resposta destacável, que terá o porte pago pelo Ministério da Saúde, bastando preenchê-lo e entregá-lo ao carteiro, agência ou caixa de coleta da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (Correios). (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 4º, § 2º)

§ 3º Caso seja preferência do cidadão, a pesquisa de satisfação poderá ser respondida através do Disque Saúde 136, do DOGES/SGEP/MS, ou pelo endereço eletrônico www.saude.gov.br/cartasus. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 4º, § 3º)

Art. 124. Caso o cidadão discorde dos dados constantes na Carta SUS, verifique que houve algum tipo de cobrança por parte do profissional ou da unidade de saúde ou até mesmo nunca tenha passado pelo procedimento citado no documento, então deverá entrar em contato com o Disque Saúde 136, do DOGES/SGEP/MS, para registrar sua manifestação. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 5º)

§ 1º O DOGES/SGEP/MS, na qualidade de mediador entre os usuários do SUS e os órgãos gestores de saúde, encaminhará as manifestações formuladas pelos cidadãos às áreas competentes para as providências necessárias. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As manifestações registradas no Disque Saúde 136, a partir da Carta SUS, terão seu tratamento e encaminhamento às demandas da Ouvidoria-Geral do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 5º, § 2º)

§ 3º As denúncias categorizadas como faturamento de procedimento não realizado e como cobrança indevida que serão encaminhadas à Ouvidoria-Geral do SUS serão distribuídas também ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/SGEP/MS). (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 5º, § 3º)

Art. 125. Os serviços de saúde e os estabelecimentos de gestão do SUS que receberem cidadãos para dirimir dúvidas ou registrar manifestação relacionada à Carta SUS deverão orientá-los para que entrem em contato com o Ministério da Saúde através dos canais de ouvidoria dispostos neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 6º)

Art. 126. Ao DOGES/SGEP/MS compete a consolidação das informações provenientes da Carta SUS, produzindo relatórios gerenciais de forma a subsidiar os órgãos e áreas técnicas do Ministério da Saúde na implementação de melhorias dos serviços e/ou na formulação das políticas de gestão da saúde. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 7º)

Parágrafo Único. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) tem prioridade quanto ao recebimento dos relatórios gerenciais referidos no caput. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 127. Os recursos financeiros para o custeio da Carta SUS são oriundos das dotações orçamentárias consignadas ao DOGES/SGEP/MS, devendo onerar o Programa de Trabalho nº 10.422.2015.6182.0001 e a Natureza da Despesa (ND) nº 33.90.39.47. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 8º)

TÍTULO VI

DA PARTICIPAÇÃO COMPLEMENTAR

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 128. Este Capítulo dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 1º)

Art. 129. Para efeito deste Capítulo, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º)

I - chamamento público: ato de chamar, publicamente, prestadores de serviços assistenciais de interesse do SUS, com a possibilidade de credenciá-los; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, I)

II - credenciamento: procedimento de licitação por meio do qual a administração pública, após chamamento público para um determinado objeto, celebra contrato de prestação de serviços com

todos aqueles considerados aptos, nos termos do art. 25, "caput" da Lei nº 8.666, de 1993; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, II)

III - inscrição: preenchimento de formulário próprio disponibilizado pelo ente federado contratante, acompanhado dos documentos previstos no respectivo regulamento, que serão encaminhados à comissão responsável; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, III)

IV - cadastro: registro das informações apresentadas junto ao formulário de inscrição, como o nome da entidade, endereço, descrição da atividade econômica, natureza jurídica, entre outros dados que são de interesse da Administração; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, IV)

V - habilitação: consiste na análise dos documentos entregues no ato de inscrição e parecer emitido por ocasião da visita técnica do ente federado contratante; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, V)

VI - inabilitação: situação em que o licitante não se habilita por não preencher qualquer dos requisitos constantes nos art.s 27 a 31 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, VI)

VII - visita técnica para qualificação: inspeção realizada pelo ente federado contratante à entidade cadastrada com o objetivo de identificar e avaliar a capacidade física e operacional e a qualidade das ações e dos serviços prestados, com a emissão de parecer circunstanciado, que fundamentará a decisão acerca da habilitação da entidade; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, VII)

VIII - convênio: instrumento firmado entre ente público e a instituição privada sem fins lucrativos, quando houver interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de serviços assistenciais à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, VIII)

IX - contrato: ajuste entre órgãos ou entidades de saúde da Administração Pública e particulares, em que há um acordo de vontade para a formação de vínculo e a estipulação de obrigações recíprocas, atinentes à prestação de serviços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, IX)

X - contratação: ato ou efeito de contratar, firmando vínculo formal com a assinatura do instrumento contratual pela credenciada, com publicação do extrato no respectivo Diário Oficial, além da divulgação em meio eletrônico; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, X)

XI - documento descritivo: instrumento de operacionalização das ações e serviços planejados de assistência à saúde com as respectivas metas qualitativas e quantitativas, identificando, quando couber, metas relacionadas à gestão, avaliação, ensino e pesquisa, anexado ou parte integrante do termo contratual ou contrato;(Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, XI)

XII - fiscalização: verificação do cumprimento das condições descritas no instrumento contratual, nos termos do art. 67 da Lei nº 8.666, de 1993; e (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, XII)

XIII - descredenciamento: rescisão contratual entre a entidade credenciada e o ente contratante, após regular processo administrativo, com observância aos princípios do contraditório e da ampla defesa. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, XIII)

Art. 130. Nas hipóteses em que a oferta de ações e serviços de saúde públicos próprios forem insuficientes e comprovada a impossibilidade de ampliação para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinado território, o gestor competente poderá recorrer aos serviços de saúde ofertados pela iniciativa privada.(Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 3º)

§ 1º Na complementação dos serviços de saúde deverão ser observados os princípios e as diretrizes do SUS e as normas técnicas e administrativas aplicáveis. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Assegurada a preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos e ainda persistindo a necessidade quantitativa dos serviços demandados, o ente público recorrerá às entidades com fins lucrativos. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no SUS será formalizada mediante a celebração de contrato ou convênio com o ente público, observando-se os termos da Lei nº 8.666, de 1993, e da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de acordo com os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 3º, § 3º)

I - convênio: firmado entre ente público e a instituição privada sem fins lucrativos, quando houver interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de serviços assistenciais à saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 3º, § 3º, I)

II - contrato administrativo: firmado entre ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto do contrato for a compra de serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 3º, § 3º, II)

§ 4º As entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos deixarão de ter preferência na contratação com o SUS, e concorrerão em igualdade de condições com as entidades privadas lucrativas, no respectivo processo de licitação, caso não cumpram os requisitos fixados na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 3º, § 4º)

§ 5º As entidades filantrópicas e sem fins lucrativos deverão satisfazer, para a celebração de instrumento com a esfera de governo interessada, os requisitos básicos contidos na Lei nº 8.666, de 1993, e no art. 3º da Lei nº 12.101, independentemente das condições técnicas, operacionais e outros requisitos ou exigências fixadas pelos gestores do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 3º, § 5º)

§ 6º Para efeito de remuneração, os serviços contratados deverão utilizar como referência a Tabela de Procedimentos do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 3º, § 6º)

Art. 131. A instituição privada com a qual a Administração Pública celebrará contrato deverá: (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 4º)

I - estar registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 4º, I)

II - submeter-se a avaliações sistemáticas pela gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 4º, II)

III - submeter-se à regulação instituída pelo gestor; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 4º, III)

IV - obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividade que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto pactuado com o ente federativo contratante; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 4º, IV)

V - submeter-se ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e seus componentes, no âmbito do SUS, apresentando toda documentação necessária, quando solicitado; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 4º, V)

VI - assegurar a veracidade das informações prestadas ao SUS; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 4º, VI)

VII - cumprir todas as normas relativas à preservação do meio ambiente; e (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 4º, VII)

VIII - preencher os campos referentes ao contrato no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 4º, VIII)

Art. 132. A contratação complementar dos prestadores de serviços de saúde se dará nos termos da Lei nº 8.666, de 1993. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 5º)

§ 1º Desde que justificado pelo gestor competente, será admitido o credenciamento formal das entidades privadas nas hipóteses em que houver necessidade de um maior número de prestadores para o mesmo objeto e a competição entre eles for inviável. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 5º, § 1º)

§ 2º No caso do § 1º, serão aplicadas as regras da inexigibilidade de licitação, nos termos do art. 25, "caput", da Leiº 8.666, de 1993. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 5º, § 2º)

Art. 133. O credenciamento das entidades privadas prestadoras de serviços de saúde obedecerá às seguintes etapas: (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 6º)

I - chamamento público, com a publicação de edital e respectivo regulamento; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 6º, I)

II - inscrição; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 6º, II)

III - cadastro (Certificado de Registro Cadastral - CRC) das entidades interessadas; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 6º, III)

IV - habilitação; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 6º, IV)

V - assinatura do termo contratual; e (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 6º, V)

VI - publicação do extrato do contrato no Diário Oficial do ente contratante ou jornal local de grande circulação. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 6º, VI)

Art. 134. Os requisitos para o credenciamento devem estar previstos no respectivo regulamento, garantindo-se isonomia entre os interessados dispostos a contratar pelos valores definidos pelo SUS, constantes, obrigatoriamente, no edital. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 7º)

Art. 135. O registro de dados cadastrais para credenciamento estará permanentemente aberto a futuros interessados, estabelecidos limites temporais para as contratações. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 8º)

Art. 136. O edital e o respectivo regulamento do chamamento público deverão ser disponibilizados no Diário Oficial correspondente, em jornais de grande circulação e por meios eletrônicos, contendo o prazo de inscrição. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 9º)

Art. 137. O ente contratante deverá acompanhar todo o processo de credenciamento, podendo designar comissão especial para este fim. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 10)

Art. 138. No caso de contratação por inexigibilidade de licitação, como condição de eficácia dos atos, o gestor do SUS deverá publicar extrato da contratação na imprensa oficial, no prazo de 5 (cinco) dias, por força do que dispõe o art. 26 da Lei nº 8.666, de 1993. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 11)

Art. 139. Os contratos vigentes permanecerão regidos e executados de acordo com as regras do tempo de sua celebração. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 12)

CAPÍTULO II

DOS PROCEDIMENTOS RELATIVOS À CERTIFICAÇÃO DE ENTIDADES BENEFICENTES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE

Art. 140. Este Capítulo define os procedimentos relativos à certificação de entidades beneficentes de assistência social na área de saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 1º)

Art. 141. Para efeito deste Capítulo, consideram-se entidades beneficentes de assistência social na área de saúde aquelas que atuem diretamente na atenção à saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 2º)

Art. 142. No âmbito do Ministério da Saúde, compete à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), por intermédio do Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde (DCEBAS/SAS/MS), a condução dos processos relativos à certificação de entidades beneficentes de assistência social na área de saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 3º)

Seção I

Das Entidades Beneficentes de Assistência Social na Área de Saúde

(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I)

Subseção I

Dos Requisitos para Obtenção da Concessão ou Renovação do CEBAS

(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I, Seção I)

Art. 143. O Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS) será concedido às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços na área de saúde e que atendam ao disposto na Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, na Lei nº 12.868, de 15 de outubro de 2013, no Decreto nº 7.300, de 14 setembro de 2010, no Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014, e neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 4º)

Parágrafo Único. As pessoas jurídicas de que trata o "caput" poderão comprovar sua condição de beneficente para fins de certificação das seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 4º, Parágrafo Único)

I - pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), em conformidade com o art. 4º e 6º da Lei nº 12.101, de 2009; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 4º, Parágrafo Único, I)

II - pela prestação anual de serviços prestados ao SUS em percentual menor que 60% (sessenta por cento) e por aplicação de percentual da receita efetivamente recebida da prestação de serviços de saúde em gratuidade, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 12.101, de 2009; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 4º, Parágrafo Único, II)

III - pela aplicação do percentual de 20% (vinte por cento) da receita efetivamente recebida da prestação de serviços de saúde em gratuidade, quando não houver interesse de contratação pelo gestor do SUS, em conformidade com o art. 8º, inciso I da Lei nº 12.101, de 2009; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 4º, Parágrafo Único, III)

IV - pela realização de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, em conformidade com o art. 11 da Lei nº 12.101, de 2009; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 4º, Parágrafo Único, IV)

V - pela condição de beneficente, conforme o disposto no art. 110 da Lei nº 12.249, de 2010; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 4º, Parágrafo Único, V)

VI - pela prestação de serviços ao SUS de atendimento e acolhimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, em conformidade com o art. 7-A da Lei nº 12.101, de 2009; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 4º, Parágrafo Único, VI)

VII - pela atuação exclusiva na promoção da saúde, sem exigência de contraprestação do usuário pelas ações e serviços de saúde realizados, em conformidade com o art. 8-A da Lei nº 12.101, de 2009; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 4º, Parágrafo Único, VII)

VIII - pela execução de ações exclusivamente de promoção da saúde voltadas para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas, desde que comprovem a aplicação de, no mínimo, 20% (vinte por cento) de sua receita bruta em ações de gratuidade, em conformidade com o art. 8-B da Lei nº 12.101, de 2009. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 4º, Parágrafo Único, VIII)

Art. 144. As entidades de que trata o art. 143 deverão obedecer ao princípio da universalidade do atendimento, sendo vedado dirigir suas atividades exclusivamente a seus associados ou a categoria profissional. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 5º)

Art. 145. A concessão ou a renovação do CEBAS será atribuída à entidade beneficente que demonstre, no exercício fiscal anterior ao do requerimento, observado o período mínimo de 12 (doze) meses de constituição da entidade, o cumprimento do disposto nas Seções I a IV do Capítulo II da Lei nº 12.101, de 2009, e nos Capítulos I a IV do Título I do Decreto nº 8.242, de 2014, no que couber, e cumpra, cumulativamente, os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 6º)

I - seja constituída como pessoa jurídica nos termos do art. 143; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 6º, I)

II - preveja, em seus atos constitutivos, em caso de dissolução ou extinção, a destinação do eventual patrimônio remanescente a entidade sem fins lucrativos congêneres ou a entidades públicas. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 6º, II)

Parágrafo Único. O período mínimo de cumprimento dos requisitos de que trata este artigo poderá ser reduzido se a entidade for prestadora de serviços por meio de contrato, convênio ou instrumento congênere com o Sistema Único de Saúde (SUS), em caso de necessidade local atestada pelo gestor do Sistema. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 146. Para ser considerada beneficente e fazer jus ao CEBAS, a entidade de saúde deverá: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 7º)

I - celebrar contrato, convênio ou instrumento congênere com o gestor do SUS; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 7º, I)

II - ofertar a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento); e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 7º, II)

III - comprovar, anualmente, a prestação de serviços de que trata o inciso II, nos termos da Subseção II da Seção I do Capítulo II do Título VI. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 7º, III)

Art. 147. As instituições reconhecidas nos termos da legislação como serviços de atenção em regime residencial e transitório, incluídas as comunidades terapêuticas que prestem ao SUS serviços de atendimento e acolhimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa poderão ser certificadas, desde que: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 8º)

I - sejam qualificadas como entidades de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 8º, I)

II - comprovem a prestação de serviços de que trata o "caput", por meio de declaração do gestor do SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 8º, II)

§ 1º A prestação dos serviços prevista no "caput" será pac-

tuada com o gestor do SUS por meio de contrato, convênio ou instrumento congênere. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O atendimento dos requisitos previstos neste artigo dispensa a observância das exigências previstas no art. 146. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 8º, § 2º)

Art. 148. Excepcionalmente, será admitida a certificação de entidade que atue exclusivamente na promoção da saúde sem exigência de contraprestação do usuário pelas ações e serviços de saúde realizados. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 9º)

§ 1º A oferta da totalidade de ações e serviços sem contraprestação do usuário dispensa a observância das exigências previstas no art. 146. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Para os fins do disposto no "caput", a execução de ações e serviços de gratuidade em promoção da saúde será previamente pactuada por meio de contrato, convênio ou instrumento congênere com o gestor do SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 9º, § 2º)

§ 3º Para efeito do disposto no "caput", são consideradas ações e serviços de promoção da saúde as atividades de que trata a Subseção IV da Seção I do Capítulo II do Título VI e outras que venham a ser definidas pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 9º, § 3º)

§ 4º As entidades de que trata este artigo poderão ser certificadas, desde que: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 9º, § 4º)

I - sejam qualificadas como entidades de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 9º, § 4º, I)

II - comprovem ações e serviços de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 9º, § 4º, II)

Art. 149. Excepcionalmente, será admitida a certificação de entidades que prestem serviços de atenção em regime residencial e transitório, incluídas as comunidades terapêuticas, que executem exclusivamente ações de promoção da saúde voltadas para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas, desde que comprovem a aplicação de, no mínimo, 20% (vinte por cento) de sua receita bruta em ações de gratuidade como: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10)

I - grupos de mútua ajuda; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, I)

II - reinserção social, através do oferecimento de espaço e atendimento para reinserção social de pessoas dependentes após o período de acolhimento, para os que continuam em situação de vulnerabilidade social ou pessoal; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, II)

III - formação, capacitação ou orientação de pessoas que atendam ou lidam com dependentes químicos e seus familiares ou com dependência química; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, III)

IV - orientação de entidades que atuam na área de dependência química; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, IV)

V - orientação e aconselhamento de pessoas que necessitam ou procuram informações na área da dependência química; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, V)

VI - defesa e garantia de direitos das pessoas afetadas pela dependência química; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, VI)

VII - atendimentos ambulatoriais de dependentes e familiares; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, VII)

VIII - edição e distribuição de material informativo de prevenção, acompanhamento, acolhimento, tratamento e dependência química; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, VIII)

IX - acolhimento e/ou abordagem de usuários moradores de rua; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, IX)

X - visitação e acompanhamento de dependentes e familiares, antes, durante e depois do acolhimento/tratamento; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, X)

XI - capacitação de residentes em diversos ofícios ou áreas do conhecimento, inclusive educação complementar, básica, de informática etc; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, XI)

XII - outras pactuadas com gestor do SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, XII)

§ 1º Para fins do cálculo de que trata o "caput", as receitas provenientes de subvenção pública e as despesas decorrentes não devem incorporar a receita bruta e o percentual aplicado em ações de gratuidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, § 1º)

§ 2º A execução das ações de gratuidade em promoção da saúde será previamente pactuada com o gestor do SUS, por meio de contrato, convênio ou instrumento congênere. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, § 2º)

§ 3º O atendimento dos requisitos previstos neste artigo dispensa a observância das exigências previstas no art. 146. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, § 3º)

Art. 150. A entidade de saúde de reconhecida excelência poderá, alternativamente, para dar cumprimento ao requisito previsto no art. 146, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, celebrando ajuste com a União, por intermédio do Ministério da Saúde, nas seguintes áreas de atuação: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11)

I - estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, I)

II - capacitação de recursos humanos; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, II)

III - pesquisas de interesse público em saúde; ou (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, III)

IV - desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviço de saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, IV)

§ 1º Tratando-se de requerimento de concessão, o recurso despendido pela entidade de saúde no projeto de apoio não poderá ser inferior ao valor das contribuições de que tratam os art. 22 e 23 da Lei nº 8.212, de 1991, referente ao exercício fiscal anterior ao do requerimento. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, § 1º)

§ 2º As entidades de saúde que venham a se beneficiar da condição prevista neste artigo poderão complementar as atividades relativas aos projetos de apoio com prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares ao SUS não remunerados, mediante pacto com o gestor local do SUS, observadas as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, § 2º)

I - a complementação não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor usufruído com a isenção das contribuições sociais; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, § 2º, I)

II - a entidade de saúde deverá apresentar ao gestor local do SUS plano de trabalho com previsão de atendimento e detalhamento de custos, os quais não poderão exceder o valor por ela efetivamente despendido; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, § 2º, II)

III - a comprovação dos custos a que se refere o inciso II poderá ser exigida a qualquer tempo, mediante apresentação dos documentos necessários. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, § 2º, III)

§ 3º A participação das entidades de saúde em projetos de apoio previstos neste artigo não poderá ocorrer em prejuízo das atividades beneficentes prestadas ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, § 3º)

§ 4º Caso os recursos despendidos nos projetos de apoio ao desenvolvimento institucional não alcancem o valor da isenção usufruída, a entidade deverá complementar a diferença até o término do prazo de validade de sua certificação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, § 4º)

§ 5º O disposto no § 4º alcança somente as entidades que tenham aplicado, no mínimo, 70% (setenta por cento) do valor usufruído anualmente com a isenção nos projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, § 5º)

§ 6º As entidades de saúde realizadoras de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS que complementarem as atividades relativas aos projetos com a prestação de serviços gratuitos ambulatoriais e hospitalares deverão comprová-los mediante preenchimento dos sistemas de informações do Ministério da Saúde, com observação de não geração de créditos. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, § 6º)

§ 7º O cálculo do valor da isenção prevista no § 2º do art. 11 da Lei nº 12.101, de 2009, será realizado anualmente com base no exercício fiscal anterior. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, § 7º)

Art. 151. As entidades da área de saúde certificadas até o dia imediatamente anterior ao da publicação da Lei nº 12.101, de 2009, que prestam serviços assistenciais de saúde não remuneradas pelo SUS a trabalhadores ativos e inativos e respectivos dependentes econômicos, decorrentes do estabelecido em Norma Coletiva de Trabalho, desde que, simultaneamente, destinem no mínimo 20% (vinte por cento) do valor total das isenções de suas contribuições sociais em serviços, com universalidade de atendimento, a beneficiários do SUS, mediante pactuação junto ao gestor local do SUS, terão concedida a renovação do CEBAS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 12)

§ 1º A prestação de serviços prevista no "caput" será ajustada mediante pactuação firmada com o gestor local do SUS, contendo estimativa de metas e resultados a serem alcançados. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 12, § 1º)

§ 2º A aplicação do percentual mínimo de que trata o "caput" será verificado por meio das demonstrações contábeis. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 12, § 2º)

Art. 152. Os hospitais de ensino farão jus ao CEBAS, em conformidade com a norma vigente, desde que cumpridos os requisitos estabelecidos na Lei nº 12.101, de 2009, na Lei nº 12.868, de 2013, no Decreto nº 7.300, de 2010, no Decreto nº 8.242, de 2014, e neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 13)

Subseção II

Da Prestação de Serviços ao SUS no Percentual Mínimo de 60%

(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I, Seção II)

Art. 153. A prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento) será comprovada por meio dos registros das internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais verificados nos seguintes sistemas de informações do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 14)

I - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS); (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 14, I)

II - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 14, II)

III - Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA). (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 14, III)

§ 1º Os atendimentos ambulatoriais e as internações hospitalares realizados pela entidade de saúde serão apurados de acordo com os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 14, § 1º)

I - produção de internações hospitalares medida pela razão paciente-dia; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 14, § 1º, I)

II - produção de atendimentos ambulatoriais medida por quantidade de atendimentos/procedimentos. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 14, § 1º, II)

§ 2º A produção da entidade de saúde que presta serviços exclusivamente na área ambulatorial será verificada apenas pelo critério estabelecido no inciso II do § 1º. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 14, § 2º)

§ 3º O diposto nos incisos I e III do "caput" se aplica às entidades que prestam serviços exclusivamente na área ambulatorial. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 14, § 3º)

Art. 154. O cadastro no SCNES das entidades abrangidas por esta Subseção deve estar atualizado, a fim de subsidiar a análise da prestação de serviços ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 15)

Art. 155. O atendimento do percentual mínimo de 60% (sessenta por cento) de prestação de serviços ao SUS poderá ser individualizado por estabelecimento ou pelo conjunto de estabelecimentos de saúde da pessoa jurídica, desde que não abranja outra entidade com personalidade jurídica própria que seja por ela mantida.(Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 16)

§ 1º Para fins do disposto no "caput", no conjunto de estabelecimentos de saúde da pessoa jurídica poderá ser incorporado aquele vinculado por força de contrato de gestão, nos termos do § 2º do art. 4º da Lei nº 12.101, de 2009. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 16, § 1º)

§ 2º Para fins de cumprimento do percentual previsto no § 1º, a entidade de saúde requerente poderá incorporar, no limite de 10% (dez por cento) dos seus serviços, aqueles prestados ao SUS em estabelecimento a ela vinculado. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 16, § 2º)

§ 3º Para fins de apuração do limite de que trata o § 2º, os serviços prestados pela requerente incluem as internações hospitalares (SUS e não SUS) e os atendimentos ambulatoriais (SUS e não SUS). (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 16, § 3º)

Art. 156. Para os requerimentos de renovação de certificação, caso a entidade de saúde não cumpra a exigência constante do art. 146, II no exercício fiscal anterior ao do requerimento, o Ministério da Saúde avaliará o cumprimento da exigência com base na média do total de prestação de serviços ao SUS pela entidade durante todo o período de certificação em curso, que deverá ser de, no mínimo, 60% (sessenta por cento). (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 17)

§ 1º Para fins do disposto no "caput", apenas será admitida a avaliação da entidade de saúde pelo Ministério da Saúde caso haja o cumprimento, no mínimo, de 50% (cinquenta por cento) da prestação de serviços de que trata o art. 146, II em cada um dos anos do período de sua certificação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 17, § 1º)

§ 2º Aplica-se o disposto no "caput" aos requerimentos de renovação de certificação protocolados após a publicação da Lei nº 12.101, de 2009, relativos às entidades da área de saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 17, § 2º)

Art. 157. A verificação do cumprimento do requisito da prestação de serviços ao SUS, no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), dar-se-á por meio da produção SUS e não SUS da matriz e de todas as suas filiais. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 18)

Art. 158. O percentual mínimo de 60% (sessenta por cento) de prestação de serviços ao SUS será apurado por cálculo percentual simples, com base no total de internações hospitalares, medidas por paciente-dia (SUS e não SUS), e no total de atendimentos ambulatoriais, medidos por número de atendimentos/procedimentos (SUS e não SUS). (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 19)

§ 1º Serão considerados no conjunto dos serviços prestados ao SUS as internações hospitalares, medidas por paciente-dia, e os atendimentos ambulatoriais, medidos por atedimentos/procedimentos, registrados na CIHA, custeados com recursos próprios dos Estados, Municípios e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 19, § 1º)

§ 2º As internações hospitalares e os atendimentos ambulatoriais realizados sem nenhuma contraprestação, considerados para efeito da verificação da execução das ações de gratuidade na área de saúde, não são computados na apuração do percentual de serviços prestados ao SUS, na forma do "caput". (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 19, § 2º)

§ 3º Para efeito do disposto no "caput", a participação do componente ambulatorial do SUS será de no máximo 10% (dez por cento), devidamente comprovado. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 19, § 3º)

Art. 159. A entidade de saúde que aderir a programas e estratégias prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde fará jus a índice percentual que será adicionado ao total da prestação de serviços ofertados ao SUS, observado o limite máximo de 10% (dez por cento), para fins de comprovação da prestação anual de serviços ao SUS, nos seguintes índices: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 20)

I - atenção obstétrica e neonatal: 1,5% (um e meio pontos percentuais); (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 20, I)

II - atenção oncológica: 1,5% (um e meio pontos percentuais); (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 20, II)

III - atenção às urgências e emergências: 1,5% (um e meio pontos percentuais); (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 20, III)

IV - atendimentos voltados a pessoas com transtornos mentais e transtornos decorrentes do abuso ou dependência de álcool, crack e outras drogas: 1,5% (um e meio pontos percentuais); (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 20, IV)

V - atenção à saúde da pessoa com deficiência: 1,5% (um e meio pontos percentuais); e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 20, V)

VI - hospital de ensino: 1,5% (um e meio pontos percentuais). (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 20, VI)

Art. 160. A entidade que presta serviço exclusivamente na área ambulatorial terá o percentual mínimo de 60% (sessenta por cento) de serviços prestados ao SUS apurado por cálculo percentual simples, com base no total de atendimentos ambulatoriais (SUS e não SUS), medidos por número de atendimentos/procedimentos.(Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 21)

Parágrafo Único. Aplica-se o disposto no "caput" às hipóteses em que o gestor do SUS contratar exclusivamente os serviços de atendimento ambulatorial de entidades que também dispõem de serviços de internação hospitalar, observado o disposto no art. 146, II. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 161. Para as entidades especializadas que apresentarem preponderância na área de internação hospitalar ou ambulatorial, o percentual mínimo de 60% (sessenta por cento) de serviços prestados ao SUS terá como base de cálculo os serviços prestados pela área preponderante, não podendo reduzir a prestação de serviços ao SUS da área não preponderante. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 22)

Subseção III

Das Ações de Gratuidade na Área da Saúde

(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I, Seção III)

Art. 162. Não havendo interesse do gestor local do SUS na contratação dos serviços de saúde ofertados pela entidade de saúde ou

de contratação abaixo do percentual mínimo a que se refere o art. 146, II, a entidade deverá comprovar a aplicação de percentual da sua receita em gratuidade na área da saúde, da seguinte forma:(Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23)

I - 20% (vinte por cento), quando não houver interesse de contratação pelo gestor local do SUS ou se o percentual de prestação de serviços ao SUS for inferior a 30% (trinta por cento); (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, I)

II - 10% (dez por cento), se o percentual de prestação de serviços ao SUS for igual ou superior a 30% (trinta por cento) e inferior a 50% (cinquenta por cento); ou (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, II)

III - 5% (cinco por cento), se o percentual de prestação de serviços ao SUS for igual ou superior a 50% (cinquenta por cento). (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, III)

§ 1º A receita de que trata o "caput" será aquela efetivamente auferida pela prestação de serviços de saúde, proveniente dos serviços remunerados ou não pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 1º)

§ 2º A aplicação em ações de gratuidade na área de saúde do percentual da receita efetivamente auferida pela prestação de serviços de saúde será verificada por meio das demonstrações contábeis. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 2º)

§ 3º Para efeito deste artigo, consideram-se ações de gratuidade: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 3º)

I - casa de apoio: manutenção de instalações físicas que visem apoio e suporte a pacientes em trânsito para tratamento, dentre as quais: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 3º, I)

a) atenção à mulher; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 3º, I, a)

b) atenção à criança; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 3º, I, b)

c) atenção oncológica; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 3º, I, c)

d) atenção a dependentes químicos, entre outros; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 3º, I, d)

II - apoiar a gestão local na formação de profissionais da área de saúde; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 3º, II)

III - promover ações de educação em saúde coletiva junto à população local, no intuito de promover a melhoria de práticas de alimentação saudável com foco nas diretrizes do Ministério da Saúde, atividades corporal e física, prevenção e controle de tabagismo, redução da morbimortalidade e do uso abusivo de álcool e drogas, aprovadas pelo gestor do SUS; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 3º, III)

IV - apoiar o gestor do SUS na realização de campanhas no intuito de promover a doação de órgãos, sangue, fortalecimento do aleitamento materno exclusivo e esclarecimento sobre obesidade; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 3º, IV)

V - promoção de atividades recreativas e lúdicas para pacientes com internações de longa permanência; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 3º, V)

VI - criação de núcleos de avaliação, controle e monitoramento a paciente com déficit nutricional e obesidade; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 3º, VI)

VII - outras pactuadas com o gestor do SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 3º, VII)

Art. 163. Em hipótese alguma será admitida como aplicação em gratuidade a eventual diferença entre os valores pagos pelo SUS e os preços praticados pela entidade ou pelo mercado. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 24)

Subseção IV

Das Ações e Serviços de Promoção da Saúde

(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I, Seção IV)

Art. 164. Para efeito do disposto no art. 148, são consideradas ações e serviços de promoção da saúde as atividades voltadas para redução de risco à saúde, desenvolvidas em áreas como: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25)

I - nutrição e alimentação saudável: as ações e serviços de promoção da saúde devem considerar o padrão alimentar adequado às necessidades biológicas e sociais dos indivíduos e de acordo com as fases do curso da vida, sendo consideradas, para fins de certificação, atividades como: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, I)

a) promoção de ações relativas à alimentação saudável visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, a inclusão social e o cumprimento do direito humano à alimentação adequada; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, I, a)

b) aconselhamento individual e/ou coletivo com vistas a disseminar a cultura da alimentação saudável em consonância com os atributos e princípios do Guia Alimentar da População Brasileira; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, I, b)

c) aconselhamento continuado para grupos específicos, como por exemplo, diabéticos, obesos, pessoas com excesso de peso, hipertensos, celíacos; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, I, c)

d) desenvolver ações para a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, I, d)

e) implementar as ações de vigilância alimentar e nutricional para a prevenção e controle dos agravos e doenças decorrentes da má alimentação; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, I, e)

II - prática corporal e atividade física: as ações e serviços de promoção da saúde devem ser contínuos e sistemáticos, excetuadas as ações de treinamento desportivo, sendo consideradas, para fins de certificação, ações como: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, II)

a) ações de condicionamento físico relacionado à saúde; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, II, a)

b) ações de orientação para a prática de atividade física; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, II, b)

c) ações de mobilização comunitária; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, II, c)

d) ações de produção e veiculação de informações; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, II, d)

e) ação de capacitação técnica para apoio e aconselhamento; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, II, e)

III - prevenção e controle do tabagismo: as ações e serviços de promoção da saúde devem visar à prevenção da iniciação, a cessação e a redução da exposição de não fumantes à fumaça ambiental do tabaco e o controle/monitoramento de todos os aspectos relacionados aos produtos de tabaco comercializados, desde o seus conteúdos e emissões até as estratégias de comercialização e de divulgação de suas características para o consumidor, sendo consideradas, para fins de certificação, ações como: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, III)

a) realizar ações educativas de sensibilização da população para a promoção de "comunidades livres de tabaco", divulgando ações relacionadas ao tabagismo e seus diferentes aspectos; investindo na promoção de ambientes de trabalho livres de tabaco; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, III, a)

b) mobilizar e incentivar as ações contínuas por meio de canais comunitários, como unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho, capazes de manter um fluxo contínuo de informações sobre o tabagismo, seus riscos para quem fuma e os riscos da poluição tabagística ambiental para todos que convivem com ela; e(Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, III, b)

c) oferecer acesso do fumante aos métodos eficazes para cessação de fumar, e assim atender a uma crescente demanda de fumantes que buscam algum tipo de apoio para esse fim por meio de aconselhamento individual e/ou coletivo; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, III, c)

IV - prevenção ao câncer: as atividades relacionadas à prevenção do câncer, conforme disposto no Anexo IX da Portaria de Consolidação nº 2, são: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IV)

a) realização de ações que promovam hábitos saudáveis como o aleitamento materno, exclusivo até os 6 (seis) meses de vida, e o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras, incluindo-se ações educativas e intervenções ambientais e organizacionais que estimulem estas práticas; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IV, a)

b) orientação de atividades físicas; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IV, b)

c) orientação e distribuição quanto ao uso de equipamentos para evitar o impacto dos agrotóxicos na saúde humana e no ambiente; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IV, c)

d) desenvolvimento de ações para enfrentamento do tabagismo, do consumo de álcool, do sobrepeso, da obesidade e do consumo alimentar inadequado, considerados os fatores de risco relacionados ao câncer; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IV, d)

e) vigilância e monitoramento da eliminação da exposição aos agentes cancerígenos relacionados ao trabalho e ao ambiente, tais como benzeno, agrotóxicos, sílica, amianto, formaldeído e radiação; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IV, e)

f) prevenção da iniciação do tabagismo e do uso do álcool e do consumo de alimentos não saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IV, f)

g) implementação de ações de detecção precoce do câncer, por meio de rastreamento "screening" e diagnóstico precoce, a partir de recomendações governamentais, com base em ATS e AE; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IV, g)

h) garantia da confirmação diagnóstica oportuna dos casos suspeitos de câncer, em conformidade com os protocolos e diretrizes definidos pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IV, h)

V - prevenção ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e às hepatites virais: as atividades relacionadas à prevenção do vírus HIV e hepatites virais incluem: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V)

a) promoção da saúde e prevenção da transmissão do HIV, das hepatites B e C, da sífilis e de outras DSTs, realizadas nos serviços: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, a)

1. oferta à população de exames necessários para diagnóstico sorológico de HIV, sífilis e hepatites B, C e D; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, a, 1)

2. aconselhamento pré e pós testagem; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, a, 2)

3. aconselhamento individual e/ou coletivo no pré-teste; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, a, 3)

4. aconselhamento individual no pós-teste; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, a, 4)

5. aconselhamento para casais, inclusive casais soropositivos e sorodiscordantes, no campo do planejamento familiar (reprodução assistida); (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, a, 5)

6. aconselhamento continuado para pessoas que aguardam os resultados de exames (HIV, sífilis, hepatites) e também para PVHA, portadores de hepatites e seus familiares, até que sejam encaminhados e atendidos nos serviços de referência para tratamento e para grupos e segmentos populacionais específicos; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, a, 6)

7. disponibilização dos insumos estratégicos de prevenção, como preservativos masculinos de 49 e 52 mm; preservativos femininos para mulheres usuárias do serviço, especialmente para aquelas vivendo com HIV/aids, profissionais do sexo, portadoras de DST, usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas; gel lubrificante para profissionais do sexo, travestis e homens que fazem sexo com homens, pessoas vivendo com HIV/aids e mulheres que apresentem demanda específica; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, a, 7)

8. kits para redução de danos, cuja composição deve ser feita de acordo com a realidade de uso de drogas do contexto em que o Centro de Testagem e aconselhamento está inserido; atividades educativas; disponibilização de material educativo e informativo; captação de segmentos populacionais mais vulneráveis por meio de mídias de comunicação; orientação sobre uso de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos, inclusive com disponibilização de kits para redução de danos; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, a, 8)

9. atividades educativas em instituições como, por exemplo, escolas, instituições comunitárias de base, empresas, presídios, etc; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, a, 9)

b) Unidade de Testagem Móvel: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, b)

1. realização da testagem em campo, com aconselhamento e atividades de orientação preventiva; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, b, 1)

2. disponibilização de insumos de prevenção; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, b, 2)

3. disponibilização de material informativo/educativo; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, b, 3)

4. orientação sobre uso de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos, inclusive com disponibilização de kits para redução de danos; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, b, 4)

VI - prevenção e controle da dengue: para fins de certificação, serão consideradas as ações que impeçam que o mosquito se prolifere, interrompendo seu ciclo de reprodução, ou seja, impedindo que os ovos sejam depositados em locais com água limpa e parada, entre as quais destacam-se: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VI)

a) atuar junto aos domicílios, informando aos seus moradores sobre a importância da verificação da existência de larvas ou mosquitos transmissores da dengue no domicílio e peridomicílio, chamando a atenção para os criadouros mais comuns na sua área de atuação; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VI, a)

b) orientar e acompanhar o morador na remoção, destruição ou vedação de objetos que possam se transformar em criadouros de mosquitos, e caso seja necessário, remover mecanicamente os ovos e larvas do mosquito; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VI, b)

c) orientar a população sobre a forma de evitar e eliminar locais que possam oferecer risco quanto à formação de criadouros do "Aedes aegypti"; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VI, c)

d) promoção de educação em saúde até que a comunidade adquira conhecimentos e consciência do problema e passe a mudar o comportamento, mantendo as residências livres do vetor; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VI, d)

VII - prevenção da malária: reveste-se de importância epidemiológica, por sua gravidade clínica e elevado potencial de disseminação, em áreas com densidade vetorial que favoreça a sua transmissão, sendo consideradas, para fins de certificação, as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VII)

a) realizar ações de educação em saúde e de mobilização da comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VII, a)

b) identificar sintomas da malária e encaminhar o paciente à unidade de saúde; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VII, b)

c) promover o acompanhamento dos pacientes em tratamento; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VII, c)

d) coletar lâminas de sintomáticos, e enviá-las ao profissional responsável para leitura e, quando não for possível esta coleta de lâmina, encaminhar as pessoas para a Unidade Básica de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VII, d)

e) orientar medidas de proteção individual, tais como uso de repelentes, uso de roupas e acessórios apropriados para diminuir o contato vetor homem, uso de mosquiteiros e cortinas impregnados ou não com inseticidas e telagem das portas e janelas das casas; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VII, e)

VIII - ações de promoção a saúde para tuberculose e hanseníase a serem desenvolvidas pelas entidades certificadas: as ações deverão ser orientadas pelas áreas de Vigilância em Saúde das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VIII)

a) identificar sinais e sintomas da hanseníase/tuberculose; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VIII, a)

b) desenvolver ações educativas e de mobilização envolvendo as comunidades, escolas, conselhos de saúde, associações de moradores, etc, relativas à importância do autoexame; ao controle da hanseníase e combate ao estigma; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VIII, b)

c) desenvolver ações educativas e de mobilização envolvendo as comunidades, escolas, conselhos de saúde, associações de moradores, etc, relativas a esclarecer sobre os sintomas da tuberculose e a importância do diagnóstico precoce e tratamento imediato; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VIII, c)

d) realizar avaliação dermatoneurológica dos casos suspeitos de hanseníase; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VIII, d)

e) realizar ações educativas referentes a higiene e saneamento; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VIII, e)

f) notificação dos casos confirmados de hanseníase/tuberculose; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VIII, f)

g) encaminhar para unidade de referência os casos hanseníase/tuberculose; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VIII, g)

h) realizar assistência domiciliar, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VIII, h)

IX - redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas: entre estas atividades estão compreendidas: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IX)

a) práticas educativas e sensibilizadoras, voltadas para a população em todos os ciclos de vida, quanto ao uso abusivo de álcool e outras drogas e suas consequências para a saúde que estimulem a percepção, a reflexão e a articulação das pessoas frente à temática em questão, de forma pragmática e responsável, considerando a autonomia e empoderamento dos sujeitos; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IX, a)

b) iniciativas de redução de danos pelo consumo prejudicial de álcool e outras drogas envolvendo a corresponsabilização e autonomia da população; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IX, b)

c) desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania e redução do estigma associado aos usuários de álcool e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IX, c)

d) iniciativas de geração de renda e inclusão social pelo trabalho para pessoas em situação de vulnerabilidade social; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IX, d)

e) outras atividades de promoção e prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas pactuadas com o gestor do SUS; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IX, e)

X - redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito: para fins de certificação, serão consideradas ações e serviços em Promoção da Saúde com o objetivo de reduzir a morbimortalidade por acidentes de trânsito, tais como: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, X)

a) as atividades desenvolvidas no escopo da redução dos fatores de risco e reforço dos fatores de proteção relativos à segurança viária compreendendo práticas educativas voltadas a todos os segmentos populacionais; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, X, a)

b) a promoção de discussões intersetoriais que incorporem ações educativas à grade curricular de todos os níveis de formação; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, X, b)

c) articulação de agendas e instrumento de planejamento, programação e avaliação, dos setores diretamente relacionados ao problema; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, X, c)

d) apoio às campanhas de divulgação em massa dos dados referentes às mortes e sequelas provocadas por acidentes de trânsito; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, X, d)

XI - prevenção da violência: para fins de certificação, serão consideradas ações e serviços em Promoção da Saúde com o objetivo de prevenir a violência e promover a cultura de paz e os direitos humanos as atividades desenvolvidas com vistas à minimização de fatores de risco e reforço aos fatores de proteção individuais ou coletivos, sendo que as atividades devem envolver todos os segmentos populacionais com ênfase naqueles de maior vulnerabilidade às violências, dentre elas compreendidas: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XI)

a) as ações de orientação e apoio às pessoas em situação vulnerabilidade para as violências; garantia e promoção de direitos humanos; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XI, a)

b) promoção do protagonismo juvenil; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XI, b)

c) fortalecimento de vínculos comunitários e sociais; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XI, c)

d) iniciativas de geração de renda e inclusão social pelo trabalho para pessoas em situação de vulnerabilidade; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XI, d)

e) iniciativas de inclusão social por meio da ação cultural, esportiva e de lazer; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XI, e)

f) iniciativas de mediação de conflitos, diálogos sobre respeito à diversidade e à prática dos direitos humanos; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XI, f)

g) fortalecimento da rede nacional de prevenção da violência; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XI, g)

XII - redução da morbimortalidade nos diversos ciclos de vida: para fins de certificação, serão consideradas ações e serviços em Promoção da Saúde com o objetivo de reduzir a morbimortalidade nos diversos ciclos de vida as atividades desenvolvidas com vistas à minimização de fatores de risco e reforço aos fatores de proteção, dentre as quais compreendem: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XII)

a) a promoção da educação em saúde por meio do cuidado integral; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XII, a)

b) ampliação do acesso da população às políticas públicas de saúde; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XII, b)

c) integração multiprofissional na construção e na execução das ações; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XII, c)

d) fazer convergir as ações e programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XII, d)

e) contribuição para as escolhas de modos de vida mais saudáveis; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XII, e)

f) ampliação das atividades físicas da população e estimular hábitos alimentares saudáveis. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XII, f)

Seção II

Do Requerimento de Concessão ou Renovação do CEBAS

(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO II)

Subseção I

Do Protocolo do Requerimento

(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 165. Os requerimentos de concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS) e de sua renovação serão protocolados junto ao Ministério da Saúde, quando a saúde for a área de atuação preponderante da entidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 26)

Art. 166. O requerimento de concessão ou renovação do CEBAS será protocolado através do sistema disponível no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude, instruído em conformidade com o disposto na Subseção II da Seção II do Capítulo II do Título VI. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 27)

§ 1º Os requerimentos de concessão ou renovação do CEBAS serão considerados recebidos na data de seu protocolo no sistema informatizado de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 27, § 1º)

§ 2º O protocolo do requerimento será vinculado ao Cadastro de Pessoa Física (CPF) do representante legal da entidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 27, § 2º)

§ 3º Será disponibilizado comprovante do protocolo de requerimento, contendo o nome da entidade e seu número de inscrição no CNPJ. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 27, § 3º)

Art. 167. O requerimento de renovação do CEBAS deverá ser protocolado durante os 360 (trezentos e sessenta) dias que antecederem o fim da vigência da certificação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 28)

§ 1º O requerimento de renovação protocolado antes do período de que trata o "caput" não será conhecido, devendo a entidade apresentar novo requerimento dentro do período de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 28, § 1º)

§ 2º O requerimento protocolado após o fim da vigência da certificação será considerado requerimento de concessão. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 28, § 2º)

§ 3º Aos requerimentos de renovação da certificação protocolados antes da publicação da Lei nº 12.868, de 15 de outubro de 2013, não se aplica o disposto no § 3º do art. 24 da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 28, § 3º)

§ 4º Na hipótese do § 2º, a entidade não será beneficiada pela isenção do pagamento das contribuições de que tratam os arts. 22 e 23 da Lei nº 8.212, de 1991, no período compreendido entre o término da validade da certificação anterior e a data de publicação da decisão de deferimento ou indeferimento. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 28, § 4º)

Art. 168. O protocolo do requerimento de renovação da certificação, tempestivamente apresentado, será considerado prova da certificação até o julgamento do seu processo pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 29)

§ 1º O disposto no "caput" aplica-se aos requerimentos de renovação da certificação redistribuídos nos termos do art. 35 da Lei nº 12.101, de 2009, assegurado às entidades interessadas o fornecimento de cópias dos protocolos. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 29, § 1º)

§ 2º O disposto no "caput" não se aplica aos requerimentos de renovação da certificação protocolados fora do prazo legal ou com certificação anterior tornada sem efeito por qualquer motivo. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 29, § 2º)

§ 3º A validade e a tempestividade do protocolo serão confirmadas pelo interessado mediante consulta da tramitação processual do requerimento na página do Ministério da Saúde na internet ou, na impossibilidade, por certidão expedida pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 29, § 3º)

Subseção II

Da Instrução do Requerimento

(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 169. O requerimento de que trata a Subseção I da Seção II do Capítulo II do Título VI será instruído com os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30)

I - comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ); (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, I)

II - cópia da ata de eleição dos dirigentes e, quando for o caso, do instrumento comprobatório de representação legal; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, II)

III - cópia do ato constitutivo da entidade, devidamente registrado junto ao órgão competente, que demonstre o cumprimento dos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, III)

a) constituição como pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, há 12 (doze) meses, no mínimo; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, III, a)

b) finalidade de prestação de serviços na área da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, III, b)

c) previsão, em caso de dissolução ou extinção, sobre a destinação do eventual patrimônio remanescente, a entidades sem fins lucrativos cogêneres ou a entidades públicas; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, III, c)

IV - relatório de atividades desempenhadas no exercício fiscal anterior ao requerimento, destacando informações sobre o público atendido e os recursos envolvidos e assinado pelo representante legal; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, IV)

V - balanço patrimonial, contendo: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, V)

a) discriminação quanto aos componentes do ativo circulante e não circulante, quanto à composição do passivo circulante e não circulante, e quanto à composição do patrimônio líquido; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, V, a)

b) constituição das provisões; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, V, b)

c) depreciações; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, V, c)

VI - demonstração das mutações do patrimônio líquido, contendo: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, VI)

a) saldos iniciais e finais do exercício fiscal anterior ao do requerimento; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, VI, a)

b) ajustes de exercícios anteriores; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, VI, b)

c) destinações do superávit/déficit do exercício; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, VI, c)

VII - demonstração dos fluxos de caixa, contendo: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, VII)

a) montante dos fluxos de caixa operacional, segregado por área de atuação; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, VII, a)

b) pagamentos de caixa para aquisição de imobilizado, no que couber; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, VII, b)

VIII - demonstração do resultado do exercício, contendo: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, VIII)

a) receita bruta anual auferida, devidamente discriminada e segregada por área de atuação; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, VIII, a)

b) detalhamento das despesas e custos ocorridos, devidamente discriminados por área de atuação, além das despesas com gratuidade, quando couber, sem prejuízo das demais despesas; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, VIII, b)

c) superávit ou déficit do exercício; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, VIII, c)

d) valor do benefício fiscal usufruído; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, VIII, d)

IX - notas explicativas, com receitas e despesas segregadas por área de atuação da entidade, contendo: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, IX)

a) resumo das principais práticas contábeis; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, IX, a)

b) critérios de apuração e detalhamento das receitas e despesas, especialmente com doações, subvenções, convênios, contribuições e aplicação de recursos; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, IX, b)

c) detalhamento, por elemento de despesa, das ações de gratuidade na área de saúde, bem como o respectivo critério de apuração; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, IX, c)

d) o valor dos benefícios fiscais usufruídos; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, IX, d)

X - cópia da proposta de oferta da prestação de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), efetuada pelo responsável legal da entidade ao gestor local do SUS, protocolada junto à Secretaria de Saúde respectiva; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, X)

XI - cópia do contrato, convênio ou instrumento congênere firmado com o gestor do SUS, acompanhada da cópia dos respectivos termos aditivos referentes ao exercício anterior ao do requerimento do CEBAS; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, XI)

XII - cópia do contrato de gestão, na hipótese do disposto no art. 155, § 1º , quando for o caso. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, XII)

§ 1º As entidades que obedeçam ao requisito do art. 146, II ficam dispensadas da apresentação dos demonstrativos contábeis de que trata o "caput", com exceção dos dispostos nos incisos VIII e IX do "caput". (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, § 1º)

§ 2º As entidades de que tratam os arts. 147, 148, 149 e 150 ficam dispensadas da apresentação dos documentos de que tratam os incisos XI e XII do "caput". (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, § 2º)

§ 3º As demonstrações contábeis serão relativas ao exercício fiscal anterior ao do requerimento do CEBAS e elaboradas por profissional legalmente habilitado, atendidas as normas do Conselho Federal de Contabilidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, § 3º)

§ 4º As entidades cuja receita bruta anual for superior ao limite máximo estabelecido no inciso II do "caput" do art. 3º da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, deverão submeter sua escrituração a auditoria independente realizada por instituição credenciada junto ao Conselho Regional de Contabilidade.(Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, § 4º)

§ 5º Na apuração da receita bruta anual, para fins do § 4º, também serão computadas as receitas provenientes de vendas de serviços, de aplicações financeiras, de locação e vendas de bens, assim como das doações e das subvenções recebidas ao longo do exercício fiscal, em todas as atividades realizadas. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, § 5º)

§ 6º O parecer da auditoria de que trata o § 4º deverá seguir as Normas Brasileiras de Contabilidade vigentes, além de expressar, clara e objetivamente, se as demonstrações contábeis auditadas representam a real situação patrimonial e financeira da entidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, § 6º)

§ 7º Todas as demonstrações contábeis exigidas deverão atender aos Princípios de Contabilidade e às Normas Brasileiras e Internacionais de Contabilidade vigentes na data de elaboração dos documentos. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, § 7º)

§ 8º As despesas e custos incorridos em ações de gratuidade na área de saúde deverão estar devidamente evidenciadas na demonstração do resultado do exercício, no que couber, sem prejuízo das demais despesas. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, § 8º)

Art. 170. Caso não haja interesse do gestor do SUS na contratação dos serviços de saúde ofertados pela entidade ou havendo contratação abaixo do percentual mínimo a que se refere o inciso II do "caput" do art. 4º da Lei nº 12.101, de 2009, a entidade de saúde instruirá seu requerimento com: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 31)

I - os documentos previstos nos incisos I a XII do art. 169, se for o caso; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 31, I)

II - declaração fornecida pelo gestor do SUS que ateste a ausência de interesse; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 31, II)

III - demonstrativo contábil que comprove a aplicação de percentual em gratuidade, na forma do disposto no art. 162; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 31, III)

IV - cópia do contrato, convênio ou instrumento congênere, firmado com o gestor do SUS, de prestação de serviços, explicitando, também, as ações de gratuidade pactuadas na área de saúde, a serem executadas em razão da aplicação de percentual da receita em gratuidade, nos termos do art. 162, quando for o caso; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 31, IV)

V - termo de pactuação das ações de gratuidade pactuadas na área de saúde, a serem executadas em razão da aplicação de percentual da receita em gratuidade, quando for caso. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 31, V)

Parágrafo Único. Os demonstrativos contábeis deverão comprovar o valor da receita efetivamente recebida pela prestação de serviços de saúde e a aplicação dos percentuais exigidos em gratuidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 31, Parágrafo Único)

Art. 171. As entidades de que trata o art. 147 deverão apresentar os documentos previstos nos incisos, I, II, III, IV e VIII do art. 169, além dos seguintes: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 32)

I - cópia do contrato, convênio ou instrumento congênere, firmado com o gestor do SUS, para a prestação de serviços, observada a regulamentação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 32, I)

II - declaração do gestor do SUS atestando a execução das ações pactuadas no contrato, convênio ou instrumento congênere. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 32, II)

Art. 172. As entidades de que trata o art. 148 deverão apresentar os documentos previstos nos incisos de I a X do art. 169, além da cópia do contrato, convênio ou instrumento congênere, firmado com o gestor do SUS, para a execução de ações e serviços de promoção da saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 33)

Parágrafo Único. O contrato, convênio ou instrumento congênere de que trata o "caput" deve conter a descrição das ações e serviços de promoção da saúde pactuados com o gestor do SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 33, Parágrafo Único)

Art. 173. As entidades de que trata o art. 149 deverão apresentar os documentos previstos nos incisos de I a X do art. 169, que demonstre a aplicação de, no mínimo, 20% (vinte por cento) da receita bruta em ações de gratuidade, bem como cópia do contrato, convênio ou instrumento congênere, firmado com o gestor do SUS, para a execução das ações de gratuidade em promoção da saúde de que trata o "caput", contendo o elenco de procedimentos regulados, a serem prestados pela entidade aos usuários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 34)

Art. 174. A entidade de saúde de reconhecida excelência que optar por realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, nos termos do art. 150, deverá apresentar os documentos previstos nos incisos I a IX do art. 169, além dos seguintes: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 35)

I - portaria de reconhecimento de excelência para apresentação de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, editada pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 35, I)

II - cópia do ajuste ou convênio celebrado com o Ministério da Saúde e dos termos aditivos; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 35, II)

III - demonstrações contábeis e financeiras submetidas a parecer conclusivo de auditor independente, legalmente habilitado junto ao Conselho Regional de Contabilidade; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 35, III)

IV - resumo da Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) e Informações à Previdência Social; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 35, IV)

V - pactuação com o gestor do SUS para a complementação prevista no art. 150, § 2º ; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 35, V)

VI - declaração fornecida pelo gestor do SUS atestando os resultados obtidos com a complementação prevista no art. 150, § 2º ; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 35, VI)

VII - certidão, expedida pela Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS), de aprovação dos relatórios finais referentes à execução dos projetos constantes do termo de ajuste ou convênio, e seus termos aditivos, relativos ao exercício fiscal anterior ao do requerimento. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 35, VII)

§ 1º Para os requerimentos de renovação, os demonstrativos contábeis de que trata este artigo devem comprovar que a entidade aplicou o valor da isenção usufruída no exercício fiscal anterior em projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS e, quando couber, com prestação de serviços não remunerados e pactuados com o gestor do SUS, no limite estabelecido no art. 150, § 2º . (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 35, § 1º)

§ 2º Tratando-se de requerimento de concessão, o recurso despendido pela entidade no projeto de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS não poderá ser inferior ao valor das contribuições de que tratam os arts. 22 e 23 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, referente ao exercício fiscal anterior ao do requerimento.(Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 35, § 2º)

Art. 175. As entidades de que trata o art. 151 deverão apresentar os documentos previstos nos incisos de I a X do art. 169, além dos seguintes: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 36)

I - as Guias de Recolhimento de FGTS e Informações para a Previdência Social (GFIPS), apresentadas pela entidade à Receita Federal do Brasil, acompanhada de demonstrativo contábil que demonstre a aplicação do percentual mínimo previsto no art. 151 em prestação de serviços gratuitos aos usuários do SUS; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 36, I)

II - pacto firmado com o gestor do SUS, contendo estimativa de metas e resultados a serem alcançados; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 36, II)

III - comprovante emitido pelo gestor local do SUS sobre o cumprimento das metas e resultados ajustados no pacto a que se refere o art. 151, § 1º ; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 36, III)

IV - Norma Coletiva de Trabalho, comprovando a prestação de serviços assistenciais de saúde, não remunerados pelo SUS, a trabalhadores ativos e inativos e respectivos dependentes. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 36, IV)

Parágrafo Único. Os demonstrativos contábeis deverão comprovar a aplicação de, no mínimo, 20% (vinte por cento) do valor total da isenção das contribuições para a seguridade social na prestação de serviços ao SUS, sem geração de créditos. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 36, Parágrafo Único)

Art. 176. As entidades de que trata o art. 145, parágrafo único deverão apresentar, ainda, declaração favorável à redução do período mínimo de cumprimento dos requisitos de certificação, fornecida pelo gestor do SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 37)

Subseção III

Da Análise e Decisão sobre o Requerimento

(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 177. A análise do requerimento será realizada no âmbito do DCEBAS/SAS/MS, de acordo com a forma que a entidade pretende comprovar sua condição de beneficente para fins de certificação, indicada no formulário de requerimento. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 38)

Parágrafo Único. A análise do requerimento será realizada pela Coordenação-Geral de Certificação (CGCER/DCEBAS/SAS/MS), que emitirá Parecer Técnico e o submeterá à consideração do DCEBAS/SAS/MS que, se de acordo, o encaminhará para deliberação do Secretário de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 38, Parágrafo Único)

Art. 178. Os requerimentos serão analisados, de acordo com a ordem cronológica de seu protocolo, no prazo de até 6 (seis) meses, contado da data da sua remessa por meio do sistema disponível no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 39)

§ 1º O prazo de que trata o "caput" poderá ser prorrogado para fins de complementação de documentação, hipótese na qual será permitida uma única diligência por parte do Ministério da Saúde, a ser atendida pela entidade no prazo de 30 (trinta) dias, contado da data da notificação e prorrogável uma vez, por igual período.(Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 39, § 1º)

§ 2º Os documentos apresentados em resposta à diligência e/ou complementação de informação de que trata o § 1º serão protocolados por meio do sistema disponível no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 39, § 2º)

§ 3º A prorrogação de prazo de que trata o § 1º poderá ser solicitada pela entidade através do sistema disponível no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 39, § 3º)

§ 4º O não atendimento pela entidade à diligência de que trata o § 1º implicará o indeferimento do requerimento pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 39, § 4º)

§ 5º O Ministério da Saúde poderá solicitar esclarecimentos e informações aos órgãos públicos e à entidade interessada, sem prejuízo da diligência de que trata o § 1º, desde que relevantes para a tomada de decisão sobre o requerimento. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 39, § 5º)

Art. 179. A certificação da entidade permanecerá válida até a data da decisão sobre o requerimento de renovação tempestivamente apresentado. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 40)

Art. 180. Ato do Secretário de Atenção à Saúde indicará a decisão de deferimento ou indeferimento do requerimento. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 41)

Parágrafo Único. O extrato da decisão sobre o requerimento de concessão do CEBAS ou de sua renovação será publicado no Diário Oficial da União (DOU) e no endereço eletrônico www.saude.gov.br/cebas-saude. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 41, Parágrafo Único)

Art. 181. A decisão do requerimento surtirá efeito: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 42)

I - para os requerimentos de concessão, a partir da publicação no DOU do ato específico de que trata o art. 180; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 42, I)

II - para os requerimentos de renovação: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 42, II)

a) a partir do término da validade da certificação anterior, quando o requerimento for deferido; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 42, II, a)

b) a partir da publicação no DOU do ato específico de que trata o art. 180, quando o requerimento for indeferido e o julgamento ocorrer após o vencimento da certificação anterior. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 42, II, b)

Seção III

Da Entidade com Atuação em Mais de Uma Área

(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO III)

Art. 182. A entidade que atuar em mais de uma das áreas a que se refere o art. 1º do Decreto nº 8.242, de 2014, deverá requerer a concessão do CEBAS ou sua renovação junto ao Ministério da Saúde quando a saúde for sua área de atuação preponderante, sem prejuízo da comprovação dos requisitos exigidos para as demais áreas. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 43)

§ 1º A atividade econômica principal constante do CNPJ deverá corresponder ao principal objeto de atuação da entidade, verificado nos documentos apresentados nos termos da Subseção II da Seção II do Capítulo II do Título VI, sendo preponderante a área na qual a entidade realiza a maior parte de suas despesas. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 43, § 1º)

§ 2º A área de atuação preponderante da entidade será verificada pelo Ministério da Saúde na forma indicada no § 1º, por ocasião da análise dos requisitos exigidos para sua concessão ou sua renovação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 43, § 2º)

§ 3º O requerimento recebido pelo Ministério da Saúde de entidade que não atuar de forma preponderante na área da saúde será encaminhado ao Ministério certificador competente, considerada a data do protocolo inicial para fins de comprovação de sua tempestividade. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 43, § 3º)

§ 4º Para os requerimentos das entidades de que trata esta Seção encaminhados ao Ministério da Saúde por outros Ministérios certificadores, será considerada a data do protocolo no Ministério no qual o requerimento tenha sido originalmente protocolado. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 43, § 4º)

§ 5º Os requerimentos das entidades que prestam serviços ou ações socioassistenciais, sem qualquer exigência de contraprestação dos usuários, com o objetivo de habilitação e reabilitação da pessoa com deficiência e de promoção e a sua inclusão à vida comunitária, no enfrentamento dos limites existentes para as pessoas com deficiência, que atuarem exclusivamente na área da saúde serão analisados pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 43, § 5º)

Art. 183. O requerimento de concessão da certificação ou de sua renovação protocolado em mais de um Ministério pela mesma entidade que atue de forma preponderante na área da saúde será analisado de acordo com a ordem cronológica do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 44)

Art. 184. As entidades de que trata esta Seção manterão escrituração contábil com registros segregados de modo a evidenciar o seu patrimônio, as suas receitas, os custos e despesas de cada área de atuação, conforme normas do Conselho Federal de Contabilidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 45)

Parágrafo Único. Os registros de atos e fatos serão segregados por área de atuação da entidade e obedecerão aos critérios específicos de cada área, a fim de possibilitar a comprovação dos requisitos para sua certificação como entidade beneficente de assistência social. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 45, Parágrafo Único)

Art. 185. A concessão da certificação ou renovação da entidade de que trata esta Seção que atue de forma preponderante na área de saúde dependerá da manifestação dos demais ministérios certificadores competentes nas respectivas áreas de atuação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 46)

§ 1º O requerimento de concessão da certificação ou de sua renovação deverá ser instruído com os documentos previstos no Decreto nº 8.242, de 2014, para certificação em cada uma das áreas de atuação da entidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 46, § 1º)

§ 2º Recebido o requerimento de concessão da certificação ou de sua renovação de entidade que trata esta Seção que atue de forma preponderante na área da saúde, o Ministério da Saúde consultará os demais Ministérios interessados, que se manifestarão no prazo legal sobre o cumprimento dos requisitos nas suas respectivas áreas. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 46, § 2º)

§ 3º O requerimento será analisado pelo Ministério da Saúde e demais Ministérios certificadores interessados e somente será deferido se constatado o cumprimento dos requisitos previstos na Lei nº 12.101, de 2009, na Lei nº 12.868, de 2013, no Decreto nº 7.300, de 2010, no Decreto nº 8.242, de 2014, e neste Capítulo, quando cabível, para cada uma de suas áreas de atuação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 46, § 3º)

Art. 186. O critério de definição da preponderância previsto no art. 182, § 1º aplica-se aos processos de concessão e renovação de certificação remetidos ao Ministério da Saúde por força dos arts. 34 e 35 da Lei nº 12.101, de 2009. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 47)

Seção IV

Dos Prazos de Validade do CEBAS

(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO IV)

Art. 187. O CEBAS concedido originalmente terá validade de 3 (três) anos. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 48)

Art. 188. O CEBAS renovado terá validade: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 49)

I - de 3 (três) anos, para as entidades que tenham receita bruta anual maior que R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais); e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 49, I)

II - de 5 (cinco) anos, para as entidades que tenham receita bruta anual igual ou inferior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais). (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 49, II)

Art. 189. Na apuração da receita bruta anual, de que trata o art. 188, serão computadas as receitas provenientes de venda de serviços, de aplicação financeira, de locação e venda de bens, assim como as doações e as subvenções recebidas ao longo do exercício financeiro, em todas as atividades realizadas. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 50)

Parágrafo Único. Para fins do disposto no "caput", será considerada a documentação contábil relativa ao exercício fiscal anterior ao do requerimento do CEBAS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 50, Parágrafo Único)

Seção V

Do Monitoramento e Controle do CEBAS

(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO V)

Subseção I

Da Supervisão

(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO V, Seção I)

Art. 190. O DCEBAS/SAS/MS supervisionará as entidades certificadas e zelará pela manutenção do cumprimento dos requisitos necessários à certificação, podendo, a qualquer tempo, determinar a apresentação de documentos, a realização de auditorias e o cumprimento de diligências. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 51)

§ 1º Sem prejuízo das representações a que se refere a Subseção II da Seção V do Capítulo II do Título VI, o Ministério da Saúde poderá, de ofício, determinar a apuração de indícios de irregularidades no cumprimento da Lei nº 12.101, de 2009, do Decreto nº 8.242, de 2014, ou deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 51, § 1º)

§ 2º A entidade deverá apresentar documentos que comprovem o cumprimento dos requisitos de que trata o "caput", quando solicitados, no prazo de 30 (trinta) dias, prorrogável por igual período, contado da data de recebimento da notificação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 51, § 2º)

§ 3º No processo de supervisão poderá ser aplicado o disposto no art. 156, considerando-se todo o período de certificação para o cálculo da média dos percentuais de serviços prestados ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 51, § 3º)

§ 4º As instâncias gestoras do SUS, nos âmbitos estadual e municipal, poderão supervisionar as entidades certificadas. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 51, § 4º)

Art. 191. O DCEBAS/SAS/MS supervisionará as entidades que não atuem de forma preponderante na área da saúde, devendo notificar a autoridade certificadora sobre o descumprimento dos requisitos necessários à manutenção da certificação na área da saúde, para que promova seu cancelamento. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 52)

Art. 192. Constatado o descumprimento de requisitos obrigatórios à certificação durante o processo de supervisão, o DCEBAS/SAS/MS iniciará o processo de cancelamento do certificado da entidade supervisionada, resguardados o contraditório e a ampla defesa. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 53)

Parágrafo Único. Após a abertura do processo de cancelamento, a entidade será notificada para apresentar defesa no prazo de 30 (trinta) dias. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 53, Parágrafo Único)

Subseção II

Da Representação

(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO V, Seção II)

Art. 193. Verificada a prática de irregularidade pela entidade certificada, são competentes para representar, motivadamente, ao Ministério da Saúde, sem prejuízo das atribuições do Ministério Público: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 54)

I - o gestor municipal, distrital ou estadual do SUS; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 54, I)

II - a Secretaria da Receita Federal do Brasil; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 54, II)

III - os conselhos de acompanhamento e controle social previstos na Lei nº 11.494, de 20 de junho de 2007, e os Conselhos de Assistência Social e de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 54, III)

IV - o Tribunal de Contas da União. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 54, IV)

§ 1º A representação será realizada por meio eletrônico ou físico, dirigida ao Secretário de Atenção à Saúde, e deverá conter a qualificação do seu autor, a descrição dos fatos a serem apurados e, sempre que possível, a documentação e as informações para o esclarecimento do pedido. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 54, § 1º)

§ 2º A representação, respectivas defesas e recursos poderão ser protocolados: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 54, § 2º)

I - presencialmente, considerando-se como data de protocolo a da efetiva entrega no DCEBAS/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 54, § 2º, I)

II - via postal, em envelope remetido ao DCEBAS/SAS/MS, para o endereço indicado no endereço eletrônico www.saude.gov.br/cebas-saude, informando o nome do órgão ou entidade interessada e o objeto, considerando-se como data de protocolo a da postagem; ou (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 54, § 2º, II)

III - por meio do sistema disponível no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude, considerando-se como data de protocolo a da remessa. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 54, § 2º, III)

§ 3º Os processos de requerimento de renovação da certificação e de representação, que estejam em tramitação concomitante, serão julgados simultaneamente. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 54, § 3º)

Art. 194. Após o recebimento da representação, caberá à SAS/MS, por intermédio do DCEBAS/SAS/MS: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 55)

I - comunicar a formalização de representação à Secretaria da Receita Federal do Brasil até o quinto dia útil do mês subsequente ao protocolo da representação, salvo se esta figurar como parte na representação; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 55, I)

II - solicitar ao autor da representação que complemente as informações ou documentos apresentados, no prazo de 10 (dez) dias, contado do recebimento da notificação, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 55, II)

III - notificar a entidade para que, no prazo de 30 (trinta) dias, contado da ciência da notificação, apresente defesa; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 55, III)

IV - solicitar, caso a representação aponte indícios de irregularidades referentes às áreas de atuação não preponderantes da entidade certificada, que os Ministérios competentes pela certificação nessas áreas se manifestem, no prazo legal; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 55, IV)

V - analisar e decidir sobre a representação, no prazo de 30 (trinta) dias, contado: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 55, V)

a) da apresentação de defesa; ou (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 55, V, a)

b) do termo final do prazo de que trata o inciso II sem apresentação de complementação das informações solicitadas. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 55, V, b)

§ 1º O DCEBAS/SAS/MS poderá arquivar a representação no caso de insuficiência ou de não apresentação das informações solicitadas na forma do inciso II do "caput". (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 55, § 1º)

§ 2º A defesa apresentada tempestivamente, na forma do inciso III do "caput", será analisada no âmbito do DCEBAS/SAS/MS por equipe diversa da que analisou o requerimento de certificação, que emitirá parecer conclusivo. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 55, § 2º)

Art. 195. A entidade e o autor da representação serão comunicados sobre o resultado do julgamento da representação, por ofício da autoridade julgadora, acompanhado de cópia da decisão. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 56)

Art. 196. Julgada improcedente a representação, será dada ciência à Secretaria da Receita Federal do Brasil, e o processo correspondente será arquivado. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 57)

Art. 197. Caso a representação seja julgada procedente, caberá recurso na forma da Subseção II da Seção VII do Capítulo II do Título VI. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 58)

Subseção III

Da Denúncia

(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO V, Seção III)

Art. 198. As denúncias referentes ao CEBAS serão apuradas por meio de supervisão. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 59)

§ 1º A denúncia de que trata o "caput" poderá ensejar a abertura de processo de cancelamento do CEBAS, na forma da Seção VI do Capítulo II do Título VI. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 59, § 1º)

§ 2º As denúncias sobre irregularidades, no âmbito do SUS, cuja apuração não seja de competência do DCEBAS/SAS/MS, serão encaminhadas a outras áreas do Ministério da Saúde, órgãos de controle interno e externo e ao Ministério Público, quando cabível. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 59, § 2º)

Seção VI

Do Cancelamento do CEBAS

(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO VI)

Art. 199. A entidade certificada deverá atender às exigências previstas neste Título durante todo o período de validade do CEBAS, sob pena de cancelamento da certificação a qualquer tempo, caso o Ministério da Saúde constate o descumprimento dos requisitos obrigatórios à certificação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 60)

§ 1º A certificação será cancelada a partir da ocorrência do fato que ensejou o descumprimento dos requisitos necessários à sua concessão ou renovação, em virtude de processo iniciado de ofício pela SAS/MS, de representação ou de denúncia. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 60, § 1º)

§ 2º Caberá recurso da decisão que cancelar o CEBAS na forma da Subseção I da Seção VII do Capítulo II do Título VI. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 60, § 2º)

§ 3º O Ministério da Saúde comunicará o cancelamento à Secretaria da Receita Federal do Brasil, até o quinto dia útil do mês subsequente ao cancelamento da certificação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 60, § 3º)

§ 4º A lista das entidades com CEBAS cancelados será divulgada no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 60, § 4º)

Seção VII

Dos Recursos

(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO VII)

Subseção I

Do Recurso Contra a Decisão que Indeferir o Requerimento de Concessão ou Renovação ou que Cancelar o CEBAS

(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO VII, Seção I)

Art. 200. Da decisão que indeferir o requerimento de concessão ou renovação ou que cancelar o CEBAS caberá recurso, dirigido ao Secretário de Atenção à Saúde, no prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de sua publicação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 61)

§ 1º O recurso de que trata o "caput" será protocolado através do sistema disponível no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 61, § 1º)

§ 2º O recurso protocolado fora do prazo previsto no "caput" não será admitido. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 61, § 2º)

§ 3º O recurso poderá abranger questões de legalidade e mérito. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 61, § 3º)

Art. 201. O recurso apresentado tempestivamente será analisado no âmbito do DCEBAS/SAS/MS por equipe diversa da que analisou o requerimento, que emitirá parecer conclusivo e o submeterá à apreciação do Secretario de Atenção à Saúde, para decisão. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 62)

§ 1º A decisão de que trata o "caput" será prolatada no prazo de 10 (dias), contado da data da interposição do recurso. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 62, § 1º)

§ 2º Na hipótese de interposição de recurso pelas entidades referidas na Seção III do Capítulo II do Título VI, o Ministério da Saúde, sempre que necessário, consultará os demais Ministérios competentes pela certificação nas áreas de atuação não preponderantes, que se manifestarão no prazo legal, interrompendo o prazo de 10 (dez) dias previsto no § 1º. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 62, § 2º)

Art. 202. Acolhido o recurso, a SAS/MS publicará a reforma de sua decisão no DOU, no prazo de 10 (dez) dias, contados do recebimento do processo, sem prejuízo da divulgação no endereço eletrônico www.saude.gov.br/cebas-saude. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 63)

Art. 203. O recurso não acolhido será encaminhado ao Ministro de Estado da Saúde para julgamento, no prazo de 60 (sessenta) dias. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 64)

§ 1º Após o recebimento do recurso pelo Ministro de Estado da Saúde, será aberto prazo de 15 (quinze) dias, que suspenderá o prazo de 60 (sessenta) dias previsto no "caput", para manifestação, por meio eletrônico, da sociedade civil, não sendo admitidas manifestações encaminhadas sem a identificação do autor. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 64, § 1º)

§ 2º A manifestação da sociedade civil de que trata o § 1º se dará por meio de consulta pública realizada através do endereço www.saude.gov.br/cebas-saude. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 64, § 2º)

§ 3º Decorrido o prazo de que trata o "caput", o Ministro de Estado da Saúde publicará a decisão no Diário Oficial da União (DOU) e no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 64, § 3º)

Art. 204. A SAS/MS comunicará o resultado do julgamento do recurso de que trata esta Seção à Secretaria da Receita Federal do Brasil até o quinto dia útil do mês subsequente à decisão. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 65)

Subseção II

Do Recurso Contra a Decisão que Julgar Procedente a Representação

(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO VII, Seção II)

Art. 205. Da decisão que julgar procedente a representação, cabe recurso por parte da entidade certificada ao Ministro de Estado da Saúde, no prazo de 30 (trinta) dias, contado de sua notificação, na forma da Subseção I da Seção VII do Capítulo II do Título VI. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 66)

§ 1º Indeferido o recurso ou decorrido o prazo para sua apresentação pela entidade certificada, o Ministério da Saúde cancelará a certificação e dará ciência do fato à Secretaria da Receita Federal do Brasil, até o quinto dia útil do mês subsequente à publicação da sua decisão. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 66, § 1º)

§ 2º A decisão final sobre o recurso de que trata o "caput" será prolatada em até 90 (noventa) dias, contados da data do seu recebimento pelo Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 66, § 2º)

§ 3º Decorrido o prazo previsto no "caput", sem interposição de recurso, o Secretário de Atenção à Saúde cancelará o CEBAS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 66, § 3º)

§ 4º Da decisão que cancelar o CEBAS, nos termos deste artigo, não caberá recurso. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 66, § 4º)

Seção VIII

Da Publicidade e Transparência

(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO VIII)

Art. 206. A entidade certificada com CEBAS deverá manter, em local visível ao público, placa indicativa contendo informações sobre a sua condição de beneficente na área de saúde, de acordo com o modelo constante no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 67)

Parágrafo Único. A entidade de que trata o "caput" deverá dar publicidade e manter de fácil acesso ao público todos os demonstrativos contábeis e financeiros e o relatório de atividades. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 67, Parágrafo Único)

Art. 207. As informações sobre a tramitação dos processos administrativos que envolvam a concessão, renovação ou cancelamento do CEBAS serão disponibilizadas no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 68)

Parágrafo Único. Os números de registro, data de protocolo, tempestividade, bem como da tramitação processual dos requerimentos de concessão e renovação do CEBAS, dentre outras informações pertinentes, poderão ser consultados no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 68, Parágrafo Único)

Art. 208. Os pedidos de consulta aos autos e de audiências junto ao DCEBAS/SAS/MS deverão observar ao disposto no Decreto nº 4.334, de 12 de agosto de 2002, e na Portaria nº 1.171/GM/MS, de 15 de junho de 2004. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 69)

§ 1º As audiências deverão ser previamente agendadas pelas entidades. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 69, § 1º)

§ 2º A consulta de que trata o "caput" restringe-se ao representante legal da entidade ou a seu procurador devidamente identificado. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 69, § 2º)

§ 3º A consulta aos autos será acompanhada por técnicos designados pela Coordenação-Geral competente, não sendo permitida a consulta direta à equipe técnica responsável pela análise do processo em questão. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 69, § 3º)

§ 4º A consulta ao processo será registrada mediante certidão expedida pela Coordenação-Geral competente, constando, se for o caso, o fornecimento das cópias solicitadas. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 69, § 4º)

§ 5º O fornecimento da cópia do processo, física ou digital, dar-se-á mediante o recolhimento dos custos à União. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 69, § 5º)

Art. 209. O Ministério da Saúde manterá cadastro das entidades sem fins lucrativos, beneficentes ou não, atuantes na área da saúde e tornará suas informações disponíveis para consulta pública

em sua página na internet. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 70)

§ 1º O cadastro das entidades beneficentes de assistência social será atualizado periodicamente e servirá como referencial básico para os processos de certificação ou de sua renovação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 70, § 1º)

§ 2º As entidades beneficentes de assistência social na área de saúde, com atuação em mais de uma área, figurarão no cadastro do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 70, § 2º)

§ 3º O Ministério da Saúde divulgará: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 70, § 3º)

I - lista atualizada com os dados relativos às certificações concedidas, seu período de vigência e entidades certificadas; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 70, § 3º, I)

II - informações sobre oferta de atendimento, bolsas concedidas ou serviços prestados de cada entidade certificada; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 70, § 3º, II)

III - recursos financeiros destinados às entidades a que se refere o "caput". (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 70, § 3º, III)

Art. 210. A SAS/MS informará à Secretaria da Receita Federal do Brasil, na forma e no prazo por ela definidos, e aos respectivos conselhos setoriais os requerimentos de concessão de certificação ou de sua renovação deferidos ou definitivamente indeferidos. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 71)

Seção IX

Do Comitê Consultivo do DCEBAS

(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO III)

Art. 211. Fica instituído o Comitê Consultivo do DCEBAS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 72)

Art. 212. Compete ao Comitê Consultivo do DCEBAS: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 73)

I - assistir ao DCEBAS/SAS/MS na condução de suas competências institucionais, sem participar dos procedimentos e decisões referentes aos processos administrativos sob sua responsabilidade; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 73, I)

II - colaborar com o DCEBAS/SAS/MS no encaminhamento de questões identificadas no desenvolvimento de suas atividades, sem efeito vinculativo. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 73, II)

Art. 213. O Comitê Consultivo do DCEBAS será formado por 1 (um) representante, titular e suplente, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 74)

I - DCEBAS/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 74, I)

II - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 74, II)

III - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 74, III)

IV - Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB); e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 74, IV)

V - Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS). (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 74, V)

VI - Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (CONFENACT). (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 74, VI) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3275/2016)

§ 1º Compete ao representante do DCEBAS/SAS/MS a coordenação do Comitê Consultivo do DCEBAS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 74, § 1º)

§ 2º Os membros do Comitê Consultivo do DCEBAS, titulares e suplentes, serão indicados pelos respectivos órgãos e entidades, para o período de 2 (dois) anos, e designados em ato do Secretário de Atenção à Saúde, podendo ser substituídos mediante comunicado, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data do desligamento. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 74, § 2º)

§ 3º A coordenação do Comitê Consultivo do DCEBAS poderá convidar representantes de outros órgãos e áreas técnicas do Ministério da Saúde para participarem das reuniões, sempre que necessário para o desenvolvimento dos trabalhos. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 74, § 3º)

Seção X

Das Disposições Transitórias e Finais

(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO IV)

Art. 214. As entidades de que tratam os arts. 147 e 149 que protocolarem o requerimento entre a data da publicação da Lei nº 12.868, de 2013, até o dia 31 de dezembro de 2017, serão excepcionalmente certificadas, desde que comprovem o cumprimento dos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 75) (com redação dada pela PRT MS/GM 3275/2016)

I - aqueles definidos nos arts. 147 e 149 ; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 75, I)

II - apresentar declaração de redução de período mínimo de cumprimento dos requisitos e de constituição para as entidades que foram constituídas há menos de 12 (doze) meses, a contar da data do protocolo do requerimento, conforme previsto no § 2º do art. 3º do Decreto nº 8.242, de 2014; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 75, II)

III - apresentar declaração de redução de período mínimo de cumprimento de requisitos para as entidades cuja constituição for superior a 12 (doze) meses, conforme previsto no § 2º do art. 3º do Decreto nº 8.242, de 2014; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 75, III)

IV - apresentar o contrato, convênio ou instrumento congênere, firmado com o gestor do SUS, observada a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas, do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 75, IV)

Art. 215. As entidades de que trata o art. 214, que protocolaram os requerimentos de concessão e renovação antes da publicação da Lei nº 12.868, de 2013, e cujos processos foram redistribuídos ao Ministério da Saúde, serão, excepcionalmente, certificadas desde que comprovem o cumprimento da aplicação de 20% (vinte por cento) de sua receita bruta em ações de gratuidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 76)

Parágrafo Único. As entidades de que trata o "caput" deverão manter o cadastro no SCNES atualizado, de acordo com a forma e o prazo determinado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 76, Parágrafo Único)

Art. 216. A certificação da entidade beneficente de assistência social na área de saúde não impede a celebração de contratos, convênios ou instrumentos congêneres com órgãos de outra área que não aquela da certificação, desde que atendida a legislação pertinente. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 77)

Art. 217. As certificações concedidas ou que vierem a ser concedidas com base na Lei nº 12.101, de 2009, para requerimentos de renovação protocolados entre 30 de novembro de 2009 e 31 de dezembro de 2011, terão prazo de validade de 5 (cinco) anos. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 78)

Art. 218. Para efeito deste Capítulo, considera-se como 1 (um) exercício fiscal o período compreendido entre 1º de janeiro e 31 de dezembro. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 79)

Parágrafo Único. Para fins de análise da documentação, considera-se o fechamento do exercício fiscal a data de entrega da Declaração de Informações Econômico-Fiscais da Pessoa Jurídica (DIPJ), fixada pela Secretaria da Receita Federal do Brasil. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 79, Parágrafo Único)

Art. 219. Até a implantação do sistema de que trata o art. 166, os requerimentos serão protocolados pessoalmente, junto ao DCEBAS/SAS/MS, ou por via postal, considerando-se a data do protocolo a mesma da postagem. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 80)

§ 1º As cópias dos documentos apresentadas pela entidade deverão ser autenticadas. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 80, § 1º)

§ 2º O requerimento com documentação incompleta será diligenciado mediante ofício expedido pelo DCEBAS/SAS/MS, acompanhado por Aviso de Recebimento (AR), ao representante legal da entidade ou pessoa por ele formalmente constituída. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 80, § 2º)

§ 3º A diligência de que trata o § 2º deverá ser atendida no prazo de 30 (trinta) dias, prorrogável uma única vez, por igual período, contado do recebimento da notificação pela entidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 80, § 3º)

Art. 220. A renovação das certificações que tiveram seu prazo de validade estendido, na forma do art. 38-A da Lei nº 12.101, de 2009, deverá ser requerida no decorrer dos 360 (trezentos e sessenta) dias que antecedem o termo final de validade do certificado. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 81)

§ 1º Caso a renovação de que trata o "caput" tenha sido requerida antes dos 360 (trezentos e sessenta) dias que antecedem o termo final de validade da certificação, as entidades serão comunicadas pelo Ministério da Saúde para apresentação de novo requerimento instruído com documentos atualizados, garantido o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias anteriores ao termo final da validade da certificação para apresentação do novo requerimento. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 81, § 1º)

§ 2º Se a renovação de que trata o § 1º for referente à certificação expirada ou com vigência restante menor que 60 (sessenta) dias, contados da data da edição do Decreto nº 8.242, de 2014, a entidade terá o prazo de até 60 (sessenta) dias, após o recebimento da comunicação do Ministério da Saúde, para o cumprimento do previsto no § 1º. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 81, § 2º)

§ 3º As entidades que não cumprirem o disposto nos §§ 1º e 2º terão seu processo arquivado e serão comunicadas pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 81, § 3º)

Art. 221. Os requerimentos de renovação da certificação de que trata a Lei nº 12.101, de 2009, protocolados entre 30 de novembro de 2009 e a publicação da Lei nº 12.868, de 2013, serão considerados tempestivos caso tenham sido apresentados antes do termo final de validade da certificação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 82)

Parágrafo Único. Os requerimentos de renovação da certificação protocolados entre 30 de novembro de 2009 e 31 de dezembro de 2010, no período de até 360 (trezentos e sessenta) dias após o termo final de validade da certificação, serão, excepcionalmente, considerados tempestivos. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 82, Parágrafo Único)

Art. 222. Para os requerimentos de concessão da certificação e de renovação de que trata a Lei nº 12.101, de 2009, protocolados no ano de 2009 pelas entidades de saúde e pendentes de decisão na publicação da Lei nº 12.868, de 2013, será avaliado todo o exercício fiscal de 2009 para aferição do cumprimento dos requisitos de certificação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 83)

§ 1º O Ministério da Saúde poderá solicitar da entidade, em diligência única, com prazo de atendimento de 30 (trinta) dias, contado da data de notificação e prorrogável uma vez, por igual período, documentos e informações que entender necessários para a aferição de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 83, § 1º)

§ 2º Os requerimentos das entidades de saúde para concessão de certificação e de sua renovação protocolados no ano de 2009 que foram indeferidos serão reavaliados pelo Ministério da Saúde, observado o disposto no "caput". (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 83, § 2º)

Art. 223. A entidade com requerimento protocolado entre 30 de novembro de 2009 e 31 de dezembro de 2011, e que não possui contrato, convênio ou instrumento congênere, deve apresentar declaração de relação de prestação de serviços fornecida pelo gestor do SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 84)

§ 1º A declaração de que trata o "caput" deverá especificar o período no qual a entidade prestou serviços. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 84, § 1º)

§ 2º A declaração apresentada nos termos do § 1º substitui a cópia da proposta de oferta da prestação de serviços ao SUS e a declaração de cumprimento de metas. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 84, § 2º)

§ 3º Para efeito de supervisão, a entidade que não possui contrato, convênio ou instrumento congênere poderá apresentar declaração de relação de prestação de serviços, fornecida pelo gestor do SUS, referente ao exercício de 2010 e anteriores. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 84, § 3º)

Art. 224. Para o exercício fiscal do ano de 2010 e anteriores, a comprovação do atendimento aos critérios estabelecidos nos incisos II e III do art. 4º da Lei nº 12.101, de 2009, será demonstrada no relatório anual de atividades e verificada nos sistemas de informações do Ministério da Saúde, considerando-se unicamente o percentual correspondente às internações hospitalares, medidas por paciente-dia. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 85)

Art. 225. As entidades exclusivamente ambulatoriais terão os atendimentos ambulatoriais não SUS realizados no exercício fiscal de 2010 e anteriores, verificados por meio do relatório anual de atividades. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 86)

Art. 226. A análise dos processos nos termos da legislação anterior, por força dos art. 34 e 35 da Lei nº 12.101, de 2009, será precedida da verificação da preponderância das áreas de atuação da entidade, com base nos documentos exigidos nos termos deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 87)

Art. 227. Aplica-se o disposto no art. 156 aos requerimentos de renovação pendentes de julgamento na data da publicação da Lei nº 12.868, de 2013. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 88)

Art. 228. Os prazos começam a correr a partir da data da cientificação oficial, excluindo-se da contagem o dia do começo e incluindo-se o do vencimento. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 89)

Parágrafo Único. Considera-se prorrogado o prazo até o primeiro dia útil seguinte se o vencimento cair em dia em que não houver expediente ou este for encerrado antes da hora normal. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 89, Parágrafo Único)

Art. 229. Nos processos de representação ou de cancelamento em que o AR retorne sem cumprimento, a entidade será intimada para apresentação de defesa, através de edital publicado no DOU, iniciando-se a contagem do prazo na data da publicação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 90)

TÍTULO VII

DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I

Das Disposições Preliminares

(Origem: PRT MS/GM 2073/2011, CAPÍTULO I)

Art. 230. Este Capítulo regulamenta o uso de padrões de informação em saúde e de interoperabilidade entre os sistemas de informação do SUS, nos níveis municipal, distrital, estadual e federal, e para os sistemas privados e de saúde suplementar. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 1º)

Parágrafo Único. Os padrões de interoperabilidade e de informação em saúde são o conjunto mínimo de premissas, políticas e especificações técnicas que disciplinam o intercâmbio de informações entre os sistemas de saúde municipais, distrital, estaduais e federal, estabelecendo condições de interação com os entes federativos e a sociedade. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 231. A definição dos padrões de informação em saúde e de interoperabilidade de informática em saúde tem como objetivos: (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 2º)

I - definir a representação de conceitos a partir da utilização de ontologias, terminologias e classificações em saúde comuns, e modelos padronizados de representação da informação em saúde, criar e padronizar formatos e esquemas de codificação de dados, de forma a tornar célere o acesso a informações relevantes, fidedignas e oportunas sobre o usuário dos serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 2º, I)

II - promover a utilização de uma arquitetura da informação em saúde que contemple a representação de conceitos, conforme mencionado no inciso I, para permitir o compartilhamento de informações em saúde e a cooperação de todos os profissionais, estabelecimentos de saúde e demais envolvidos na atenção à saúde prestada ao usuário do SUS, em meio seguro e com respeito ao direito de privacidade; (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 2º, II)

III - contribuir para melhorar a qualidade e eficiência do SUS e da saúde da população em geral; (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 2º, III)

IV - fundamentar a definição de uma arquitetura de informação nacional, independente de plataforma tecnológica de software ou hardware, para orientar o desenvolvimento de sistemas de informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 2º, IV)

V - permitir interoperabilidade funcional, sintática e semântica entre os diversos sistemas de informações em saúde, existentes e futuros; (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 2º, V)

VI - estruturar as informações referentes a identificação do usuário do SUS, o profissional e o estabelecimento de saúde responsáveis pela realização do atendimento; (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 2º, VI)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300016

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

VII - estruturar as informações referentes aos atendimentos prestados aos usuários do SUS visando à implementação de um Registro Eletrônico de Saúde (RES) nacional e longitudinal; e (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 2º, VII)

VIII - definir o conjunto de mensagens e serviços a serem utilizados na comunicação entre os sistemas de informação em saúde. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 2º, VIII)

Seção II

Da Definição e Adoção dos Padrões de Interoperabilidade de Informações de Saúde

(Origem: PRT MS/GM 2073/2011, CAPÍTULO II)

Art. 232. O Ministério da Saúde estabelecerá uma arquitetura de conceitos em saúde, que identificará os detalhes e os principais atributos dos serviços, seus componentes, atividades e políticas necessárias. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 3º)

Parágrafo Único. A arquitetura em saúde será a fundação para a definição do conjunto de especificações técnicas e padrões a serem utilizados na troca de informação sobre eventos de saúde dos usuários do SUS pelos sistemas de saúde locais, regionais e nacionais, públicos e privados. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 233. Os padrões de interoperabilidade constarão do Catálogo de Padrões de Interoperabilidade de Informações de Sistemas de Saúde (CPIISS), publicado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), disponível para a sociedade em geral, encontrando-se a primeira versão nos termos do Anexo II . (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 4º)

§ 1º O CPIISS é constituído de especificações e padrões em uso, aprovados pelo Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO/MS) e pactuados na CIT. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O CPIISS conterá links para as organizações que produziram os padrões adotados, incluindo os padrões de jure e os de fato. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 4º, § 2º)

§ 3º O CPIISS será atualizado regularmente, de acordo com o processo de trabalho do CIINFO/MS, e todas as alterações serão enumeradas em versões acordadas após negociações na CIT. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 4º, § 3º)

§ 4º Os padrões publicados no CPIISS conterão um conjunto de metadados que seguirão o formato definido pelo Padrão de Metadados do Governo Eletrônico Brasileiro (E-PMG). (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 4º, § 4º)

Art. 234. Serão adotados padrões de interoperabilidade abertos, sem custo de royalties. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 5º)

Parágrafo Único. Quando não houver possibilidade técnica ou disponibilidade no mercado para adoção de padrões abertos, o CPIISS adotará os padrões apropriados aos objetivos estabelecidos neste Capítulo, levando em consideração os benefícios a seus usuários. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 235. O processo de definição e adoção de padrões de interoperabilidade deve estar alinhado com o Guia de Boas Práticas e Regulamentação Técnica, definido pelo Conselho Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (CONMETRO) e elaborado pelo Comitê Brasileiro de Regulamentação (CBR).(Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 6º)

Art. 236. Os entes federativos que decidirem não utilizar os padrões de interoperabilidade de que trata este Capítulo deverão utilizar mensagens formatadas em padrão eXtensible Markup Language (XML) para troca de informações, de forma a atender aos "XML schemas" definidos pelo Ministério da Saúde e respectivas definições dos respectivos serviços - Web Service Definition Language (WSDL), quando for o caso. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 7º)

Parágrafo Único. Cabe ao Ministério da Saúde, por meio do DATASUS, definir o padrão de importação e exportação baseado na tecnologia de serviços Web, com publicação dos schemas e respectivas WSDL. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 7º, Parágrafo Único)

Seção III

Da Operacionalização e Implementação dos Padrões de Informação em Saúde e de Interoperabilidade

(Origem: PRT MS/GM 2073/2011, CAPÍTULO III)

Art. 237. A implementação dos usos dos padrões de informação em saúde e de interoperabilidade será coordenada pelo Grupo de Trabalho de Gestão da Câmara Técnica da CIT, ao qual caberá: (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 8º)

I - definir os sistemas a serem padronizados, com prioridade para os sistemas de base nacional vinculados à atenção primária à saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 8º, I)

II - mapear mensagens a serem trocadas, indicando o conjunto de ontologias, terminologias e classificações em saúde aplicáveis. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 8º, II)

Art. 238. Para implementar a utilização dos padrões de interoperabilidade, caberá ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 9º)

I - prover capacitação, qualificação e educação permanente dos profissionais envolvidos no uso e na implementação dos padrões de interoperabilidade; (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 9º, I)

II - garantir aos entes federados a disponibilização de todos os dados transmitidos, consolidados ou em sua composição plena; e (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 9º, II)

III - prover plataforma de interoperabilidade para troca de informações entre os sistemas do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 9º, III)

Seção IV

Do Financiamento

(Origem: PRT MS/GM 2073/2011, CAPÍTULO IV)

Art. 239. O Ministério da Saúde ficará responsável pelos recursos financeiros necessários à efetivação da: (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 10)

I - utilização dos padrões de interoperabilidade e informação em saúde estabelecidos nos termos deste Capítulo, seja para subscrição, associação ou licenciamento, sendo a liberação de uso estendida a estados, Distrito Federal e municípios; (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 10, I)

II - tradução de termos, nomenclaturas e vocabulários, bem como para a inserção de novos que sejam imprescindíveis para atender às exigências do SUS, estendida sua utilização a estados, Distrito Federal e municípios; e (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 10, II)

III - manutenção do arcabouço dos padrões de interoperabilidade e informação em saúde estabelecidos nos termos deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 10, III)

Art. 240. Os custos relacionados à adequação de sistemas de informação para uso dos padrões de interoperabilidade e informação em saúde serão de responsabilidade dos proprietários dos respectivos sistemas. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 11)

§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios arcarão com todas as despesas para adequação de seus sistemas próprios. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 11, § 1º)

§ 2º O Ministério da Saúde arcará com as despesas para adequação de seus sistemas de informação. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 11, § 2º)

Seção V

Do preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde

Art. 241. A coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor serão obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena. (Origem: PRT MS/GM 344/2017, Art. 1º)

Art. 242. No casos de recém-nascidos, óbitos ou diante de situações em que o usuário estiver impossibilitado para a autodeclaração, caberá aos familiares ou responsáveis a declaração de sua cor ou pertencimento étnico-racial. (Origem: PRT MS/GM 344/2017, Art. 2º)

Parágrafo Único. Nos casos em que não houver responsável, os profissionais de saúde que realizarem o atendimento preencherão o campo denominado raça/cor. (Origem: PRT MS/GM 344/2017, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 243. Compete às esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): (Origem: PRT MS/GM 344/2017, Art. 3º)

I - estimular e qualificar o uso dos meios institucionais ou ferramentas de gestão existentes relativos ao monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN); (Origem: PRT MS/GM 344/2017, Art. 3º, I)

II - qualificar a coleta, o processamento e a análise dos dados desagregados por raça/cor, bem como nas informações epidemiológicas divulgadas anualmente pelo SUS; e (Origem: PRT MS/GM 344/2017, Art. 3º, II)

III - incluir o quesito raça/cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos e pesquisas de saúde junto aos conveniados ou contratados pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 344/2017, Art. 3º, III)

Art. 244. O Ministério da Saúde apresentará anualmente Relatório Sistematizado acerca da Situação de Saúde da População Negra no Brasil, reafirmando seu compromisso em contribuir para a efetiva implementação do programa de ação e atividades no âmbito da Década Internacional de Afrodescendentes, proclamada pela Assembleia Geral da ONU (Resolução 68/237) para o período de 2015 a 2024. (Origem: PRT MS/GM 344/2017, Art. 4º)

CAPÍTULO II

DO COMITÊ DE INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA EM SAÚDE (CIINFO/MS)

Art. 245. Fica instituído o Comitê de Informação e Informática em Saúde do Ministério da Saúde (CIINFO/MS). (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 1º)

Art. 246. O CIINFO/MS terá funções normativas, diretivas e fiscalizadoras das atividades relativas aos sistemas de informação e informática em saúde no âmbito do Ministério da Saúde e do SUS, em conformidade com o disposto no inciso I do art. 9º e no art. 47 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 2º)

Art. 247. O CIINFO/MS é formado pelos seguintes membros efetivos: (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º)

I - Secretário-Executivo (SE/MS), que o presidirá; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, I)

II - Secretário de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, II)

III - Secretário de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, III)

IV - Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, IV)

V - Secretário de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, V)

VI - Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, VI)

VII - Secretário Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, VII)

VIII - Diretor-Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, VIII)

IX - Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, IX)

X - Presidente da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, X)

XI - Presidente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); e (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, XI)

XII - Presidente da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (HEMOBRAS). (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, XII)

§ 1º Nos impedimentos formais, os membros efetivos serão representados por seus substitutos legais. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Nas funções de natureza consultiva, o CIINFO/MS é também integrado por representantes: (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, § 2º)

I - da Secretaria Logística de Tecnologia da Informação (SLTI) do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, § 2º, I)

II - da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA); e (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, § 2º, II)

III - da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, § 2º, III)

Art. 248. A critério da Presidência e quando for de interesse do Comitê, poderão participar extraordinariamente das reuniões do CIINFO/MS outros representantes do Ministério da Saúde, bem como instituições e profissionais de reconhecida capacidade técnica e administrativa na área de Informação e Informática em Saúde.(Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 4º)

Art. 249. O CIINFO/MS reunir-se-á: (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 5º)

I - ordinariamente, de forma trimestral; e (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 5º, I)

II - extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação do Presidente do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 5º, II)

§ 1º As reuniões do CIINFO/MS serão iniciadas com a presença de, no mínimo, metade mais um de seus membros efetivos. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Instalada a reunião, as decisões serão tomadas pela maioria absoluta dos membros presentes. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 5º, § 2º)

§ 3º Todos os membros do CIINFO/MS terão direito a voz e voto sobre os temas discutidos nas reuniões e, em caso de empate, a Presidência exercerá o voto de qualidade. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 5º, § 3º)

§ 4º A Presidência do CIINFO/MS poderá decidir, ad referendum do colegiado, sobre matérias que forem encaminhadas pelos Subcomitês à apreciação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 5º, § 4º)

Art. 250. O apoio técnico e administrativo ao CIINFO/MS caberá ao Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS/SE/MS) e ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em parceria, conforme definido em Regimento Interno. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 6º)

Parágrafo Único. Para compor o respectivo apoio técnico e administrativo, o Presidente do CIINFO/MS poderá solicitar a designação de pessoal qualificado aos órgãos integrantes do Comitê, bem como para atuar junto aos Subcomitês e Grupos Estratégicos de Trabalho. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 251. Compete ao CIINFO/MS: (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 7º)

I - instituir Subcomitês para o tratamento de temas específicos; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 7º, I)

II - apreciar e aprovar, anualmente, o Plano Diretor de Tecnologia da Informação do Ministério da Saúde e dos diversos órgãos diretamente a ele vinculados (PDTI-MS), sem prejuízo das competências institucionais e legais dos demais órgãos e entidades que integram a Administração Pública federal; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 7º, II)

III - promover a organização do Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS), conforme estabelecido pelo art. 47 da Lei nº 8.080, de 1990; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 7º, III)

IV - rever e traçar novas diretrizes gerais e promover o fortalecimento da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) no âmbito Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 7º, IV)

V - emitir orientações, normas e padrões técnicos de interoperabilidade de informações em conformidade com a política de informação e informática em saúde de âmbito do Ministério da Saúde e demais órgãos diretamente a ele vinculados; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 7º, V)

VI - emitir parecer final sobre os relatórios elaborados pelos Subcomitês e Grupos Estratégicos de Trabalho do CIINFO/MS; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 7º, VI)

VII - promover a racionalização do desenvolvimento e do uso dos recursos de Tecnologia da Informação; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 7º, VII)

VIII - propor diretrizes básicas para a política de recursos humanos na área de Tecnologia da Informação e Informática no âmbito do Ministério da Saúde e órgãos vinculados, em conjunto com as respectivas áreas de recursos humanos; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 7º, VIII)

IX - definir os padrões essenciais de informação em saúde para suportar o registro eletrônico de saúde, interoperável e compartilhado no território nacional, sem prejuízo das competências institucionais e legais dos demais órgãos e entidades que integram a Administração Pública federal; e (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 7º, IX)

X - definir, com a participação consultiva dos demais gestores do SUS e entidades representativas do setor de saúde, um

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

conjunto de prioridades de padrões de Conteúdo e Estrutura, Representação de Conceitos em Saúde, Comunicação, Segurança e Privacidade. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 7º, X)

Art. 252. Fica instituído o Subcomitê Gestor de Segurança da Informação e Comunicações, ao qual compete: (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º)

I - assessorar na implementação das ações de segurança da informação e comunicações; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, I)

II - constituir grupos de trabalho para tratar de temas e propor soluções específicas sobre segurança da informação e comunicações; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, II)

III - propor alterações na Política de Segurança da Informação e Comunicações; e (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, III)

IV - propor normas relativas à segurança da informação. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, IV)

§ 1º Os integrantes do Subcomitê Gestor de Segurança da Informação e Comunicações serão definidos pelo CIINFO/MS. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O Subcomitê Gestor de Segurança da Informação e Comunicações será coordenado pelo Gestor de Segurança da Informação e Comunicações, a quem caberá: (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, § 2º)

I - promover cultura de segurança da informação e comunicações; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, § 2º, I)

II - acompanhar as investigações e as avaliações dos danos decorrentes de quebras de segurança; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, § 2º, II)

III - propor recursos necessários às ações de segurança da informação e comunicações; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, § 2º, III)

IV - coordenar a equipe de tratamento e resposta a incidentes em redes computacionais; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, § 2º, IV)

V - realizar e acompanhar estudos de novas tecnologias, quanto a possíveis impactos na segurança das informações e comunicações; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, § 2º, V)

VI - manter contato direto com o Departamento de Segurança da Informação e Comunicações (DSIC/GSI/PR) para o trato de assuntos relativos à segurança da informação e comunicações; e (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, § 2º, VI)

VII - propor normas relativas à segurança da informação e comunicações. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, § 2º, VII)

§ 3º Caberá ao CIINFO/MS designar o Gestor de Segurança da Informações e Comunicações. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, § 3º)

Art. 253. Ao CIINFO/MS compete elaborar e aprovar o seu Regimento Interno. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 9º)

Parágrafo Único. O Regimento Interno será aprovado na forma do art. 249. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 254. A participação no CIINFO/MS é considerada como de relevante interesse público e não será remunerada. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 10)

CAPÍTULO III

DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Seção I

Do Cartão SUS

Subseção I

Das Disposições Gerais

(Origem: PRT MS/GM 940/2011, CAPÍTULO I)

Art. 255. Esta Seção regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão), no âmbito das ações e serviços de saúde no território nacional. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 1º)

Art. 256. O Sistema Cartão é um sistema de informação de base nacional que permite a identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde, com atribuição de um número único válido em todo o território nacional. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 2º)

Art. 257. O Sistema Cartão permite: (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 3º)

I - a vinculação do usuário à atenção realizada pelas ações e serviços de saúde, ao profissional e ao estabelecimento de saúde responsável pela sua realização; e (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 3º, I)

II - a disponibilização aos usuários do SUS os dados e das informações de seus contatos com o SUS, por meio do Portal de Saúde do Cidadão. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 3º, II)

Art. 258. São objetivos do Sistema Cartão: (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 4º)

I - identificar o usuário das ações e serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 4º, I)

II - possibilitar o cadastramento dos usuários das ações e serviços de saúde, com validade nacional e base de vinculação territorial fundada no domicílio residencial do seu titular; (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 4º, II)

III - garantir a segurança tecnológica da base de dados, respeitando-se o direito constitucional à intimidade, à vida privada, à integralidade das informações e à confidencialidade; (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 4º, III)

IV - fundamentar a vinculação do usuário ao Registro Eletrônico de Saúde (RES) para o SUS; e (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 4º, IV)

V - possibilitar o acesso do usuário do SUS aos seus dados. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 4º, V)

Art. 259. O Sistema Cartão é coordenado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 5º)

Parágrafo Único. O desenvolvimento, a guarda e manutenção das bases de dados do Sistema Cartão ficarão sob a responsabilidade do DATASUS. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 260. A implantação do Sistema Cartão e a captação de informações sobre o atendimento não substitui, nos estabelecimentos de saúde, a obrigação de manutenção do prontuário médico ou de saúde do usuário, de acordo com a legislação em vigor. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 6º)

Art. 261. A União, por intermédio do Ministério da Saúde, os municípios, os estados e o Distrito Federal assegurarão que os sistemas de informação do SUS que exigem a identificação do usuário utilizem os padrões do Sistema Cartão. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 7º)

Subseção II

Do Cartão Nacional de Saúde

(Origem: PRT MS/GM 940/2011, CAPÍTULO II)

Art. 262. O Cartão Nacional de Saúde porta o número de identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde no território nacional. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 8º)

Art. 263. Os Sistemas de Informação que já prevêem o cadastramento de usuários em estabelecimentos de saúde da rede pública e privada, atualmente utilizados por estados, Distrito Federal e municípios, deverão ser adequados aos padrões e à base cadastral do Sistema Cartão. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 9º)

Art. 264. Cabe ao Ministério da Saúde o desenvolvimento e a manutenção do sistema de controle da geração centralizada do número de identificação do usuário. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 10)

Art. 265. Cabe a estados, Distrito Federal e municípios emitirem e distribuírem cartões com a numeração fornecida pelo Ministério da Saúde, com as especificações de padrão e o layout definidos nos termos do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 11)

Art. 266. Não se constituem impedimentos para a realização do atendimento solicitado em qualquer estabelecimento de saúde: (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 13)

I - inexistência ou ausência do Cartão Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 13, I)

II - desconhecimento do número do Cartão Nacional de Saúde pelo usuário do SUS ou estabelecimento de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 13, II)

III - impossibilidade de realizar o cadastramento ou a consulta à Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 13, III)

Parágrafo Único. As atividades de identificação e cadastramento podem ser efetuadas posteriormente ao atendimento realizado. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 13, Parágrafo Único)

Subseção III

Do Cadastro Nacional de Usuários do SUS

(Origem: PRT MS/GM 940/2011, CAPÍTULO III)

Art. 267. O Cadastro Nacional de Usuários do SUS compõe a Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde, sendo constituído por dados de identificação e de residência dos usuários. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 14)

Art. 268. O Cadastro Nacional de Usuários do SUS tem por objetivo a identificação unívoca dos usuários do SUS em âmbito nacional, mediante a atribuição de número único de identificação gerado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 15)

Parágrafo Único. A Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde poderá ser compartilhada com os demais órgãos que realizem atividades sociais nas três esferas de governo, observadas as normas de segurança da informação e garantindo ao usuário o conhecimento deste processo, observando-se o disposto na Subseção V da Seção I do Capítulo III do Título VII. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 269. Compete aos gestores do SUS a definição e a padronização dos dados e das informações a serem coletadas, mediante pactuação na CIT. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 16)

Art. 270. Compete ao Ministério da Saúde a padronização e a publicação dos formulários e aplicativos para cadastramento e as instruções para preenchimento dos formulários e aplicativos para cadastramento. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 17)

§ 1º Para os fins deste artigo, o DATASUS deverá: (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 17, § 1º)

I - administrar e manter a Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde bem como a transmissão dos dados deste sistema; (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 17, § 1º, I)

II - desenvolver e disponibilizar aplicativos para a manutenção de dados cadastrais e instruções para o envio dos arquivos com os cadastros dos usuários; e (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 17, § 1º, II)

III - disponibilizar mecanismos automatizados de interoperabilidade do Sistema Cartão com os outros sistemas públicos, privados conveniados, privados contratados e de saúde suplementar, e com aqueles utilizados por estabelecimentos de saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 17, § 1º, III)

§ 2º O município, o Distrito Federal ou o estado poderá incluir novos itens de coleta de dados, desde que em formulários e aplicativos próprios e que a inclusão não comprometa o envio das informações no formato padronizado nacionalmente. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 17, § 2º)

§ 3º O processamento, a guarda e a manutenção dos dados referidos no art. 270, § 2º são de responsabilidade exclusiva do município, do Distrito Federal ou do estado. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 17, § 3º)

Art. 271. As regras e os métodos de segurança da Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde serão definidos mediante pactuação na CIT. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 18)

Art. 272. A responsabilidade pelo cadastramento ou pela atualização dos dados é municipal e distrital, podendo ser compartilhada entre os gestores municipais e estaduais, mediante pactuação nas Comissões Intergestores. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 19)

Parágrafo Único. O Ministério da Saúde prestará cooperação técnica aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de cadastramento dos usuários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 273. O cadastramento dos usuários do SUS e sua atualização poderão ser realizados em estabelecimento constante do CNES, nos domicílios dos usuários ou em outro local determinado pelo gestor municipal, distrital, estadual ou federal. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 20)

Parágrafo Único. Prioritariamente, o cadastramento será feito a partir da vinculação dos usuários aos serviços de atenção primária à saúde. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 20, Parágrafo Único)

Art. 274. Os procedimentos de identificação do usuário e emissão do número do Cartão Nacional de Saúde poderão ser realizados em qualquer fase do atendimento até a alta do paciente. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 21)

Parágrafo Único. Quando o usuário do SUS não for cadastrado, a identificação deve ser realizada, conforme as regras vigentes, durante a emissão da Autorização para Internação Hospitalar (AIH), da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC), do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAI) ou de outro instrumento que venha a ser instituído, devendo o número do Cartão Nacional de Saúde ser ali também registrado. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 275. A população prisional do Sistema Penitenciário Nacional, confinada em unidades masculinas, femininas e psiquiátricas, será cadastrada por meio dos programas computacionais de cadastramento de usuários do SUS, conforme as orientações previstas na Portaria Interministerial nº 1.777/MS/MJ, de 9 de setembro de 2003. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 22)

Art. 276. Durante o processo de cadastramento, o atendente solicitará o endereço do domicílio permanente do usuário, independentemente do município em que esteja no momento do cadastramento ou do atendimento. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 23)

§ 1º Não estão incluídos na exigência disposta no caput os ciganos nômades e os moradores de rua. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 23, § 1º)

§ 2º No caso de brasileiros residentes no exterior e de estrangeiros não residentes no País, será registrado como endereço de domicílio permanente apenas o país e a cidade de residência. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 23, § 2º)

Art. 277. O gestor responsável pelo cadastramento dos usuários deve realizar a alimentação e a manutenção da Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde, conforme pactuação referida no art. 269. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 24)

§ 1º O envio da base de dados local para a base nacional acontecerá, no mínimo, mensalmente (até o último dia útil de cada mês), por meio de aplicativos disponibilizados ou validados pelo DATASUS. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 24, § 1º)

§ 2º O envio da base de dados local para a base nacional será sincronizado com a transmissão para a base de dados estadual. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 24, § 2º)

§ 3º Ao DATASUS compete: (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 24, § 3º)

I - desenvolver os aplicativos necessários para execução das atividades previstas neste artigo, disponibilizando-os aos gestores estaduais, distrital e municipais; (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 24, § 3º, I)

II - processar os dados recebidos dos municípios, Distrito Federal ou estados e, constatada alguma inconsistência, devolver para as devidas correções, no mínimo a cada 30 (trinta) dias; (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 24, § 3º, II)

III - disponibilizar aos gestores estaduais, distrital e municipais as bases de dados referentes às áreas de atuação desses gestores; (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 24, § 3º, III)

IV - coordenar a revisão, consolidação e aperfeiçoamento da base de dados do cartão, identificando as duplicidades e inconsistências cadastrais; e (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 24, § 3º, IV)

V - apresentar, para avaliação e testes, em conjunto com representantes indicados pelo CONASS e CONASEMS, os critérios e parâmetros utilizados no processo de organização da base de dados citada no inciso anterior. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 24, § 3º, V)

Subseção IV

Do Portal de Saúde do Cidadão

(Origem: PRT MS/GM 940/2011, CAPÍTULO IV)

Art. 278. O Portal de Saúde do Cidadão é o meio que fornecerá, pela internet, informações ao cidadão sobre seus contatos com o SUS. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 25)

Art. 279. O Portal de Saúde do Cidadão possuirá: (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 26)

I - área de acesso público para fins de exercício do controle social, com informações em saúde, campanhas e notícias sobre o SUS; e (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 26, I)

II - área restrita ao usuário, que contenha as informações individuais sobre os seus contatos com o SUS. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 26, II)

Parágrafo Único. Para os fins do disposto no inciso II do caput, o usuário, devidamente identificado, terá acesso aos seus dados cadastrais, aos dados de seus contatos com o SUS e as informações sobre a rede de serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 26, Parágrafo Único)

Art. 280. A implementação do Portal de Saúde do Cidadão ocorrerá de forma integrada com outras políticas públicas voltadas para a inclusão digital da população. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 27)

Art. 281. O Ministério da Saúde será o responsável pela gestão do Portal de Saúde do Cidadão e executará: (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 28)

I - manutenção das bases de dados; (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 28, I)

II - preservação da estabilidade, segurança e funcionalidade da rede, por meio de medidas técnicas compatíveis com os padrões internacionais e do estímulo ao uso de boas práticas; (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 28, II)

III - medidas e procedimentos de segurança e sigilo dos registros de conexão e dos dados; e (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 28, III)

IV - promoção da interoperabilidade entre sistemas. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 28, IV)

Subseção V

Do Sigilo das Informações

(Origem: PRT MS/GM 940/2011, CAPÍTULO V)

Art. 282. Os dados e as informações individuais dos usuários do SUS, captados pelo Sistema Cartão e disponibilizados de forma segura e exclusiva ao usuário devidamente identificado por meio do Portal de Saúde do Cidadão, deverão permanecer armazenados sob sigilo, pelo prazo previsto no parágrafo único do art. 11 do Decreto nº 4.553, de 2002, ficando assegurado que: (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 29)

I - pertencem à pessoa identificada no cartão todos os dados e informações individuais registrados no sistema informatizado, que configura a operacionalização do Cartão Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 29, I)

II - os dados e as informações referidas são sigilosas, obrigando todos os profissionais vinculados sob qualquer forma aos sistemas de saúde a respeitar e assegurar que essas informações sejam indevassáveis; e (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 29, II)

III - são garantidas a confidencialidade, a integralidade e a segurança tecnológica, no registro, na transmissão, no armazenamento e na utilização dos dados e informações individuais. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 29, III)

Art. 283. Os gestores do SUS e os prestadores de serviços contratados, conveniados e de saúde suplementar, responsabilizam-se, na forma da legislação vigente, pela guarda, segurança e confidencialidade dos dados gerados e transmitidos no Sistema Cartão, comprometendo-se a não divulgar, sob nenhuma forma ou meio, quaisquer informações e dados individualizados, seja por seus funcionários, seja por terceiros. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 30)

§ 1º As restrições à divulgação dos dados e informações do Sistema Cartão aplicam-se somente aos registros individualizados, ou seja, aqueles que permitem a identificação do beneficiário do atendimento. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 30, § 1º)

§ 2º A divulgação de dados e informações de forma consolidada ou agrupada, desde que não permita a identificação de nenhum dos beneficiários, não é atingida pelas restrições de que trata este artigo, obedecendo-se, em todo caso, a Resolução do CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 30, § 2º)

Art. 284. O Ministério da Saúde, mediante disciplina interna relativa à Política de Acesso e Tecnologia de Segurança implantada na guarda dos dados e na operação do Sistema Cartão, fica obrigado a garantir que os dados e as informações sob sua responsabilidade não sejam violadas, respeitando-se o direito constitucional à intimidade, à vida privada, à integralidade das informações e à confidencialidade dos dados. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 31)

Art. 285. Os estados, o Distrito Federal e os municípios e as entidades privadas que participam das ações e serviços de saúde de forma complementar ou suplementar ficam obrigados a garantir a segurança dos dados, devendo seus profissionais de saúde, servidores públicos e empregados, inclusive prestadores de serviço terceirizados, manter o segredo profissional e a confidencialidade sobre os dados constantes no cadastro e demais informações de atendimento individual realizado. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 32)

Parágrafo Único. Os contratos ou convênios das entidades prestadoras de serviços de saúde ao SUS conterão cláusulas que assegurem o sigilo das informações do Sistema Cartão, considerando-se como inexecução contratual ou convenial qualquer violação dessa regra, sujeitando-se os infratores às penalidades previstas na legislação em vigor. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 32, Parágrafo Único)

Art. 286. Aos profissionais de saúde da rede pública e privada e aos servidores públicos é obrigatório o respeito ao segredo profissional previsto em códigos de ética profissional, nas leis, decretos, regulamentos, portarias e estatutos de servidores. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 33)

§ 1º O profissional de saúde sujeito ao segredo profissional que revelar, sem justa causa, segredo de que tenha ciência em razão do exercício de sua profissão ou ofício fica sujeito às penalidades previstas no art. 154 do Código Penal, além das disciplinares previstas no Código de Ética de sua profissão, cabendo aos dirigentes dos estabelecimentos públicos e privados de saúde comunicar o fato ao Conselho Profissional competente e ao Ministério Público. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 33, § 1º)

§ 2º O servidor público que revelar informação obtida mediante acesso aos dados informatizados do Sistema Cartão fica sujeito às penalidades do art. 325 do Código Penal, além das disciplinares previstas nos respectivos estatutos dos servidores públicos federal, estadual e municipal e às responsabilidades civil e administrativa, na forma da legislação em vigor. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 33, § 2º)

Art. 287. O acesso aos dados individualizados dos usuários do SUS deverá ser controlado mediante o atendimento de todos os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 34)

I - identificação obrigatória do profissional, trabalhador ou agente de saúde que o acessar; e (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 34, I)

II - local, data e horário do acesso realizado, ou de sua tentativa, mesmo que sem sucesso. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 34, II)

Art. 288. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde e do Distrito Federal realizarão, no processo de implementação do Sistema Cartão, ações de divulgação sobre a importância dos preceitos éticos de respeito à privacidade e à confidencialidade das informações de saúde aos estabelecimentos públicos e privados de saúde, aos profissionais de saúde, aos profissionais de tecnologia da informação, aos demais prestadores de serviços ao SUS e às instâncias de controle social do SUS. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 35)

Subseção VI

Das Disposições Finais

(Origem: PRT MS/GM 940/2011, CAPÍTULO VI)

Art. 289. As atividades e procedimentos relacionados à operacionalização do Sistema Cartão contarão com a cooperação técnica e financeira da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, mediante pactuação na CIT. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 36)

Art. 290. Fica instituído o Comitê Gestor de Implementação, Monitoramento e Avaliação de Projetos de Informação em Saúde no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 8º)

Art. 291. Ao Comitê Gestor de Implementação, Monitoramento e Avaliação de Projetos de Informação em Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 9º)

I - receber, qualificar e classificar os Projetos de que trata o art. 641 da Portaria de Consolidação nº 6; (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 9º, I)

II - definir os montantes de recursos financeiros a serem destinados a cada Projeto, considerando-se os processos de análise e em conformidade com o disposto nos arts. 641, 642, 643 e 644 da Portaria de Consolidação nº 6; (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 9º, II)

III - definir os Projetos contemplados e submetê-los à aprovação do Secretário Executivo; e (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 9º, III)

IV - monitorar e avaliar a execução e o cumprimento dos Projetos contemplados. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 9º, IV)

Art. 292. O Comitê será composto por: (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 10)

I - Diretor do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 10, I)

II - 1 (um) representante do Departamento de Informática do SUS (DATASUS); (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 10, II)

III - 1 (um) representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 10, III)

IV - 1 (um) representante da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 10, IV)

V - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 10, V)

VI - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); e (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 10, VI)

VII - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 10, VII)

§ 1º Em caso de ausência na reunião, o Coordenador do Comitê será substituído pelo representante do DATASUS. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 10, § 1º)

§ 2º O DATASUS disponibilizará os recursos técnicos e administrativos necessários para o funcionamento do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 10, § 2º)

§ 3º As reuniões do Comitê acontecerão mediante convite do seu Coordenador aos demais membros. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 10, § 3º)

§ 4º As reuniões do Comitê serão iniciadas com a presença da maioria absoluta de seus membros, sendo imprescindível a presença do Coordenador ou seu substituto. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 10, § 4º)

Seção II

Dos Critérios para Alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde

Art. 293. Estabelecer critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 1º)

Art. 294. Fica definido a obrigatoriedade de alimentação mensal e sistemática dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), Comunicação de Internação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e Conjunto Mínimo de Dados (CMD). (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2148/2017)

§ 1º A alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos sistemas de que trata o caput deste artigo é de responsabilidade dos estados, municípios e do Distrito Federal, conforme a gestão dos estabelecimentos. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 2º, § 1º)

§ 2º A alimentação do Banco de Dados Nacional com a base dos sistemas referidos neste artigo será realizada somente por meio do Módulo Transmissor Simultâneo, obtido no endereço eletrônico do sistema http://transmissor.datasus.gov.br, excetuando-se o SISVAN, o SISAB e o Conjunto Mínimo de Dados (CMD), os quais não se enquadram nessa forma de transmissão. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 2º, § 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2148/2017)

§ 3º Os envios das remessas de atualização dos Sistemas de Informação, por meio do Módulo Transmissor Simultâneo, à Base de Dados Nacional por Estados, Municípios e Distrito Federal deverão obedecer ao cronograma anual publicado pela Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 2º, § 3º)

Art. 295. Definir a sistemática de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação em Saúde SIA, SIH e SCNES, conforme descrito a seguir: (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º)

I - cabe ao gestor municipal, estadual e do Distrito Federal, após a transmissão das bases de dados da competência processada sob sua gestão, verificar a situação de envio e situação carga definitiva da remessa na base de dados por meio dos endereços eletrônicos dos Sistemas de Informação: SIA/SUS - http://sia.datasus.gov.br/, SIH/SUS - http://sihd.datasus.gov.br/ e CNES - http://cnes.datasus.gov.br/ a fim de verificar se a base de dados foi enviada e carregada com sucesso no Banco de Dados Nacional; (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, I)

II - havendo qualquer falha no envio das remessas ou na carga definitiva da remessa da competência vigente, na Base de Dados Nacional o gestor deverá obrigatoriamente: (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, II)

a) identificar e efetuar a correção dos erros apresentados de envio ou carga definitiva; (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, II, a)

b) gerar novo arquivo de remessa para a competência nos sistemas de produção; (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, II, b)

c) transmitir novamente a base de dados da competência usando o Módulo Transmissor; (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, II, c)

d) repetir o processo de verificação de situação de envio e carga definitiva da remessa da competência. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, II, d)

III - a aceitação de arquivo remessa, referente à competência de produção ambulatorial e/ou hospitalar de cada gestão terá como requisito a validação da remessa da competência imediatamente anterior, atestada por meio de comprovação no endereço eletrônico de cada um dos sistemas, obedecendo, assim, à ordem cronológica de envio; (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, III)

IV - havendo necessidade de envio de base de competência anterior será observada a condição de gestão naquela competência que define a responsabilidade de envio da remessa ambulatorial e/ou hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, IV)

V - o arquivo de remessa ambulatorial e/ou hospitalar de cada competência será enviado e validado pelas regras vigentes de pactuação entre gestores e pelas regras de sistemas contidas nas versões da competência a ser corrigida da época. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, V)

Parágrafo Único. O arquivo, referente à competência vigente de produção, a ser enviado ao Banco de Dados Nacionais só será aceito obedecendo à ordem de transmissão sequencial das bases de dados, a partir do envio da produção referente à competência de janeiro 2011. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 296. Determinar que a Secretaria de Atenção à Saúde/SAS adote as providências necessárias quanto à suspensão da transferência de recursos financeiros a estados, municípios e Distrito Federal quando o Banco de Dados Nacional de um dos Sistemas de Informação em Saúde, estabelecidos como obrigatórios para cada gestão, não forem alimentados e devidamente validados por 3 (três) competências consecutivas. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 4º)

Parágrafo Único. Compete à ANVISA informar ao Fundo Nacional de Saúde, conforme ato específico do Ministério da Saúde, a suspensão da transferência dos recursos financeiros do Componente da Vigilância Sanitária do Bloco de Vigilância em Saúde, a partir do monitoramento dos dados relativos ao SCNES e SIA-SUS.(Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 4º, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 475/2014)

Art. 297. Determinar que a atualização do SCNES siga o disposto na Portaria SAS/MS nº 2, de 3 de janeiro de 2008, em que o envio de atualização de base de 100% dos estabelecimentos sob sua gestão ocorre por atualização ou por Certidão Negativa. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 5º)

Art. 298. Para os sistemas citados no art. 294, tornam-se sem efeito o art. 1130, III, alínea b da Portaria de Consolidação nº 6; o inciso I do item 5, Capítulo 3, do Anexo da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, e o art. 1152, I da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 6º)

Art. 299. Determinar que o DATASUS adote as medidas necessárias para adequação do Módulo Transmissor e relatórios de acompanhamento de remessas nos endereços eletrônicos do SIA e SIH, para efetivação das medidas estabelecidas nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 7º)

Seção III

Do Envio de Dados de Serviços de Atenção Básica para o Conjunto Mínimo de Dados (CMD)

Art. 300. Fica definido que os registros das informações da Atenção Básica, realizados a partir do dia 1º de janeiro de 2017, passam a compor a base de dados do Conjunto Mínimo de Dados (CMD). (Origem: PRT MS/GM 2148/2017, Art. 1º)

Art. 301. Fica encerrada a importação dos dados do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) para o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) pelos Municípios, a partir da competência agosto de 2017. (Origem: PRT MS/GM 2148/2017, Art. 2º)

Art. 302. As informações da Atenção Básica serão exportadas para o CMD exclusivamente pela base de dados nacional do Sistema de Informações em Saúde para Atenção Básica (SISAB), não sendo possível a inserção manual da informação via Webservice ou Sistema de Coleta Simplificado do CMD. (Origem: PRT MS/GM 2148/2017, Art. 3º)

Art. 303. Para as finalidades definidas no art. 4º da Resolução CIT nº 6/2016, as informações da Atenção Básica passam a ser extraídas exclusivamente da base de dados do CMD. (Origem: PRT MS/GM 2148/2017, Art. 4º)

Art. 304. As informações da Atenção Básica estarão disponíveis para consulta na plataforma de gestão de informações do CMD no endereço eletrônico http://cmd.saude.gov.br e via Tabnet/Tabwin disponível em http://tabnet.datasus.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 2148/2017, Art. 5º)

Seção IV

Do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)

Art. 305. Fica instituído o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 1º)

Art. 306. A operacionalização do SISAB será feita por meio da estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 2º)

§ 1º A estratégia e-SUS AB é composta por dois sistemas de "software" que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB: (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 2º, § 1º)

I - Coleta de Dados Simplificado (CDS); e (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 2º, § 1º, I)

II - Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 2º, § 1º, II)

§ 2º A escolha e implantação de um dos Sistemas de que trata o § 1º considerarão os diferentes cenários de informatização do Distrito Federal e dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 2º, § 2º)

§ 3º O Ministério da Saúde disponibilizará gratuitamente os sistemas de "software", de caráter público brasileiro, necessários à implementação da estratégia e-SUS AB. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 2º, § 3º)

§ 4º O modo específico da implementação da estratégia e-SUS AB, em cada região, será pactuada pelos entes federados e se efetivará de acordo com os cenários e necessidades locais. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 2º, § 4º)

§ 5º O Ministério da Saúde disponibilizará manuais e diretrizes para apoiar a implementação da estratégia e-SUS AB no endereço eletrônico http://dab.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 2º, § 5º)

Art. 307. Será disponibilizado, no âmbito do SISAB, módulo de Atenção Domiciliar (AD) para os Serviços de Atenção Domiciliar, compostos por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 2º-A)

§ 1º As EMAD e EMAP terão como prazo máximo para o envio dos dados da competência para as bases de dados do SISAB o mesmo prazo estabelecido no cronograma de envio das bases do CNES, conforme disponibilização anual no endereço eletrônico do CNES. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 2º-A, § 1º)

§ 2º O SISAB é o sistema de informação vigente para fins de financiamento dos Serviços de Atenção Domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 2º-A, § 3º)

Art. 308. Os envios das informações pelas equipes de atenção básica para as bases de dados do SISAB terão cronogramas publicados em atos específicos do Secretário de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 3º)

§ 1º No caso do Distrito Federal e dos municípios que utilizam sistemas de "software" próprios, as informações serão enviadas de forma compatível com a base de dados do SISAB. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O envio da base de dados do Distrito Federal e dos municípios que não estiverem com o SISAB em operação ocorrerá por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em processamento paralelo. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Para fins do disposto no § 2º e para garantir a transição entre o SIAB e o SISAB, operacionalizado pelo "software" e-SUS AB CDS e-SUS AB PEC, a partir da competência de janeiro de 2016 as informações deverão ser enviadas obrigatoriamente para a base de dados do SISAB. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 3º, § 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1113/2015) (com redação dada pela PRT MS/GM 1976/2014)

§ 4º As Equipes de Atenção Básica que tenham recebido profissionais médicos provenientes do Programa Mais Médicos para o Brasil ou do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) deverão registrar as informações e dados junto ao SISAB em até 60 (sessenta) dias, a partir da apresentação do profissional no município. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 3º, § 4º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 256/2014)

Art. 309. Compete ao DAB/SAS/MS a gestão do SISAB. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 4º)

Art. 310. O SISAB passa a ser o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do DAB/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 5º)

Parágrafo Único. O SISAB substituirá gradativamente o SIAB e os outros sistemas de "software" nos módulos utilizados na atenção básica. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 311. Devem enviar informações para o banco de dados do SISAB todos os profissionais que estão lotados diretamente nos estabelecimentos de atenção básica, inclusive os que não fazem parte de equipes com Identificador Nacional de Equipe (INE), as equipes da Atenção Básica, incluindo as equipes da Estratégia de Saúde da Família (eSF), as equipes de Agentes Comunitários de Saúde (eACS), as equipes dos Núcleos de Saúde da Família (eNASF), as equipes do Consultório na Rua (eCR), as equipes participantes do Programa Saúde na Escola e do Programa Academia da Saúde, salvo aquelas equipes de saúde com legislação específica. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 5º-A)

§ 1º As equipes com profissionais médicos provenientes do Programa Mais Médicos para o Brasil e/ou do PROVAB devem observar o prazo estabelecido no art. 308, § 4º . (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 5º-A, § 1º)

§ 2º Regulamentações específicas de outros programas do Ministério da Saúde poderão determinar o envio de informações para o banco do SISAB por outras equipes de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 5º-A, § 2º)

Art. 312. Compete ao DATASUS a responsabilidade de disponibilizar um formato padronizado para envio dos dados pelo Distrito Federal e pelos municípios e sua incorporação na base de dados do SISAB. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 6º)

Seção V

Do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)

Art. 313. Ficam instituídas e divulgadas as orientações básicas para a implementação das ações do SISVAN, no âmbito do SUS, em todo o território nacional, com os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 2246/2004, Art. 1º)

I - fornecer informação contínua e atualizada sobre a situação alimentar e nutricional dos municípios e dos estados; (Origem: PRT MS/GM 2246/2004, Art. 1º, I)

II - identificar áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais sob risco dos agravos nutricionais; (Origem: PRT MS/GM 2246/2004, Art. 1º, II)

III - promover o diagnóstico precoce dos agravos nutricionais, seja de baixo peso ou sobrepeso e/ou obesidade, possibilitando ações preventivas às consequências desses agravos; (Origem: PRT MS/GM 2246/2004, Art. 1º, III)

IV - possibilitar o acompanhamento e a avaliação do estado nutricional de famílias beneficiárias de programas sociais; e (Origem: PRT MS/GM 2246/2004, Art. 1º, IV)

V - oferecer subsídios à formulação e à avaliação de políticas públicas direcionadas a melhoria da situação alimentar e nutricional da população brasileira. (Origem: PRT MS/GM 2246/2004, Art. 1º, V)

Art. 314. Fica aprovado o Manual de Orientações Básicas para a Coleta, Processamento, Análise de Dados e Informação em Serviços de Saúde para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/alimentacao. (Origem: PRT MS/GM 2246/2004, Art. 2º)

Art. 315. O acompanhamento, a supervisão e a avaliação das ações do SISVAN, em articulação com os estados e municípios e outros entes da sociedade civil organizada, que promoverá esforços para a efetiva implementação das referidas ações nos estados e nos municípios, bem como a capacitação de recursos humanos, estarão sob a responsabilidade da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (DAB/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 2246/2004, Art. 3º)

Art. 316. O DATASUS será responsável pela manutenção e o suporte técnico, aos estados e aos municípios, do sistema informacional para a entrada e o processamento de dados gerados pelas ações do SISVAN, que contará com a assessoria técnica-científica da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (DAB/SAS/MS).(Origem: PRT MS/GM 2246/2004, Art. 4º)

Art. 317. Cabe às áreas técnicas designadas pelas respectivas Secretarias de Saúde nos âmbitos estadual e municipal a responsabilidade pela implantação e a supervisão das ações do SISVAN, sendo recomendada, preferencialmente, a coordenação do profissional nutricionista para essas atividades. (Origem: PRT MS/GM 2246/2004, Art. 5º)

Art. 318. As ações do SISVAN poderão ser ofertadas por uma equipe de saúde da família, por agentes comunitários de saúde ou por estabelecimentos de assistência à saúde. (Origem: PRT MS/GM 2246/2004, Art. 6º)

Art. 319. O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde estabelecerão parcerias com órgãos e instituições municipais, estaduais e federais, governamentais e não governamentais para o fomento das atividades do SISVAN. (Origem: PRT MS/GM 2246/2004, Art. 7º)

Seção VI

Do Sistema de Registro de Atendimento a Crianças com Microcefalia

Art. 320. Fica instituído, no âmbito do SUS, o Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia. (Origem: PRT MS/GM 779/2016, Art. 1º)

Art. 321. O Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia tem como objetivo o registro das informações e dados relacionados ao acompanhamento de crianças com casos suspeitos ou confirmados de microcefalia, com vistas ao aprimoramento das investigações epidemiológicas e do acompanhamento em saúde. (Origem: PRT MS/GM 779/2016, Art. 2º)

Art. 322. Compete à SAS/MS, por intermédio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS), a operacionalização e a gestão do Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia, observados seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 779/2016, Art. 3º)

I - considerando a existência de dados pessoais nas informações coletadas, o Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia será de acesso restrito a profissionais e gestores de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 779/2016, Art. 3º, I)

II - o modo específico da implementação do Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia em cada região será pactuada pelos entes federados e se efetivará de acordo com os cenários e necessidades locais. (Origem: PRT MS/GM 779/2016, Art. 3º, II)

Parágrafo Único. O DATASUS auxiliará o DAPES/SAS/MS nas competências de que trata o "caput", precipuamente quanto à disponibilização de formato padronizado para envio dos dados pelos profissionais de estabelecimentos de saúde públicos e privados, vinculados ou não ao SUS, e gestores de saúde das três esferas de gestão, por meio do Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia. (Origem: PRT MS/GM 779/2016, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 323. O Ministério da Saúde disponibilizará manuais e diretrizes para apoiar a implementação do Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia no endereço eletrônico https://siram.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 779/2016, Art. 4º)

Seção VII

Da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde SUS

Art. 324. Fica instituída a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 1º)

§ 1º A Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS passa a ser utilizada por todos os sistemas de informação da atenção à saúde do SUS e estará disponível no endereço eletrônico http://sigtap.datasus.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A estrutura e a lógica de organização da Tabela instituída no caput deste artigo estão descritas no Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 1º, § 2º)

Art. 325. O prazo de apresentação da produção hospitalar passa para três competências posteriores ao efetivo atendimento, ficando mantido este prazo para produção ambulatorial. (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 3º)

Parágrafo Único. Entende-se como o prazo de competência citado no caput deste artigo para o sistema de informação hospitalar o mês de alta do paciente. (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 326. A coordenação técnica e o gerenciamento da Tabela instituída pelo art. 324, quanto às alterações, inclusões ou exclusões de procedimentos e os respectivos atributos é de responsabilidade exclusiva da SAS/MS, por intermédio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC). (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 4º)

Parágrafo Único. As alterações decorrentes de decisões das áreas técnicas deste Ministério, que impactam a Tabela e consequentemente os Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA/MS e SIH/SUS), deverão ser previamente analisadas pelo DRAC, para efetiva implantação/implementação. (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 327. A inclusão de procedimentos na Tabela deverá estar amparada por critérios técnicos baseados em evidência científica e diretrizes clínicas, bem como de estudo de custo, ficando tais informações sob a responsabilidade de cada área técnica proponente do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 5º)

Parágrafo Único. A inclusão ou alteração de valor de procedimento deverá dispor de análise de impacto e viabilidade orçamentário-financeira a ser efetuada pelo DRAC, da Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 328. O Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SIGTAP) será o instrumento gerenciador desta Tabela. (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 6º)

§ 1º A coordenação e o gerenciamento do Sistema de que trata este artigo são de responsabilidade da Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS) e toda implementação e guarda do banco de dados é de responsabilidade do DATASUS. (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Este Sistema de Gerenciamento será disponibilizado para consulta dos gestores no endereço eletrônico http://sigtap.datasus.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 6º, § 2º)

Art. 329. Compete ao DATASUS adotar as medidas técnicas e operacionais necessárias à implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo a utilização por todos os sistemas de informação da atenção à saúde e os demais sistemas por ele desenvolvidos, que utilizem a Tabela no todo ou em parte. (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 10)

Art. 330. É de responsabilidade do DATASUS manter atualizado o banco de dados de produção nos aplicativos TABWIN e TABNET, inclusive com a preservação da série histórica. (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 11)

Art. 331. Procedimentos novos somente serão incluídos após adotada a lógica da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 13)

Art. 332. É de competência exclusiva da Secretaria de Atenção à Saúde publicar normas complementares referentes à Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 16)

Art. 333. Fica definido que os recursos orçamentários, objeto desta Seção, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 17)

Art. 334. Semestralmente, os procedimentos de OPM constantes da Tabela do SIA/SUS e do SIH/SUS serão objeto de análise pela área técnica da Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde (CGMAC/DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 2255/2005, Art. 1º)

Art. 335. Estabelecer que a Secretaria de Atenção à Saúde seja responsável pela edição de todas as normalizações referentes à tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1541/2007, Art. 7º)

Seção VIII

Do Sistema de Informação Hospitalar

Subseção I

Da Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA)

Art. 336. Fica alterada a estrutura da Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), na qual deverá constar: (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º)

I - identificação da unidade hospitalar: (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, I)

a) código do hospital no CNES; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, I, a)

II - informações da internação: (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II)

a) nome do paciente; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, a)

b) número do prontuário; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, b)

c) data de nascimento; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, c)

d) sexo; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, d)

e) Cartão Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, e)

f) endereço do paciente, constando: (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, f)

1. logradouro; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, f, 1)

2. número; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, f, 2)

3. complemento; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, f, 3)

4. código de endereçamento postal (CEP); (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, f, 4)

5. código IBGE do município; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, f, 5)

6. unidade da federação; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, f, 6)

g) procedimento realizado; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, g)

h) diagnóstico principal; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, h)

i) diagnóstico secundário; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, i)

j) data de internação; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, j)

k) data de saída; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, k)

l) motivo da saída; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, l)

m) fonte de remuneração; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, m)

n) documento de óbito; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, n)

o) quantidade de nascidos vivos; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, o)

p) documento de nascidos vivos; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, p)

q) número de dias de UTI; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, q)

r) competência do movimento; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, r)

III - informações complementares da fonte de remuneração: (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, III)

a) Convênio Plano Privado: (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, III, a)

1. número do registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) da operadora de plano privado de assistência à saúde; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, III, a, 1)

2. CNPJ da operadora de plano de saúde; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, III, a, 2)

3. Código de identificação do beneficiário na operadora; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, III, a, 3)

b) Convênio Plano Público: (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, III, b)

1. CNPJ da operadora de plano de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, III, b, 1)

c) Particular pessoa Jurídica: (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, III, c)

1. CNPJ da empresa pagadora da internação. (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, III, c, 1)

Art. 337. A Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA) deverá ser encaminhada pelos estabelecimentos de saúde, mensalmente, às Secretarias Municipal/Estadual de Saúde, de acordo com a gestão informada no CNES, utilizando a última versão do aplicativo CIH01 disponível no endereço eletrônico http://ciha.datasus.gov.br/. (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 2º)

§ 1º O envio do arquivo CIH01 deve atender ao cronograma de entrega da CIHA, estabelecido pelo gestor estadual/municipal de saúde. (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 2º, § 1º)

§ 2º As orientações para o preenchimento da CIHA e elaboração do arquivo texto encontram-se descritas nos Anexos XVIII e XIX e no Manual de Operação do CIH01 disponível no endereço eletrônico citado no caput deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 2º, § 2º)

Art. 338. O arquivo contendo as CIHA deverá ser encaminhado, mensalmente, pelas secretarias estaduais/municipais de saúde ao DATASUS, utilizando a última versão do aplicativo CIH02 disponível no endereço eletrônico http://ciha.datasus.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 3º)

§ 1º O arquivo CIH02 deve ser encaminhado ao DATASUS por meio do aplicativo Transmissor simultâneo, instituído pela Portaria Conjunta SE/SAS nº 49, 4 de julho de 2006, e, em conformidade ao cronograma definido em portaria específica do Ministério da Saúde, disponível nos endereços eletrônicos http://ciha.datasus.gov.br e http://sihd.datasus.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 3º, § 1º)

§ 2º As orientações para o encaminhamento da CIHA encontram-se descritas no Anexo XX e no Manual de Operação do CIH02 disponível nos locais citados no caput deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 3º, § 2º)

Art. 339. Não havendo internação hospitalar em uma determinada competência, a CIHA devará ser encaminhada indicando a referida situação - "SEM MOVIMENTO". (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 4º)

Subseção II

Dos Deveres e Condições de Informação da CIHA

Art. 340. Fica determinado que todos os estabelecimentos de saúde situados no território nacional, públicos e privados, integrantes ou não do SUS, devem informar ao Ministério da Saúde, por intermédio dos gestores municipais ou estaduais, a ocorrência de todas as internações, independente da fonte de remuneração dos serviços prestados. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 2º)

§ 1º Para fins de concessão e renovação de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) é obrigatória à informação dos atendimentos ambulatoriais, independente da fonte de remuneração dos serviços prestados. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 2º, § 1º)

§ 2º A obrigatoriedade de informação de todos os atendimentos ambulatoriais em regime não SUS realizados em território nacional, para todos os estabelecimentos de saúde públicos e privados, integrantes ou não do SUS, será regulamentada por legislação específica e realizada de forma gradual em conformidade com o desenvolvimento de solução tecnológica para a internet. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 2º, § 2º)

Art. 341. Fica estabelecido que para os estabelecimentos de saúde, o cumprimento das determinações do art. 340, deve ser requisito indispensável para a renovação de alvará de funcionamento da Vigilância Sanitária e para a tramitação de qualquer solicitação ao Ministério da Saúde (convênios de todas as naturezas, registros, isenção de imposto de importação). (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 3º)

Art. 342. Fica definido, na forma do Anexo XXIII , o layout da CIHA, para possibilitar o registro dos atendimentos ambulatoriais e internações não informados no SIA/SUS e SIH/SUS, respectivamente. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 4º)

Art. 343. Fica estabelecido que os procedimentos realizados devem ser preenchidos de acordo com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS vigente na competência de apresentação da CIHA. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 5º)

§ 1º A Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS pode ser consultada na íntegra no endereço eletrônico http://sigtap.datasus.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O pacote de atualização da tabela de procedimentos para a CIHA incluirá a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e os códigos genéricos, estando disponível no endereço eletrônico http://ciha.datasus.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 5º, § 2º)

Art. 344. Fica estabelecido que caso os procedimentos realizados não constem na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS eles deverão ser registrados por códigos genéricos, localizando-os assim na estrutura da tabela utilizada no SUS. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 6º)

§ 1º Os códigos genéricos são compostos pelo Grupo, Subgrupo e Forma de Organização da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, adicionando-se "000" mais dígito verificador ao final, totalizando 10 (dez) dígitos. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Sempre que um procedimento for registrado por intermédio de código genérico será obrigatório o preenchimento da descrição deste com no máximo 40 (quarenta) caracteres. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 6º, § 2º)

Art. 345. A movimentação da CIHA deve ser enviada mensalmente pelos estabelecimentos de saúde às secretarias municipais ou estaduais de saúde, de acordo com a gestão informada no CNES, utilizando a última versão do aplicativo de captação CIHA01, bem como a tabela de procedimentos vigente, disponível no endereço eletrônico http://ciha.datasus.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 7º)

§ 1º A data de envio do arquivo do CIHA01 gerado pelos estabelecimentos de saúde deverá atender ao cronograma de entrega estabelecido pelos gestores municipais ou estaduais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 7º, § 1º)

§ 2º As orientações técnicas para preenchimento da CIHA, bem como para a elaboração do arquivo de exportação para sistemas proprietários, encontram-se no Manual de Operação do CIHA01 disponível no endereço eletrônico http://ciha.datasus.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 7º, § 2º)

Art. 346. O arquivo do CIHA02 gerado nas secretarias municipais ou estaduais de saúde, contendo a CIHA dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão, deve ser encaminhado mensalmente ao DATASUS utilizando a última versão do aplicativo CIHA02, disponível no endereço eletrônico http://ciha.datasus.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 8º)

§ 1º O arquivo de remessa gerado no CIHA02 deve ser encaminhado ao DATASUS por meio do aplicativo Transmissor simultâneo, instituído pela Portaria Conjunta SE/SAS nº 49, 4 de julho de 2006, e em conformidade ao cronograma definido em portaria específica do Ministério da Saúde, a ser disponibilizada no endereço eletrônico http://transmissor.datasus.gov.br/. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 8º, § 1º)

§ 2º As orientações para o encaminhamento da CIHA02 encontram-se descritas no Manual de Operação do CIHA02 disponível no endereço eletrônico http://ciha.datasus.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 8º, § 2º)

Art. 347. Caso não haja atendimento ambulatorial ou internação em determinada competência, o estabelecimento de saúde deverá encaminhar a remessa indicando a situação ("SEM MOVIMENTO"), assim como os gestores municipais ou estaduais de saúde deverão enviar a referida remessa normalmente ao DATASUS.(Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 9º)

Art. 348. Fica definido que cabe ao DRAC/SAS por meio da Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS), adotar as providências necessárias, junto ao DATASUS, para o cumprimento do disposto nesta Subseção. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 10)

Seção IX

Do Sistema de Informação de Câncer (SISCAN)

Art. 349. Fica instituído o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 1º)

Art. 350. O SISCAN tem por finalidade permitir o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, à confirmação diagnóstica e ao inicio do tratamento de neoplasias malignas. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 2º)

Art. 351. O SISCAN será obrigatoriamente implantado pelos seguintes estabelecimentos de saúde, públicos ou privados que atuam de forma complementar ao SUS: (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º)

I - laboratórios de citopatologia e anatomia patológica; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, I)

II - unidades fixas e móveis de radiologia com serviço de mamografia; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, II)

III - nos serviços que realizam tratamento para câncer nas modalidades de cirurgia, quimioterapia e radioterapia; e (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, III)

IV - nas coordenações estaduais, do Distrito Federal e municipais que acompanham as ações de controle do câncer. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, IV)

§ 1º Os estabelecimentos de saúde que não se encontram descritos no rol de que tratam os incisos do "caput" poderão implantar o SISCAN para a solicitação de exames e seguimento das usuárias com exames alterados. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os estabelecimentos de que trata o "caput" alimentarão obrigatoriamente os seguintes campos do SISCAN: (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 2º)

I - requisição de exame citopatológico - colo do útero; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 2º, I)

II - requisição de exame citopatológico - mama; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 2º, II)

III - requisição de mamografia; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 2º, III)

IV - resultado de mamografia; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 2º, IV)

V - requisição de exame histopatológico - colo do útero; e (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 2º, V)

VI - requisição de exame histopatológico - mama. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 2º, VI)

§ 3º O preenchimento dos campos do SISCAN de que trata o § 2º será requisito para o repasse de recursos financeiros de custeio referentes à realização dos seguintes procedimentos: (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 3º)

I - exame citopatológico cérvico-vaginal e microflora (código 02.03.01.001-9); (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 3º, I)

II - exame anatomopatológico do colo uterino - biópsia (código 02.03.02.008-1); (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 3º, II)

III - exame anatomopatológico do colo uterino - peça cirúrgica (código 02.03.02.002-2); (Origem: PRT MS/GM 3394/2013,

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 3º, § 3º, III)

IV - mamografia unilateral (código 02.04.03.003-0); (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 3º, IV)

V - mamografia bilateral para rastreamento (código 02.04.03.018-8); (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 3º, V)

VI - exame citopatológico de mama (código 02.03.01.004-3); (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 3º, VI)

VII - exame anatomopatológico de mama - biópsia (código 02.03.02.006-5); (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 3º, VII)

VIII - exame anatomopatológico de mama - peça cirúrgica (código 02.03.02.007-3); (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 3º, VIII)

IX - controle de qualidade do exame do citopatológico (código 02.03.01.005-1); e (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 3º, IX)

X - exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - rastreamento (código 02.03.01.006-0). (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 3º, X)

Art. 352. São objetivos do SISCAN: (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º)

I - integrar os sistemas de informação do câncer do colo do útero e do câncer de mama; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º, I)

II - identificar o usuário com o Sistema de Cadastramento dos Usuários do SUS (CADSUS WEB); (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º, II)

III - validar as informações dos estabelecimentos de saúde e de seus respectivos profissionais pelo SCNES; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º, III)

IV - permitir o gerenciamento das ações de detecção precoce, quais sejam rastreamento e diagnóstico precoce, do câncer; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º, IV)

V - padronizar os formulários para solicitações de exames de mamografia, citopatológico do colo do útero e de mama e histopatológico do colo do útero e de mama; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º, V)

VI - padronizar e aprimorar a qualidade dos laudos, tornando obrigatório o uso para resultados padronizados pelo Ministério da Saúde dos exames de mamografia, de citopatológico do colo do útero e de mama e histopatológico do colo do útero e de mama; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º, VI)

VII - permitir a análise da distribuição dos resultados dos exames conforme indicação dos procedimentos de rastreamento, diagnóstico inicial e confirmação diagnóstica, possibilitando-se o seguimento das mulheres com exames alterados e gestão de casos positivos; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º, VII)

VIII - contribuir para o planejamento da oferta de serviços e para avaliação da necessidade de capacitações locais e auditorias; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º, VIII)

IX - permitir o Monitoramento Externo da Qualidade (MEQ) e construção de indicadores para o Monitoramento Interno da Qualidade (MIQ) dos exames citopatológicos do colo do útero; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º, IX)

X - possibilitar a construção dos indicadores de qualidade do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM); (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º, X)

XI - disponibilizar relatórios gerenciais e gerar relatórios padronizados; e (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º, XI)

XII - permitir o monitoramento dos tempos entre o diagnóstico de neoplasia maligna, do registro do resultado do exame no prontuário do paciente e o início do primeiro tratamento do paciente. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º, XII)

Art. 353. O SISCAN será composto pelos seguintes perfis operacionais: (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 5º)

I - perfil Coordenação; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 5º, I)

II - perfil Unidade de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 5º, II)

III - perfil Unidade de Saúde Especializada; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 5º, III)

IV - perfil Prestador de Serviço; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 5º, IV)

V - perfil Prestador de Serviço terceiro; e (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 5º, V)

VI - perfil Prestador de Serviço exclusivamente privado. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 5º, VI)

Parágrafo Único. Para fins desta Seção, entende-se por perfil operacional o conjunto de privilégios ou permissões necessários para execução de atividades no sistema, conforme detalhado no manual operacional do SISCAN disponível no endereço eletrônico http://siscan.saude.gov.br/informativo/visualizarInformativo.jsf.(Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 354. Os dados de identificação do usuário do SUS serão obtidos através de integração do SISCAN com o CADSUS WEB. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 6º)

Parágrafo Único. Em unidades de saúde sem conexão com a internet, os dados referentes à identificação e ao cadastramento do usuário do SUS serão preenchidos em formulários impressos para posterior inserção das informações no SISCAN. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 355. A partir da competência março de 2014, o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada (BPA-I) dos procedimentos de que trata o art. 351, § 3º será gerado exclusivamente pelo SISCAN. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 7º)

§ 1º Compete aos gestores do SISCAN nos estados, Distrito Federal e municípios monitorarem as remessas dos arquivos de BPA-I ao SIA/SUS e determinar as datas limites de entrega dos arquivos de produção por parte dos prestadores de serviço. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Os municípios e estabelecimentos de saúde que já possuem sistema informatizado próprio para cadastro dos exames poderão enviar seus dados para o SISCAN, mediante integração por meio de "webservice", sem a necessidade de redigitação. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 7º, § 2º)

Art. 356. As três esferas de gestão do SUS realizarão a supervisão da qualidade dos dados, análise e avaliação das informações obtidas através do SISCAN, a fim de orientar e planejar suas ações. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 8º)

Art. 357. Compete à SAS/MS, em conjunto com o DATASUS, adotar as providências necessárias para o cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 9º)

CAPÍTULO IV

DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES)

Seção I

Das Disposições Gerais

(Origem: PRT MS/GM 1646/2015, CAPÍTULO I)

Art. 358. Fica instituído o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 1º)

Art. 359. O CNES se constitui como documento público e sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no País, independentemente da natureza jurídica ou de integrarem o SUS, e possui as seguintes finalidades: (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 2º)

I - cadastrar e atualizar as informações sobre estabelecimentos de saúde e suas dimensões, como recursos físicos, trabalhadores e serviços; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 2º, I)

II - disponibilizar informações dos estabelecimentos de saúde para outros sistemas de informação; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 2º, II)

III - ofertar para a sociedade informações sobre a disponibilidade de serviços nos territórios, formas de acesso e funcionamento; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 2º, III)

IV - fornecer informações que apoiem a tomada de decisão, o planejamento, a programação e o conhecimento pelos gestores, pesquisadores, trabalhadores e sociedade em geral acerca da organização, existência e disponibilidade de serviços, força de trabalho e capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde e territórios.(Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 2º, IV)

Parágrafo Único. Não é finalidade do CNES ser instrumento de indução política ou mecanismo de controle, constituindo-se somente como um cadastro que permita a representação mais fidedigna das realidades locorregionais. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 360. Para efeito deste Capítulo considera-se: (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 3º)

I - cadastramento: ato de inserir pela primeira vez os dados conformados no modelo de informação do CNES, em aplicativo informatizado ou por meio de "webservice", com vistas à alimentação da base de dados nacional do CNES; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 3º, I)

II - estabelecimento de saúde: espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 3º, II)

III - manutenção ou atualização de cadastro: ato de alterar os dados cadastrais de um estabelecimento de saúde previamente inseridos no aplicativo informatizado ou por meio de "webservice", ou reafirmar que seus dados não sofreram mudanças; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 3º, III)

IV - responsável administrativo: pessoa física proprietária ou competente para administrar ou gerenciar um estabelecimento de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 3º, IV)

V - responsável técnico: pessoa física legalmente habilitada a responder tecnicamente, dentro de seu escopo de atuação profissional, por ações e serviços de saúde realizados em um estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 3º, V)

Art. 361. O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no CNES são obrigatórios para que todo e qualquer estabelecimento de saúde possa funcionar em território nacional, devendo preceder aos licenciamentos necessários ao exercício de suas atividades, bem como às suas renovações. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 4º)

Art. 362. O CNES é a fonte de informações oficial sobre estabelecimentos de saúde no País, devendo ser adotado por todo e qualquer sistema de informação que utilize dados de seu escopo e ser utilizado como fonte para todas as políticas nacionais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 5º)

Art. 363. Deverão ser adotados no CNES padrões reconhecidos pela comunidade internacional e aderentes às legislações vigentes, permitindo ofertar meios de pesquisa e comparabilidade em nível global. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 6º)

Seção II

Das Responsabilidades e Competências

(Origem: PRT MS/GM 1646/2015, CAPÍTULO II)

Art. 364. O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no CNES são de responsabilidade de cada estabelecimento de saúde, através de seus responsáveis técnicos ou responsáveis administrativos. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 7º)

Art. 365. Os profissionais de saúde são corresponsáveis pelos seus dados cadastrais inseridos no CNES, devendo zelar pela correta informação, comunicando aos respectivos responsáveis pelo cadastramento toda e qualquer mudança de situação relativa a si. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 8º)

Art. 366. Compete a todas as esferas de direção do SUS, em relação ao CNES: (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 9º)

I - apoiar a implementação do CNES em todo o território nacional; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 9º, I)

II - fomentar e desenvolver ações e mecanismos para aperfeiçoar o processo de cadastramento de estabelecimentos de saúde, e garantir a temporalidade e a qualidade das informações cadastradas no CNES; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 9º, II)

III - prover educação continuada e apoio ao cadastramento de estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 9º, III)

IV - promover a ampla divulgação quanto à utilização do sistema e a disseminação dos dados cadastrais; e (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 9º, IV)

V - garantir a participação, controle social e transparência, nos termos da legislação vigente, das informações e processos relacionados ao CNES. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 9º, V)

Art. 367. Compete à direção do SUS na esfera federal, em relação ao CNES: (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 10)

I - subsidiar e apoiar a implantação e a manutenção do CNES em todo o território nacional; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 10, I)

II - cooperar tecnicamente e ofertar o suporte necessário às direções estaduais do SUS para a correta aplicação e operacionalização do CNES; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 10, II)

III - cooperar, em relação ao cadastramento de estabelecimentos de saúde, com os países e entidades internacionais que possui relações exteriores, bem como estudar e analisar os padrões de cadastramento adotados por eles, adequando o CNES às necessidades estatísticas e de comparabilidade global; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 10, III)

IV - dispor sobre as terminologias e classificações necessárias para o cadastramento de estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 10, IV)

V - realizar as ações necessárias para a correção de inconformidades cadastrais detectadas por órgãos de controle ou pelo poder judiciário e cuja correção não fora adotada pelo estabelecimento de saúde ou por outra esfera de direção do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 10, V)

VI - elaborar e manter os aplicativos computacionais, serviços de internet, portais e bancos de dados necessários para suportar o sistema de informação do CNES; e (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 10, VI)

VII - dispor sobre os padrões de comunicação e interoperabilidade dos aplicativos e bancos de dados utilizados no CNES. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 10, VII)

Art. 368. Compete às direções estaduais do SUS, em relação ao CNES: (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 11)

I - subsidiar e apoiar a implantação e a manutenção do CNES em seu território; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 11, I)

II - cooperar tecnicamente e ofertar o suporte necessário às direções municipais do SUS em seu território para a correta aplicação e operacionalização do CNES; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 11, II)

III - apoiar o cadastramento dos estabelecimentos de saúde de seu território, públicos ou privados, integrantes ou não do SUS, que estejam sob seu comando ou cujo comando seja compartilhado com a esfera municipal; e (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 11, III)

IV - fiscalizar, auditar, validar ou alterar, quando necessário, o cadastro dos estabelecimentos de saúde integrantes do SUS que estejam sob seu comando ou cujo comando seja compartilhado com a esfera municipal. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 11, IV)

Art. 369. São responsabilidades das direções municipais do SUS, em relação ao CNES: (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 12)

I - subsidiar e apoiar a implantação e a manutenção do CNES em seu território; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 12, I)

II - apoiar o cadastramento dos estabelecimentos de saúde de seu território, públicos ou privados, integrantes ou não do SUS, que estejam sob seu comando ou cujo comando esteja compartilhado com a esfera estadual; e (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 12, II)

III - fiscalizar, auditar, validar ou alterar, quando necessário, o cadastro dos estabelecimentos de saúde integrantes do SUS que estejam sob seu comando ou cujo comando esteja compartilhado com a esfera estadual. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 12, III)

Seção III

Do Processo de Cadastramento e Manutenção ou Atualização Cadastral

(Origem: PRT MS/GM 1646/2015, CAPÍTULO III)

Art. 370. O processo de cadastramento e manutenção ou atualização cadastral proposto para os estabelecimentos de saúde é feito totalmente em meio eletrônico, em periodicidade minimamente mensal ou imediatamente após sofrerem modificações de suas informações, através de aplicativos computacionais ou serviços de internet "webservices" disponibilizados pelo Ministério da Saúde (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 13)

Art. 371. A inserção dos dados constantes no modelo de informação do CNES será feita diretamente na base de dados nacional, pelos estabelecimentos de saúde, nos seguintes casos: (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 14)

I - estabelecimentos de saúde que não sejam integrantes do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 14, I)

II - estabelecimentos de saúde gerenciados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 14, II)

III - estabelecimentos de saúde gerenciados diretamente pelo Ministério da Educação, ou pelos órgãos e empresas vinculadas a este; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 14, III)

IV - estabelecimentos gerenciados diretamente pelo Ministério da Saúde, ou pelos órgãos e empresas vinculadas a este; e (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 14, IV)

V - estabelecimentos de saúde gerenciados pelo Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais, nos termos da Lei nº 8.246, de 22 de outubro de 1991. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 14, V)

Art. 372. O envio dos dados constantes no modelo de informação do CNES pelos estabelecimentos de saúde integrantes do SUS não elencados no art. 371 será feito para a respectiva esfera de direção do SUS responsável pelo território onde o estabelecimento se encontra, que deverá validar suas informações e enviá-las para a base de dados nacional do CNES, sendo estes corresponsáveis pelas informações enviadas. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 15)

§ 1º A critério das esferas municipais e estaduais de direção do SUS, a validação e envio para a base de dados nacional do CNES de que trata o "caput" poderá ser inexigida, repassando ao estabelecimento de saúde a total responsabilidade pelo envio das suas informações cadastrais no CNES. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 15, § 1º)

§ 2º A critério dos gestores estaduais e municipais, a validação e envio para a base de dados nacional do CNES de que trata o "caput" poderão ser descentralizadas para regionais e distritos sanitários. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 15, § 2º)

§ 3º É facultado aos gestores estaduais e municipais se organizar de forma regionalizada, através do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) ou através de consórcios públicos, definindo um órgão ou ente federado comum entre eles responsável pelo cumprimento do disposto no "caput". (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 15, § 3º)

Art. 373. Em todos os casos, os gestores do SUS poderão desativar cadastros realizados pelos estabelecimentos de saúde no CNES, quando constatadas irregularidades, de acordo com a seguinte hierarquia: (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 16)

I - Secretarias Municipais de Saúde, para os estabelecimentos de saúde que estiverem sob a sua gestão e gerência; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 16, I)

II - Secretarias de Estado da Saúde, para os estabelecimentos de saúde que estiverem sob a sua gestão e gerência, ou quando houver omissão do gestor municipal; e (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 16, II)

III - Ministério da Saúde, para os estabelecimentos de saúde descritos nos incisos II a V do art. 371, ou quando houver omissão do gestor estadual. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 16, III)

Seção IV

Da Metodologia de Cadastramento e Atualização Cadastral no Quesito Tipo de Estabelecimentos de Saúde

Art. 374. Fica alterado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no que se refere à metodologia de cadastramento e atualização cadastral, no quesito Tipo de Estabelecimentos de Saúde, que passa a classificar automaticamente o tipo de estabelecimento, com base na informação das atividades que estes realizam, selecionada de uma lista previamente definida. (Origem: PRT MS/GM 2022/2017, Art. 1º)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos de saúde já cadastrados no CNES terão o prazo de 6 (seis) meses para se adequarem à nova metodologia, a contar da data de publicação da versão do SCNES, conforme cronograma disponível no endereço eletrônico http://estabelecimentos.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 2022/2017, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 375. Fica adotada a tabela de Classificação de Tipos de Estabelecimentos de Saúde, constante do Anexo XV , em substituição à atual tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2022/2017, Art. 2º)

Art. 376. Fica adotada a tabela de Terminologia de Atividades de Saúde, constante do Anexo XV , em substituição à atual tabela de Atendimento Prestado. (Origem: PRT MS/GM 2022/2017, Art. 3º)

Art. 377. O Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde (DRAC/SAS/MS) e o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde da Secretaria Executiva (DATASUS/SE/MS), adotarão as providências necessárias para implementar o disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 2022/2017, Art. 4º)

Art. 378. As orientações relativas aos aspectos operacionais estarão disponíveis no endereço eletrônico http://estabelecimentos.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 2022/2017, Art. 5º)

Seção V

Das Formas de contratação dos profissionais do CNES

Art. 379. Fica estabelecida a Terminologia de Formas de Contratação de Profissionais do CNES. (Origem: PRT MS/GM 1321/2016, Art. 1º)

§ 1º A Terminologia de que trata o caput deste artigo substitui a atual Tabela de Vínculos Profissionais do CNES. (Origem: PRT MS/GM 1321/2016, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Cada termo utilizado deverá possuir conceitos, bem como devem ser citadas as referências, sinônimos, antônimos e outras informações relevantes para o entendimento daqueles, quando se aplicar. (Origem: PRT MS/GM 1321/2016, Art. 1º, § 2º)

Art. 380. Fica definida a estrutura para a Terminologia de Forma de Contratação de Profissionais, conforme Anexo XXXIV . (Origem: PRT MS/GM 1321/2016, Art. 2º)

Art. 381. A Terminologia de Forma de Contratação de Profissionais está hierarquicamente organizada em: (Origem: PRT MS/GM 1321/2016, Art. 3º)

I - Forma de Contratação com o Estabelecimento ou sua Mantenedora: demonstra qual a relação entre o profissional e o estabelecimento de saúde ou sua mantenedora; (Origem: PRT MS/GM 1321/2016, Art. 3º, I)

II - Forma de Contratação com o Empregador: identifica o tipo de contrato realizado entre o profissional e seu contratante, seja ele o próprio estabelecimento de saúde, sua mantenedora ou um ente/entidade terceira; e (Origem: PRT MS/GM 1321/2016, Art. 3º, II)

III - Detalhamento da Forma de Contratação: fornece detalhes necessários para melhor compreensão do contrato com o empregador, quando aplicável. (Origem: PRT MS/GM 1321/2016, Art. 3º, III)

Art. 382. Caberá à Coordenação-Geral de Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde (CGSI/DRAC/SAS/MS), enquanto gestora do CNES, formalizar junto ao DATASUS a demanda para operacionalização desta Seção no CNES. (Origem: PRT MS/GM 1321/2016, Art. 5º)

Art. 383. A Terminologia de que trata esta Seção é de gestão conjunta da Secretaria de Atenção à Saúde, por meio da Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS), e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS). (Origem: PRT MS/GM 1321/2016, Art. 6º)

Parágrafo Único. Qualquer alteração na Terminologia de Forma de Contratação de Profissionais só poderá ser realizada mediante autorização consensual das áreas gestoras. (Origem: PRT MS/GM 1321/2016, Art. 6º, Parágrafo Único)

Seção VI

Da Gestão das Informações e Governança

(Origem: PRT MS/GM 1646/2015, CAPÍTULO IV)

Art. 384. Fica instituído o Comitê Consultivo Permanente do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CCP/CNES), instância colegiada e consultiva, coordenado pela Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação, do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGSI/DRAC/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 17)

Art. 385. O CCP/CNES terá as seguintes funções: (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 18)

I - apoiar o Ministério da Saúde na proposição de regras em versões intermediárias do aplicativo computacional do CNES, ou seja, versões disponibilizadas para atender às demandas das políticas nacionais já aprovadas, que implementam pequenas melhorias ou regras de qualificação do cadastro, sem impactar em mudanças de modelo; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 18, I)

II - propor estudos e analisar as informações do CNES; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 18, II)

III - propor melhorias e modificações nos métodos, fluxos e regras de cadastro; e (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 18, III)

IV - versar sobre o modelo de informação de cadastramento de estabelecimentos de saúde e necessidades de mudança ou incorporação de novas informações. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 18, IV)

Art. 386. O CCP/CNES será composto tripartite e paritariamente por: (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 19)

I - representando a gestão federal do CNES: (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 19, I)

a) 1 (um) coordenador e 1 (um) membro, indicado pela CGSI/DRAC/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 19, I, a)

b) 1 (um) membro do DATASUS, representando a equipe responsável pelo desenvolvimento dos aplicativos computacionais e "webservices" do CNES; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 19, I, b)

c) 1 (um) membro da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); e (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 19, I, c)

d) 1 (um) membro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), da equipe responsável pela área de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 19, I, d)

II - representando a gestão estadual do CNES, 6 (seis) membros titulares e 2 (dois) suplentes, responsáveis pelo CNES na esfera estadual, indicados pelo o CONASS, preferencialmente com representação de todas as regiões do País; e (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 19, II)

III - representando a gestão municipal do CNES, 6 (seis) membros titulares e dois suplentes, responsáveis pelo CNES na esfera municipal, indicados pelo CONASEMS, preferencialmente com representação de todas as regiões do País. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 19, III)

Parágrafo Único. Outros representantes poderão ser convidados a participar de reuniões específicas, a critério do CCP/CNES. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 387. O Regimento Interno do CCP/CNES será discutido e elaborado pelos representantes indicados em sua primeira reunião e aprovado por ato do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 20)

Parágrafo Único. O CCP/CNES poderá se organizar em subcomitês, se necessário e a critério de sua plenária. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 20, Parágrafo Único)

Seção VII

Disposições Finais

(Origem: PRT MS/GM 1646/2015, CAPÍTULO V)

Art. 388. Excetuando-se os casos previstos na Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, as informações existentes no CNES serão públicas e de amplo acesso. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 21)

§ 1º O Ministério da Saúde proverá o meio para disponibilizar acesso público aos dados constantes na base de dados nacional do CNES. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 21, § 1º)

§ 2º O Ministério da Saúde versará, em ato normativo específico, sobre o modelo de informações para cadastramento de estabelecimentos de saúde e sobre padrões de comunicação e interoperabilidade, publicando no barramento de serviços da saúde serviços de internet ("webservices") para permitir a consulta, cadastramento e atualização de dados do CNES diretamente por outros aplicativos computacionais próprios ou contratados pelos estabelecimentos de saúde e direções municipais e estaduais do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 21, § 2º)

Art. 389. As formas de operacionalização das diretrizes descritas neste Capítulo serão detalhadas em Manual Técnico Operacional do CNES, a ser pactuado no âmbito da CIT. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 22)

Art. 390. Os estabelecimentos de saúde e os gestores terão até a competência de dezembro de 2017 para se adequar ao disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 23) (com redação dada pela PRT MS/GM 760/2017)

CAPÍTULO V

DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Seção I

Da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

Art. 391. Esta Seção estabelece o conjunto de dados e eventos referentes aos medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e do Programa Farmácia Popular do Brasil para composição da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.(Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 1º)

§ 1º O conjunto de dados e eventos refere-se aos medicamentos e insumos financiados pelos Componentes da Assistência Farmacêutica e Programa Farmácia Popular do Brasil, relacionado no Anexo XXXV , o qual, juntamente com as especificações do padrão tecnológico e as instruções para início da transmissão, serão disponibilizados no endereço eletrônico www.saude.gov.br/eixoinformacao. (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Para a transmissão de dados e eventos referida no art. 391, § 1º , o Ministério da Saúde disponibilizará os seguintes sistemas eletrônicos: (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 1º, § 2º)

I - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS); (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 1º, § 2º, I)

II - Serviço de envio de dados (web service); e (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 1º, § 2º, II)

III - Sistema Autorizador do Programa Farmácia Popular. (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 1º, § 2º, III)

§ 3º O uso do HÓRUS afasta a necessidade de desenvolvimento de solução informatizada para transmissão dos dados e eventos. (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 1º, § 3º)

§ 4º Os entes federativos que utilizam sistemas informatizados próprios devem adaptar ou desenvolver solução informatizada para garantir a transmissão dos dados e eventos por meio do web service. (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 1º, § 4º)

§ 5º O conjunto de dados e eventos referente ao Programa Farmácia Popular do Brasil será incorporado diretamente pelo Ministério da Saúde à Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 1º, § 5º)

Art. 392. O conjunto de dados e eventos constante no Anexo XXXV refere-se aos registros de estoque, entrada, saída, dispensação dos medicamentos e insumos referentes à RENAME e aos registros das avaliações das solicitações no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º)

§ 1º A transmissão dos dados e eventos das avaliações e do prescritor solicitante é obrigatória somente para os medicamentos do Anexo III da RENAME. (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 1º)

§ 2º A transmissão dos dados de dispensação dos produtos constantes no Anexo III da RENAME é obrigatória: (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 2º)

I - para os estados e Distrito Federal; e (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 2º, I)

II - para os municípios que realizam dispensação, conforme pactuação na CIB. (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 2º, II)

§ 3º A transmissão dos dados de dispensação dos produtos constantes nos Anexos I, II e IV da RENAME é obrigatória somente para os municípios habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS. (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 3º)

§ 4º A transmissão por meio do web service poderá ser realizada em tempo real ou em pacotes de dados, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 4º)

I - os pacotes deverão ser transmitidos a cada 30 (trinta) dias, até o dia 15 do mês subsequente à competência de referência; (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 4º, I)

II - os dados e eventos que compõem cada pacote devem compreender os registros da data do último envio até a data anterior ao próximo envio; (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 4º, II)

III - o pacote a ser transmitido não deve conter dados de pacotes anteriores, ou seja, os dados devem ser subsequentes aos transmitidos no pacote anterior; (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 4º, III)

IV - os dados de estoque deverão ser transmitidos no primeiro envio do mês subsequente à competência de referência; (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 4º, IV)

V - a retificação dos dados enviados deverá ocorrer até o fim do mês subsequente ao de referência do pacote que contém o erro; (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 4º, V)

VI - a correção dos dados não validados pelo serviço deverá ocorrer em um prazo de até 7 (sete) dias após a notificação; e (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 4º, VI)

VII - a responsabilidade pela retificação e correção dos dados é do ente federativo responsável pelo envio; (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 4º, VII)

§ 5º A transmissão dos dados deverá respeitar a organização da assistência farmacêutica no âmbito da União, dos estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 5º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300023

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

§ 6º O estado poderá transmitir os dados de responsabilidade dos municípios nele situados, desde que pactuado na CIB a assunção dessa obrigação. (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 6º)

Art. 393. O acesso à Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS será realizado por meio de um Sistema de Suporte à Decisão, que será ofertado aos entes federativos em até 90 (noventa) dias após a disponibilização do serviço de transmissão de dados. (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 3º)

Art. 394. Os municípios, estados, Distrito Federal, estabelecimentos federais e Programa Farmácia Popular do Brasil terão até 90 (noventa) dias para o início da transmissão após a homologação e disponibilização do serviço ("web service"). (Origem: PRT MS/GM 938/2017, Art. 2º)

Art. 395. Caso o ente federativo não tenha transmitido as informações relativas ao conjunto de dados e eventos referentes aos medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) que trata a Seção I do Capítulo V do Título VII, e não envie justificativa no prazo estabelecido ou caso esta não seja aceita pelo Ministério da Saúde, poderão ser suspensos os repasses de recursos financeiros do Ministério da Saúde relacionados à Assistência Farmacêutica de acordo com a legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 938/2017, Art. 3º)

§ 1º O envio pelo ente, de dados não fidedignos ou de baixa representatividade, de acordo com parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde e acordados no âmbito da CIT, estará sujeito as penalidades do caput. (Origem: PRT MS/GM 938/2017, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os recursos financeiros não repassados aos entes federativos pelo Ministério da Saúde, conforme sanção que trata o caput, serão transferidos a posteriori e de forma integral assim que o ente federativo se adequar as regulamentações da Seção I do Capítulo V do Título VII, por meio da utilização do sistema Hórus, ou regularização do envio de dados para o web service, ou por meio de envio de justificativa aceita pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 938/2017, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Para os medicamentos pertencentes ao Grupo 1B do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), dada a especificidade de financiamento, a recomposição de forma integral dos valores de que trata o § 2º será acordada no âmbito da CIT. (Origem: PRT MS/GM 938/2017, Art. 3º, § 3º)

§ 4º As informações e prazos para envio da justificativa serão disponibilizadas no endereço eletrônico www.saude.gov.br/medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 938/2017, Art. 3º, § 4º)

CAPÍTULO VI

DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE (SIM)

Seção I

Da Vigilância do Óbito Infantil e Fetal

Art. 396. A vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 1º)

§ 1º A vigilância dos óbitos infantis e fetais é atribuição das Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE) das secretarias estaduais, municipais e do Distrito Federal e no âmbito federal do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A busca ativa, a investigação, a análise e o monitoramento de óbitos infantis e fetais devem ser realizados por profissionais da saúde designados pelas secretarias de saúde municipal, estadual e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 1º, § 2º)

Art. 397. Para os fins desta Seção, define-se: (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 2º)

I - óbito infantil: é aquele ocorrido em crianças nascidas vivas desde o momento do nascimento até 1 (um) ano de idade incompleto, ou seja, 364 (trezentos e sessenta e quatro) dias; (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 2º, I)

II - nascimento vivo: é definido como a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança nascida viva; e (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 2º, II)

III - óbito fetal: é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer, considerar aqueles com idade gestacional de 22 semanas (154 dias) de gestação ou mais. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer e idade gestacional, considerar aqueles com comprimento corpóreo de 25 centímetros cabeça-calcanhar ou mais. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 2º, III)

Art. 398. Os óbitos infantis e fetais são considerados eventos de investigação obrigatória por profissionais da saúde (da vigilância em saúde e da assistência à saúde) visando identificar os fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam prevenir a ocorrência de óbitos evitáveis. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 3º)

Art. 399. Para fins de investigação, são critérios mínimos de caso todos os óbitos: (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 4º)

I - pós-neonatais (28 dias a 1 ano incompleto de vida ou 364 dias); (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 4º, I)

II - neonatais (0 a 27 dias de vida); e (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 4º, II)

III - fetais (natimortos). (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 4º, III)

Parágrafo Único. Considerando-se o menor potencial de prevenção dos óbitos com malformação congênita grave ou complexa ou letal, sua investigação é facultativa. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 400. O instrumento base para o desencadeamento do processo de investigação de que trata o art. 398 é a Declaração de Óbito (DO), que deve ser adequadamente preenchida em todos os campos. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 5º)

Art. 401. Os instrumentos base que servirão como roteiro para a investigação devem ser aqueles padronizados para uso no estado ou município, ou os recomendados pela publicação "Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal" do Ministério da Saúde ou outros que venham a ser recomendados pela SVS/MS. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 6º)

Parágrafo Único. Quando o estado ou município optar por usar instrumentos de coleta de dados diferentes daqueles recomendados pelo Ministério da Saúde, estes deverão obrigatoriamente informar os quesitos constantes na Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal conforme Anexo XXIV e que servirá de documento base para alimentar o módulo de investigação de óbitos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 402. As declarações de óbito com informação sobre óbito infantil e fetal, nos termos do art. 400, deverão seguir fluxo e prazos constantes no Anexo XXV ou o fluxo existente em cada Secretaria Estadual de Saúde, desde que obedecidos os prazos estabelecidos para o cumprimento desta Seção. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 7º)

§ 1º O prazo para o serviço ou profissional de saúde informar o óbito com o envio da 1ª via da DO é de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas a contar da data da ocorrência. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 7º, § 1º)

§ 2º O prazo para a Secretaria Estadual de Saúde disponibilizar o registro via SIM para o Ministério da Saúde é de, no máximo, 30 (trinta) dias a contar da data da ocorrência. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 7º, § 2º)

§ 3º O prazo para a conclusão do levantamento dos dados que compõem a investigação, realização da discussão, análise e a conclusão do caso pelos responsáveis pela vigilância de óbitos e envio da Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal à Secretaria Municipal de Saúde é de, no máximo, 120 (cento e vinte) dias a contar da data da ocorrência. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 7º, § 3º)

§ 4º O prazo para os responsáveis pela vigilância de óbitos ou a Secretaria Municipal de Saúde, conforme definição local, providenciar a alimentação do módulo de investigação de óbitos infantis e fetais do SIM com os dados da Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal é de, no máximo, 7 (sete) dias a contar do seu recebimento. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 7º, § 4º)

§ 5º O prazo para atualizar o SIM, com os dados oriundos da Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal, incluindo alterações da causa do óbito devidamente recodificada e resselecionada quando cabível, bem como a transferência do registro alterado e a sua disponibilização para o Ministério da Saúde, é de 30 (trinta dias) após a conclusão da investigação de que trata o art. 402, § 3º . (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 7º, § 5º)

Art. 403. Os serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS deverão realizar busca ativa, diariamente, de óbitos infantis e fetais, ocorridos ou atestados em suas dependências e garantir os fluxos e os prazos estabelecidos nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 8º)

Parágrafo Único. Nos hospitais onde houver Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) ou comissões ou comitês hospitalares de óbitos implantados, estes poderão desempenhar as atribuições conforme estabelecido no caput deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 404. Os hospitais, consultórios médicos e unidades básicas de saúde, ou outro serviço de saúde (público ou privado) que integram o SUS, onde a gestante ou parturiente ou a criança recebeu assistência, deverão disponibilizar aos responsáveis pela investigação de óbitos infantis e fetais acesso aos prontuários, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a solicitação, para viabilizar o início oportuno da investigação dos óbitos infantis e fetais. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 9º)

§ 1º Os responsáveis pela investigação de óbitos infantis e fetais utilizarão esse material para coletar dados, transcrevendo-os para instrumento próprio utilizado na investigação conforme o art. 401. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Considerando que as informações constantes nos prontuários estão protegidas pelo sigilo, os responsáveis pela investigação de óbitos infantis e fetais devem garantir o sigilo e a privacidade das pacientes, seguindo os preceitos éticos vigentes estabelecidos no art. 154 e no art. 269 do Código Penal e no art. 102 do Código de Ética Médica. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 9º, § 2º)

Art. 405. A conclusão da investigação do óbito é uma atribuição dos responsáveis pela vigilância de óbitos do município de residência da mãe do natimorto ou da criança falecida, e deverá ser apoiada pelos responsáveis pela vigilância de óbitos do Município onde a gestante, a parturiente ou a criança recebeu assistência ou faleceu, caso a assistência e/ou falecimento tenha(m) ocorrido fora do Município de residência. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 10)

Art. 406. A Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológica, do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde disponibilizará, quinzenalmente, para a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do DAPES/SAS/MS e para o Centro de Informações Estratégicas em Saúde (CIEVS), na rede interna do MS, o extrato atualizado dos óbitos infantis e fetais notificados ao SIM. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 11)

Parágrafo Único. A mesma determinação se refere aos componentes correspondentes nos estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 407. A CGIAE/DASIS/SVS/MS em conjunto com o CIEVS/SVS/MS e a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/DAPES/SAS realizarão monitoramento dos dados nacionais, concedendo acessos com recortes específicos para gestores e cidadãos. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 12)

Art. 408. Caberá à Secretaria de Vigilância em Saúde, à Secretaria de Atenção à Saúde e ao DATASUS, fornecer o suporte técnico e administrativo para a operacionalização do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 13)

Seção II

Da Vigilância dos Óbitos Maternos

Subseção I

Das Disposições Gerais

Art. 409. Fica regulamentada a vigilância de óbitos maternos para todos os eventos, confirmados ou não, independentemente do local de ocorrência, a qual deve ser realizada por profissionais de saúde, designados pelas autoridades de vigilância em saúde das esferas federal, estadual, municipal e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 1º)

Art. 410. Os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória, com o objetivo de levantar fatores determinantes, suas possíveis causas, assim como de subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a sua reincidência.(Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 2º)

§ 1º Para fins de investigação, é considerado óbito materno a morte de mulher, ocorrida durante a gestação ou até um ano após o seu término, devida a quaisquer causas relacionadas com o seu desenvolvimento ou agravada no seu curso, inclusive por medidas adotadas durante a gravidez, independentemente de sua duração ou da localização, excluídas as acidentais ou incidentais. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Para cômputo da razão de mortalidade materna, serão excluídos os casos de óbitos ocorridos após quarenta e dois dias do término da gestação, mas todos devem ser investigados, inclusive para se certificar das datas do término da gestação e do óbito. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Para fins de investigação, são considerados óbitos de mulheres em idade fértil aqueles ocorridos em mulheres de 10 a 49 anos de idade. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 2º, § 3º)

Art. 411. O instrumento base para o desencadeamento do processo de investigação é a Declaração de Óbito (DO), adequadamente preenchida em todos os campos, com realce, além da idade da mulher, para a causa básica dentre as constantes do Anexo XXX . (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 3º)

Art. 412. Os instrumentos que servirão como roteiro para a investigação, podem ser aqueles padronizados tanto para uso na Unidade da Federação (UF) quanto no "Manual dos Comitês de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde", fichas B, C e D, ou outros que venham a ser recomendados pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 4º)

Parágrafo Único. Em qualquer caso, a UF deverá, obrigatoriamente, incluir os quesitos constantes do Anexo XXXII , que servirá de documento base para alimentar o módulo de investigação de óbitos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 413. As declarações de óbito materno e de mulheres em idade fértil, formalizadas nos termos do art. 411, deverão seguir fluxo especial constante do Anexo XXXI ou o adotado pela UF, desde que observados os seguintes prazos: (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 5º)

I - contados a partir da ocorrência: (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 5º, I)

a) quarenta e oito horas para o serviço ou o profissional de saúde informar o óbito, com o envio da primeira via da DO; (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 5º, I, a)

b) trinta dias para a Secretaria Estadual de Saúde disponibilizar o registro via SIM para o Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 5º, I, b)

c) cento e vinte dias para a equipe de vigilância de óbito materno responsável concluir o levantamento dos dados que compõem a investigação, enviar o material ao comitê de morte materna de referência e remeter a ficha-síntese da investigação epidemiológica Anexo XXXII ao gestor do SIM; (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 5º, I, c)

II - sete dias, a contar do recebimento dos dados da ficha-síntese da investigação epidemiológica Anexo XXXII , para o gestor do SIM providenciar a alimentação do módulo de investigação de óbitos maternos; e (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 5º, II)

III - trinta dias após a conclusão da investigação de que trata o inciso I, alínea "c", para atualizar o SIM com os dados oriundos da ficha-síntese da investigação epidemiológica, incluindo alterações da causa do óbito, com adequação da codificação e da seleção, quando cabível, bem como a transferência do registro alterado e a sua disponibilização para o Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 5º, III)

Art. 414. O Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) e, na falta de sua implantação, as direções técnicas, clínicas e de enfermagem dos estabelecimentos assistenciais ou as estruturas específicas, definidas pelo gestor local de saúde, deverão realizar busca ativa, diariamente, de óbitos maternos e de mulher em idade fértil, ocorridos ou declarados em suas dependências, qualquer que seja a sua causa, e assegurar o cumprimento dos fluxos e dos prazos estabelecidos nesta Subseção. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 7º)

Art. 415. Os hospitais, os consultórios médicos, as unidades

básicas de saúde ou qualquer outro serviço assistencial deverão, no prazo de quarenta e oito horas da solicitação da equipe de vigilância de óbitos maternos, franquear-lhe o acesso aos prontuários das mulheres falecidas sob seus cuidados, nas condições e no período previstos no art. 410, § 1º ou em idade fértil, para viabilizar o início oportuno da investigação da ocorrência. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 8º)

Parágrafo Único. A equipe de vigilância de óbitos maternos utilizará os registros do prontuário para coletar dados, que transcreverá para instrumento próprio utilizado na investigação art. 412, garantido o sigilo e a privacidade das pacientes, seguindo os preceitos éticos vigentes. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 416. A conclusão da investigação epidemiológica é uma atribuição da equipe de vigilância de óbitos de referência do Município de residência da mulher e deverá ser apoiada pela equipe de vigilância de óbitos de referência do local em que faleceu ou recebeu assistência para pré-natal, parto, aborto ou puerpério. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 9º)

Art. 417. O Departamento de Análise da Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DASIS/SVS/MS) comunicará, quinzenalmente, à Área Técnica de Saúde da Mulher, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS) e ao Centro de Informação Estratégica em Vigilância em Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (CIEVS/SVS/MS) os casos informados de óbito materno no SIM e disponibilizará, com esta regularidade, uma versão atualizada de sua base nacional na rede interna do Ministério da Saúde, com o extrato de óbitos maternos, segundo o recorte definido no manual de morte materna. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 10)

Art. 418. O DASIS/SVS/MS, em conjunto com o CIEVS/SVS/MS e o DAPES/SAS/MS realizarão o monitoramento dos dados nacionais, concedendo acessos com recortes específicos para gestores e cidadãos. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 11)

Art. 419. Cabe à Secretaria de Vigilância em Saúde, à Secretaria de Atenção à Saúde e ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS) o apoio à operacionalização do disposto nesta Subseção. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 12)

Subseção II

Da Notificação Compulsória do Óbito Materno

Art. 420. Fica estabelecido que o óbito materno passará a ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas destes óbitos, assim como para a adoção de medidas que possam evitar novas mortes maternas. (Origem: PRT MS/GM 653/2003, Art. 1º)

Art. 421. É obrigatória a investigação, por parte de todos os Municípios, dos óbitos de mulheres em idade fértil cujas causas possam ocultar o óbito materno. (Origem: PRT MS/GM 653/2003, Art. 2º)

§ 1º A referida investigação deverá ser iniciada, no máximo, 30 dias após a ocorrência do óbito. (Origem: PRT MS/GM 653/2003, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Em caso de óbito cujas informações registradas na declaração de óbito (DO) não permitiram, inicialmente, a classificação como morte materna, mas que, após a investigação, comprovou-se tratar de óbito desta natureza, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, de acordo com suas competências, devem incorporar as novas causas ao banco de dados do SIM. (Origem: PRT MS/GM 653/2003, Art. 2º, § 2º)

CAPÍTULO VII

DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE

Seção I

Do Sistema de Apoio de Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS)

Art. 422. Fica instituído o Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 1º)

Art. 423. O SAIPS tem por objetivo aperfeiçoar as solicitações de transferências de recursos financeiros ou credenciamento/habilitação de serviços necessários à implantação de políticas em saúde, permitindo transparência, agilidade, organização e monitoramento das solicitações. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 2º)

Art. 424. As modalidades de transferência de recursos financeiros que poderão ser solicitadas através do SAIPS são as seguintes: (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 3º)

I - incentivo: recurso da categoria econômica corrente ou capital destinado à implantação de serviço ou componente de rede, transferido em parcela única do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, após publicação de Portaria específica ou solicitação de órgão do Ministério da Saúde ao Fundo Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 3º, I)

II - custeio: recurso da categoria econômica corrente, transferido mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo de Saúde dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, após publicação de portaria específica; e (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 3º, II)

III - habilitação ou credenciamento: formalização mediante portaria específica de serviço de saúde executado pelo estabelecimento de saúde, equipe, ou serviço/componente de rede enquanto prestadores ou integrantes do SUS. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 3º, III)

Art. 425. A implantação do SAIPS será realizada de maneira gradual. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 4º)

§ 1º O SAIPS pode ser acessado pelo endereço eletrônico saips.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 4º, § 1º)

§ 2º A utilização do SAIPS será obrigatória para o cadastramento de propostas para componentes e serviços cuja solicitações de incentivos, custeio, habilitação ou credenciamento já estejam disponíveis. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 4º, § 2º)

§ 3º Os processo e fluxos para componentes e serviços ainda não disponíveis no SAIPS para cadastro de propostas serão realizados conforme estabelecido nas respectivas portarias instituidoras. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 4º, § 3º)

Art. 426. Os perfis de acesso, atribuições, fluxos e procedimentos para cadastro e monitoramento das propostas serão disponibilizados em manuais que poderão ser acessados no endereço eletrônico do SAIPS. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 5º)

Art. 427. No caso de solicitação de incentivo ou custeio, o CNPJ do estabelecimento de saúde beneficiário deverá ser vinculado, obrigatoriamente, a um Fundo de Saúde Estadual, do Distrito Federal ou Municipal. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 6º)

Art. 428. As informações prestadas deverão guardar estrita consonância com o registro no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 7º)

Art. 429. O cadastramento da proposta não gera quaisquer obrigações ao Ministério da Saúde em relação ao seu atendimento. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 8º)

§ 1º As propostas enviadas ao Ministério da Saúde por intermédio do SAIPS serão analisadas conforme os critérios definidos para cada Rede, Programa ou Política. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 8º, § 1º)

§ 2º A área técnica responsável pela Rede, Programa ou Política analisará o mérito da solicitação, podendo indicar adequações, aprovar, aprovar com pendências a serem sanadas em prazo determinado ou rejeitar a proposta. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 8º, § 2º)

§ 3º O gestor público de saúde Estadual, do Distrito Federal ou Municipal deverá assegurar o monitoramento da execução de cronograma ou de solução de pendências definidas para as propostas. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 8º, § 3º)

Art. 430. A comprovação da aplicação dos recursos transferidos será apresentada no Relatório Anual de Gestão (RAG), previsto na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e no Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, e analisado pelo respectivo Conselho de Saúde Estadual, Distrital ou Municipal. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 9º)

Art. 431. O Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com fundamento nos relatórios de gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos, nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 10)

Art. 432. Fica instituída a Comissão de Monitoramento do SAIPS, que será responsável pela manutenção do SAIPS e será composta por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos: (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 11)

I - 1 (um) representante do Departamento de Informática do SUS (DATASUS); (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 11, I)

II - 1 (um) representante da Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 11, II)

III - 1 (um) representante do Gabinete do Secretário de Atenção à Saúde (GAB/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 11, III)

IV - 1 (um) representante de cada Departamento da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 11, IV)

V - 1 (um) representante do Gabinete do Secretário-Executivo (GAB/SE/MS). (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 11, V)

§ 1º A Comissão de Monitoramento do SAIPS será coordenada pelo representante do GAB/SAS/MS, que fornecerá o apoio administrativo necessário ao desenvolvimento das suas atividades. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 11, § 1º)

§ 2º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos à Coordenação da Comissão no prazo de 15 (quinze) dias contado da data de publicação da Portaria nº 281/GM/MS, de 27 de fevereiro de 2014. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 11, § 2º)

§ 3º Os representantes de que tratam os incisos III e IV do "caput" serão responsáveis pela administração do SAIPS. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 11, § 3º)

Art. 433. A Comissão de Monitoramento do SAIPS poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades, públicas e privadas, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 12)

Art. 434. As funções desempenhadas no âmbito da Comissão de Monitoramento do SAIPS não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 13)

Seção II

Do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS)

Art. 435. Esta Seção institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS). (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 1º)

Art. 436. O SARGSUS é o sistema de utilização obrigatória para a elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG) e integra o conjunto dos Sistemas Nacionais de Informação do SUS, com os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 2º)

I - contribuir para a elaboração do RAG previsto no inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 2º, I)

II - apoiar os gestores no cumprimento dos prazos legais de envio dos RAG aos respectivos Conselhos de Saúde e disponibilização destas informações para as Comissões Intergestores; (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 2º, II)

III - facilitar o acesso a informações referentes à aplicação dos recursos transferidos fundo a fundo por meio da Programação Anual de Saúde (PAS); (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 2º, III)

IV - constituir base de dados de informações estratégicas e necessárias à construção do RAG; (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 2º, IV)

V - disponibilizar informações oriundas das bases de dados nacionais dos sistemas de informações do SUS; (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 2º, V)

VI - contribuir para o aperfeiçoamento contínuo da gestão do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 2º, VI)

VII - facilitar o acesso público ao RAG. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 2º, VII)

Art. 437. O SARGSUS será atualizado pelos gestores federal, estaduais, distrital e municipais de saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 3º)

Parágrafo Único. Compreende-se como atualização do SARGSUS o preenchimento da totalidade das telas do sistema e o envio eletrônico do RAG para apreciação pelo respectivo Conselho de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 3º, § 1º)

Art. 438. O acesso ao SARGSUS depende de cadastramento dos gestores e conselheiros de saúde no cadastro de sistema e permissões de usuários (CSPUWEB/DATASUS), disponível no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/cspuweb. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 4º)

§ 1º Compete ao gestor federal o cadastramento e atualização dos dados cadastrais do responsável pelo acesso no Conselho Nacional de Saúde (CNS) no CSPUWEB/DATASUS. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Compete aos gestores de saúde estaduais e municipais, bem como aos respectivos Conselhos de Saúde, a indicação dos responsáveis pelo acesso ao SARGSUS e atualização dos seus dados cadastrais no CSPUWEB/DATASUS. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 4º, § 2º)

§ 3º A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) fará o cadastramento das Secretarias de Saúde estaduais e do Distrito Federal no SARGSUS. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 4º, § 3º)

§ 4º Cabe às Secretarias Estaduais de Saúde o cadastramento das Secretarias de Saúde municipais e do Conselho de Saúde estadual. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 4º, § 4º)

§ 5º Cabe à Secretaria de Saúde do Distrito Federal o cadastramento do Conselho de Saúde do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 4º, § 5º)

§ 6º Cabe à Secretaria de Saúde municipal o cadastramento do Conselho de Saúde municipal. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 4º, § 6º)

Art. 439. Após efetivado o cadastramento regulado no art. 438, o acesso ao SARGSUS se dará por meio do endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/sargsus. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 5º)

Art. 440. As estratégias de implementação do SARGSUS serão acordadas na CIT para o âmbito nacional, na CIB para o âmbito estadual e na CIR para o âmbito regional. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 6º)

Parágrafo Único. O SARGSUS disponibilizará relatórios gerenciais para acesso pelas Comissões Intergestores para fins de acompanhamento da situação do RAG no tocante a sua elaboração e à apreciação pelo Conselho de Saúde competente. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 441. Após emissão de parecer conclusivo pelos respectivos Conselhos de Saúde, os RAGs registrados no sistema ficarão disponíveis para acesso público no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/sargsus. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 7º)

CAPÍTULO VIII

DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE (SIOPS)

Art. 442. Este Capítulo estabelece diretrizes para o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e fixa prazos para registro e homologação de informações, em observância ao art. 39 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e ao Capítulo I do Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 1º)

Seção I

Das Definições

(Origem: PRT MS/GM 53/2013, CAPÍTULO I)

Art. 443. Para fins do disposto neste Capítulo, são adotadas as seguintes definições: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º)

I - certificado digital: documento eletrônico que contém o nome, número público exclusivo denominado chave pública e outros dados que identificam o seu emissor para as pessoas e sistemas de informação; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, I)

II - declaração: processo de registro de dados por meio de programa específico do SIOPS; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, II)

III - demonstrativo: instrumento de análise e controle em nível gerencial (tomada de decisão), que demonstra as situações econômico-financeira e patrimonial do exercício, estando as informações disponíveis nos Balanços Orçamentário, Financeiro, Patrimonial, Demonstração das Variações Patrimoniais e Demonstração das Disponibilidades Financeiras por Fonte de Recursos e também no Balanço Patrimonial e na Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido, elaborados de acordo com a Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, III)

IV - funcionalidade restrita: módulo disponível na interface "web" do SIOPS no Portal da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br, para atualização de dados e informações

que sejam relativas à operacionalização do sistema, com acesso disponível apenas para usuários previamente cadastrados; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, IV)

V - homologação: processo de ratificação, pelo gestor do Sistema Único de Saúde (SUS), de dados declarados por meio de programa do SIOPS, mediante utilização de certificado digital; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, V)

VI - módulo de controle externo: funcionalidade disponível na interface "web" do SIOPS no Portal da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br, que permite aos Tribunais de Contas o registro de dados e informações sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, VI)

VII - programa ou "software": conjunto de instruções que descrevem uma tarefa a ser realizada por um computador; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, VII)

VIII - Receita Total: somatório das receitas correntes e de capital; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, VIII)

IX - Receitas Vinculadas dos Estados e Distrito Federal: receitas de impostos de competência estadual, deduzidas as transferências obrigatórias aos Municípios, acrescidas das receitas oriundas de transferências da União, incluídos os seguintes impostos e receitas: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, IX)

a) Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS); (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, IX, a)

b) Imposto sobre Propriedade de Veículo Automotivo (IPVA); (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, IX, b)

c) Imposto de Transmissão Causa Mortis e Doação (ITCMD); (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, IX, c)

d) cota-parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE); (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, IX, d)

e) cota-parte do Imposto sobre Produtos Industrializados decorrente de exportações (IPI-Exportação); (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, IX, e)

f) cota-parte sobre o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF); (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, IX, f)

g) transferências decorrentes da Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996 (Lei Kandir); e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, IX, g)

h) receita de dívida ativa, multas, correção monetária e juros de mora relativos aos impostos referidos nas alíneas "a", "b", "c", "e" e "f". (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, IX, h)

X - Receitas Vinculadas dos municípios e Distrito Federal: receitas de impostos de competência municipal acrescidas das receitas oriundas de transferências da União e dos Estados, incluídos os seguintes impostos e receitas: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, X)

a) Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS); (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, X, a)

b) Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU); (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, X, b)

c) Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis (ITBI); (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, X, c)

d) cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM); (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, X, d)

e) cota-parte do Imposto sobre a Propriedade Rural (ITR); (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, X, e)

f) cota-parte do Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF); (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, X, f)

g) cota-parte do ICMS; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, X, g)

h) cota-parte do IPVA; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, X, h)

i) cota-parte do IPI-Exportação; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, X, i)

j) transferências decorrentes da Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996 (Lei Kandir); e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, X, j)

k) receita de dívida ativa, multas, correção monetária e juros de mora relativos aos impostos referidos nas alíneas "a", "b", "c", "e", "f", "g", "h" e "i". (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, X, k)

XI - relatório: conjunto de informações que reportam resultados parciais ou totais de uma determinada atividade; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, XI)

XII - sistema: conjunto de componentes interrelacionados que coletam, recuperam, processam, armazenam, organizam e disponibilizam dados e informações; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, XII)

XIII - técnicos autorizados pelos gestores do SUS: profissionais indicados pelos gestores do SUS para registro de dados no programa ou "software" de declaração do SIOPS e envio à respectiva base de dados do sistema, mediante informação de usuário e senha, para posterior homologação, dispensada a utilização de certificado digital; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, XIII)

XIV - transferências constitucionais: recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do "caput" do art. 158 e as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do "caput" do art. 159 da Constituição Federal; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, XIV)

XV - transferências voluntárias: a entrega de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional ou legal nem seja destinada ao SUS; e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, XV)

XVI - transmissão de dados: processo de envio de dados declarados e homologados por meio de programa do SIOPS. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, XVI)

Seção II

Do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

(Origem: PRT MS/GM 53/2013, CAPÍTULO II)

Subseção I

Das Disposições Gerais

(Origem: PRT MS/GM 53/2013, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 444. O SIOPS é o sistema informatizado, de alimentação obrigatória e acesso público, para o registro eletrônico centralizado e atualizado das informações referentes aos orçamentos públicos em saúde da União, estados, Distrito Federal e municípios, incluída sua execução, nos termos deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 3º)

Parágrafo Único. O SIOPS deverá coletar, recuperar, processar, armazenar, organizar e disponibilizar dados e informações sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde, atendendo às especificidades de cada ente da Federação, de forma a possibilitar o monitoramento da aplicação de recursos no SUS.(Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 445. O SIOPS terá as seguintes características essenciais: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º)

I - funcionar como registro eletrônico de declaração e homologação, pelo gestor público de saúde, dos dados de aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º, I)

II - possibilitar o monitoramento das receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º, II)

III - possibilitar acesso público às informações constantes de sua base de dados; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º, III)

IV - viabilizar a retificação de informações declaradas e/ou homologadas somente pelo gestor do SUS responsável; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º, IV)

V - viabilizar o registro e a disponibilização da informação do valor em moeda corrente depositado pelo agente financeiro da União e, quando couber, pelos Estados na conta corrente do Fundo de Saúde de Estados, Distrito Federal e Municípios após a efetivação do direcionamento das transferências de que trata o inciso I do "caput" do art. 12 do Decreto nº 7.827, de 2012; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º, V)

VI - compatibilidade com as normas gerais para consolidação das contas públicas editadas pelo órgão central de contabilidade da União quanto à metodologia para verificação do cumprimento da aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º, VI)

VII - observar as normas gerais relativas às classificações orçamentárias de receitas e despesas, definidas pelo Ministério da Fazenda e pelo Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º, VII)

VIII - observância do padrão de arquitetura denominado Padrões de Interoperabilidade de Governo Eletrônico (e-PING), que define conjunto mínimo de premissas, políticas e especificações técnicas que regulamentam a utilização da Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) no Governo Federal, estabelecendo as condições de interação entre os Poderes e esferas de governo e com a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º, VIII)

IX - observância do Modelo de Acessibilidade de Governo Eletrônico (e-MAG), que consiste em um conjunto de recomendações a ser considerado para que o processo de acessibilidade dos endereços eletrônicos e portais dos órgãos e entidades públicas seja conduzido de forma padronizada e de fácil implementação; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º, IX)

X - observância dos Padrões "Web" em Governo Eletrônico (e-PWG), que são recomendações de boas práticas agrupadas em formato de cartilhas com o objetivo de aprimorar a comunicação e o fornecimento de informações e serviços prestados por meios eletrônicos pelos órgãos e entidades públicas federais; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º, X)

XI - promover, independentemente de requerimentos, a divulgação em local de fácil acesso, no âmbito de suas competências, de informações de interesse coletivo ou geral produzidas ou custodiadas pelo sistema, em conformidade com a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011; e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º, XI)

XII - observância, no que couber, dos padrões mínimos para sistema integrado de administração financeira e controle estabelecidos pelo Decreto nº 7.185, de 27 de maio de 2010. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º, XII)

Art. 446. O SIOPS disporá dos seguintes processos e funcionalidades: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 5º)

I - disponibilização em meio eletrônico do programa de declaração aos gestores do SUS, no âmbito de cada ente da Federação, em até 10 (dez) dias do encerramento de cada bimestre; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 5º, I)

II - declaração de dados no "software" e transmissão eletrônica, via internet, para o banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), bem como organização e disponibilização de consultas e relatórios no Portal da Saúde, acessível pelo endereço eletrônico www.saude.gov.br; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 5º, II)

III - disponibilização de módulo de controle de direcionamento das transferências constitucionais para os Fundos de Saúde, para o recebimento ou registro e disponibilização da informação do valor em moeda corrente depositado pelo agente financeiro da União e pelos estados nos Fundos de Saúde estaduais, distrital e municipais, após a efetivação do direcionamento das transferências de que trata o inciso I do "caput" do art. 12 do Decreto nº 7.827, de 2012; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 5º, III)

IV - realização de cálculo automático dos recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde a partir das informações declaradas e homologadas pelo gestor do SUS responsável, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e gerenciais; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 5º, IV)

V - campo específico para registro, pelo gestor do SUS responsável, da data da aprovação do RAG pelo respectivo Conselho de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 5º, V)

VI - notificação automática dos gestores do SUS responsáveis quando da ausência de homologação das informações no SIOPS; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 5º, VI)

VII - módulo específico de controle externo para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 5º, VII)

VIII - integração, mediante processamento automático, das informações do banco de dados do SIOPS ao Ministério da Fazenda, por meio do Serviço Auxiliar de Informações para Transferências Voluntárias (CAUC), ou outro que venha a substituí-lo, e ao agente financeiro responsável pela operacionalização das transferências constitucionais da União aos demais entes federativos; e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 5º, VIII)

IX - integração, mediante processamento automático, das informações dos bancos de dados do Fundo Nacional de Saúde relativas às transferências de recursos do Ministério da Saúde para estados, Distrito Federal e municípios, realizadas pela modalidade fundo a fundo. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 5º, IX)

Parágrafo Único. Para a declaração e a homologação dos dados de que trata este Capítulo, os gestores do SUS dos entes da Federação observarão, integralmente, a metodologia disponível no Portal da Saúde, acessível pelo endereço eletrônico www.saude.gov.br, aplicável ao SIOPS. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 5º, Parágrafo Único)

Subseção II

Das Responsabilidades e do Cadastro

(Origem: PRT MS/GM 53/2013, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 447. Os dados informados no SIOPS e o cumprimento dos prazos definidos neste Capítulo são de responsabilidade do gestor do SUS de cada ente da Federação, assim como a fidedignidade dos dados homologados, aos quais se conferirá fé pública, nos termos do § 2º do art. 39 da Lei Complementar nº 141, de 2012.(Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 6º)

Art. 448. Para fins de cadastramento e atualização dos chefes do Poder Executivo dos entes da Federação no SIOPS, serão utilizados os bancos de dados do Tribunal Superior Eleitoral. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 7º)

§ 1º O cadastramento e a atualização serão providenciados pelo Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID/SE/MS) no início de mandatos eletivos estaduais, distritais e municipais, no prazo de até cinco dias úteis da posse do candidato eleito. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Em caso de substituição do chefe do Poder Executivo nos estados, Distrito Federal e municípios pelo respectivo Vice-Governador ou Vice-Prefeito ou pelo Presidente da respectiva Assembleia Legislativa, Câmara Legislativa ou Câmara de Vereadores, respectivamente, caberá ao chefe do Poder Executivo substituto encaminhar comunicação oficial ao DESID/SE/MS para fins de atualização das informações cadastrais no SIOPS. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 7º, § 2º)

§ 3º A comunicação prevista no § 2º não será necessária nos casos de férias e afastamentos precários, tais como licenças para tratamento de saúde ou viagens oficiais. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 7º, § 3º)

§ 4º Para fins do disposto no § 2º, a atualização cadastral no SIOPS será realizada no prazo de até 5 (cinco) dias úteis do recebimento da comunicação oficial pelo DESIS/SE/MS. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 7º, § 4º)

Art. 449. Caberá ao chefe do Poder Executivo, estadual, distrital e municipal, indicar e atualizar, diretamente no SIOPS, as informações acerca do respectivo gestor do SUS. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 8º)

§ 1º O chefe do Poder Executivo deverá também indicar e atualizar, diretamente no SIOPS, as informações acerca do(s) servidor(es) autorizado(s) a alimentar o SIOPS em seu nome. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 8º, § 1º)

§ 2º No caso da União, o cadastro do Ministro de Estado da Saúde será atualizado pelo DESID/SE/MS. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 8º, § 2º)

Art. 450. Caberá ao gestor do SUS de cada ente da Federação a responsabilidade pela declaração e homologação de dados no SIOPS, bem como pela transmissão dos dados homologados. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 9º)

§ 1º A declaração e a transmissão de dados no SIOPS poderão ser delegados pelo gestor do SUS, mediante autorização a terceiros efetuada diretamente no SIOPS. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O gestor do SUS deverá indicar e atualizar, diretamente no SIOPS, as informações acerca de seu substituto e do(s) servidor(es) técnico(s) responsável(eis) pelo preenchimento do "software" de declaração de dados. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 9º, § 2º)

Art. 451. O primeiro cadastro dos Presidentes dos Tribunais de Contas no Módulo de Controle Externo do SIOPS será providenciado pelo DESID/SE/MS, mediante confirmação prévia de dados junto a cada Presidência de Tribunal. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 10)

Parágrafo Único. A substituição do Presidente do Tribunal de Contas será informada pelo Presidente em exercício mediante comunicação oficial ao DESID/SE/MS, para fins de alteração do cadastro no SIOPS. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 452. Caberá aos Presidentes dos Tribunais de Contas indicar diretamente no SIOPS o(s) servidor(es) autorizado(s) a utilizar o Módulo de Controle Externo. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 11)

Parágrafo Único. A autorização referida no "caput" poderá ser delegada pelo Presidente do Tribunal de Contas. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 11, Parágrafo Único)

Subseção III

Da Transmissão e Homologação dos Dados

(Origem: PRT MS/GM 53/2013, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 453. A transmissão dos dados sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde para o SIOPS deverá ser feita a cada bimestre por todos os entes da Federação, observadas as regras de cadastro e responsabilidade previstas na Subseção II da Seção II do Capítulo VIII do Título VII. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 12)

Art. 454. Os dados sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde serão homologados pelo gestor do SUS da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios por meio de acesso aos dados declarados e enviados à base de dados do SIOPS pelos servidores técnicos por ele autorizados. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 13)

Parágrafo Único. Até que se efetive a homologação, os dados declarados e enviados à base de dados do SIOPS estarão acessíveis apenas ao ente da Federação declarante. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 455. A transmissão dos dados ao SIOPS somente será considerada concluída após o processo de homologação pelo gestor do SUS do ente da Federação. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 14)

§ 1º Serão considerados registrados e pendentes de finalização da transmissão, e assim identificados na base de dados do SIOPS, os dados registrados e não homologados, os quais ficarão indisponíveis para acesso público. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 14, § 1º)

§ 2º Somente após a homologação os dados serão disponibilizados para acesso público e transmitidos pelo Ministério da Saúde ao sistema centralizado de controle das transferências da União para os demais entes da Federação. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 14, § 2º)

Art. 456. O prazo para declaração, homologação e transmissão dos dados é de até 30 (trinta) dias após o encerramento de cada bimestre, observado o disposto no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 2000. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 15)

§ 1º O SIOPS manterá registro e disponibilizará informações sobre a transmissão dos dados por bimestre e por ente da Federação, evidenciando a aplicação acumulada em despesas com ações e serviços públicos de saúde ao longo do exercício financeiro. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 15, § 1º)

§ 2º Os dados considerados para fins de apuração da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde de um exercício financeiro são os transmitidos e relativos ao último bimestre do exercício. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 15, § 2º)

Art. 457. Poderá ser feita a retransmissão de dados pelo gestor do SUS a qualquer tempo, em caráter excepcional, mediante solicitação justificada direcionada ao DESID/SE/MS, em campo específico na funcionalidade restrita do SIOPS. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 16)

§ 1º A liberação do SIOPS para a retransmissão ocorrerá no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, contado da data do envio da solicitação justificada. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 16, § 1º)

§ 2º No caso de retransmissão de dados, o gestor do SUS também deverá efetuar sua prévia homologação. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 16, § 2º)

§ 3º Os dados serão identificados no SIOPS como redeclarados e homologados, com registro do número de vezes e da data em que ocorreu cada transmissão. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 16, § 3º)

Art. 458. Caso não seja realizada a transmissão dos dados sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde do último bimestre do exercício financeiro, ocorrerá o impedimento da transmissão de dados do exercício financeiro subsequente até a regularização da situação pendente. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 17)

§ 1º A regra prevista no "caput" poderá ser afastada pelo DESID/SE/MS em caráter excepcional, a partir de solicitação do gestor do SUS formalizada diretamente no SIOPS, em campo específico, nas seguintes situações: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 17, § 1º)

I - sempre que o ente da Federação tiver sido criado ou sua denominação alterada em data posterior à do período exigido; ou (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 17, § 1º, I)

II - quando os dados tiverem sido considerados irrecuperáveis por meios próprios ou por acesso a publicações oficiais, arquivos do Poder Legislativo e do respectivo Tribunal de Contas ou outros arquivos públicos. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 17, § 1º, II)

§ 2º Na hipótese descrita no inciso II do § 1º, a justificativa deverá demonstrar, se for o caso, a adoção de medidas para a apuração de responsabilidades e a recuperação dos dados exigidos por lei, cabendo ao DESIS/SE/MS sinalizar essa ocorrência no SIOPS. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 17, § 2º)

§ 3º O registro de dados no SIOPS obedecerá aos modelos de documentos vigentes no período a que se referem os respectivos dados. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 17, § 3º)

§ 4º Na eventualidade de não ser realizada a transmissão de dados relativos a determinado bimestre, não haverá impedimento à transmissão de dados dos bimestres subsequentes, exceto para os dados do último bimestre do exercício financeiro. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 17, § 4º)

Seção III

Da Certificação Digital

(Origem: PRT MS/GM 53/2013, CAPÍTULO III)

Art. 459. Será adotada a certificação digital em todo processo de interface dos usuários com o SIOPS, à exceção dos técnicos autorizados pelo gestor do SUS, como meio de garantir a segurança dos procedimentos no sistema. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 18)

§ 1º As trocas de informações realizadas por meio do SIOPS serão realizadas por meio digital e assinadas eletronicamente com a utilização de certificados digitais válidos e emitidos por Autoridade Certificadora integrante da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil), instituída pelo art. 2º da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, regulamentada pelo Decreto nº 6.605, de 14 de outubro de 2008. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 18, § 1º)

§ 2º Os certificados digitais serão de uso individual e intransferível, conforme as normas técnicas estabelecidas pela ICP-Brasil, ou de outro tipo com requisitos de segurança mais rigorosos e emitidos por Autoridade Certificadora integrante da ICP-Brasil. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 18, § 2º)

Seção IV

Do Monitoramento

(Origem: PRT MS/GM 53/2013, CAPÍTULO IV)

Art. 460. A ausência de dados declarados e homologados pelos entes da Federação quando do último bimestre de cada exercício financeiro será considerada, para todos os fins, presunção de descumprimento de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde, nos termos do parágrafo único do art. 7º do Decreto nº 7.827, de 2012. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 19)

Art. 461. O SIOPS realizará cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde, nos termos da Lei Complementar nº 141, de 2012, como fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e gerenciais. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 20)

§ 1º Para estados, Distrito Federal e municípios, o SIOPS calculará e evidenciará o percentual de recursos próprios aplicados em ações e serviços públicos de saúde. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 20, § 1º)

§ 2º Para a União, o SIOPS demonstrará o montante mínimo estimado e o efetivamente aplicado no exercício financeiro considerado, além de série histórica de aplicação em despesas com ações e serviços públicos de saúde. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 20, § 2º)

Art. 462. Os Demonstrativos das Despesas com Saúde do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) da União, dos estados, Distrito Federal e municípios serão emitidos a partir do preenchimento dos dados no SIOPS, de acordo com o disposto no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 2000. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 21)

Art. 463. O SIOPS produzirá relatórios automaticamente com base nas informações declaradas e homologadas pelo gestor do SUS, possibilitando: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 22)

I - o acompanhamento da disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, considerados para fins de aplicação do mínimo constitucional em ações e serviços públicos de saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios, apurados para determinado exercício financeiro, e que deverão ser necessariamente aplicados em ações e serviços públicos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 22, I)

II - a demonstração da aplicação em ações e serviços públicos de saúde do montante equivalente aos restos a pagar cancelados ou prescritos no exercício anterior, mediante dotação orçamentária específica para essa finalidade; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 22, II)

III - a demonstração de eventual diferença entre as despesas mínimas com ações e serviços públicos de saúde e as efetivamente realizadas, para fins de aplicação do disposto no art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012; e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 22, III)

IV - a demonstração da aplicação no exercício subsequente dos valores que deixaram de ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde no exercício imediatamente anterior, depois de expirado o prazo de publicação do RREO do encerramento do exercício, previsto no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 2000, nos termos do art. 26 da Lei Complementar nº 141, de 2012. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 22, IV)

Art. 464. Os órgãos de controle interno do ente federativo beneficiário, do ente federativo transferidor ou o Ministério da Saúde serão responsáveis por dar ciência aos seguintes órgãos: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 23)

I - Tribunal de Contas e Ministério Público competentes, quando for detectado que os recursos previstos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3º da Lei Complementar nº 141, de 2012 ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, nos termos do art. 27 da referida lei; e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 23, I)

II - Conselho de Saúde, direção local do SUS, órgãos de auditoria do SUS, Ministério Público e órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso, quando da verificação do descumprimento de qualquer dispositivo da Lei Complementar nº 141, de 2012, nos termos do § 5º do art. 39 da referida lei. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 23, II)

Art. 465. O SIOPS disponibilizará as informações homologadas, por meio de processamento automático, ao Ministério da Fazenda e ao agente financeiro responsável pela operacionalização das transferências constitucionais da União aos demais entes da Federação, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24)

I - para fins de condicionamento das transferências constitucionais, serão processadas: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, I)

a) as informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS que indicarem o descumprimento da aplicação do percentual mínimo em ações e serviços públicos de saúde, atendidos os prazos fixados no § 3º do art. 8º do Decreto nº 7.827, de 2012; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, I, a)

b) as informações inseridas pelos Tribunais de Contas no Módulo de Controle Externo que indicarem o descumprimento da aplicação do percentual mínimo em ações e serviços públicos de saúde, a qualquer tempo; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, I, b)

c) o valor em moeda corrente que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde pelo ente federativo em exercício anterior, em descumprimento à exigência de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, I, c)

d) número da conta corrente e domicílio bancário do Fundo de Saúde do ente federativo. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, I, d)

II - para fins de suspensão das transferências constitucionais, serão processadas: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, II)

a) a relação dos entes da Federação que não apresentarem as informações homologadas no SIOPS, respeitados os prazos do inciso II do art. 16 do Decreto nº 7.827, de 2012; e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, II, a)

b) a relação de entes da Federação sujeitos à medida preliminar de condicionamento das transferências constitucionais e que não comprovaram no SIOPS, no prazo de 12 (doze) meses, contado do depósito da primeira parcela direcionada ao Fundo de Saúde, a aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, II, b)

III - para fins de restabelecimento das transferências constitucionais, serão processadas: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, III)

a) a relação de entes da Federação que, estando sujeitos ao condicionamento de transferências constitucionais, comprovaram a aplicação efetiva do adicional depositado na conta do Fundo de Saúde, referente ao montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercício anterior; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, III, a)

b) as informações inseridas pelos Tribunais de Contas no Módulo de Controle Externo que indicarem o cumprimento da aplicação do percentual mínimo em ações e serviços públicos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, III, b)

c) a relação de entes da Federação que tiveram as transferências constitucionais suspensas em decorrência da ausência de declaração e homologação das informações no SIOPS e que regularizaram a situação; e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, III, c)

d) a relação de entes da Federação que, estando sujeitos ao condicionamento de transferências constitucionais, comprovarem a aplicação efetiva do adicional depositado na conta do Fundo de Saúde por meio da retransmissão das informações declaradas e homologadas, referente ao montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercício anterior. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, III, d)

Art. 466. Para fins de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias, o SIOPS adotará os seguintes procedimentos, mediante processamento automático de informações: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 25)

I - transcorridos 30 (trinta) dias após o encerramento do último bimestre de cada exercício financeiro, serão disponibilizadas as informações homologadas no SIOPS ao CAUC, ou outro sistema que venha a substituí-lo, acerca do cumprimento ou o descumprimento da aplicação do percentual mínimo em ações e serviços públicos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 25, I)

II - transcorridos 30 (trinta) dias da emissão de notificação automática do SIOPS para o gestor do SUS do ente da Federação, será disponibilizado ao CAUC, ou outro sistema que venha a substituí-lo, a identificação dos entes da Federação que deixaram de declarar e homologar as informações no SIOPS; e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 25, II)

III - será disponibilizada ao CAUC, ou outro sistema que venha a substituí-lo, a comprovação do cumprimento da aplicação do percentual mínimo em ações e serviços públicos de saúde ou no caso da aplicação efetiva do adicional relativo ao montante não aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores, por meio de demonstrativo das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde do Relatório Resumido de Execução Orçamentária, para o restabelecimento das transferências voluntárias da União. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 25, III)

Art. 467. Ficarão disponíveis na interface "web" do SIOPS, de forma automática e com livre acesso ao público em geral: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 26)

I - os dados referentes a receitas totais e despesas em ações e serviços públicos de saúde declarados e homologados pela União, estados, Distrito Federal e municípios, bem como os indicadores e relatórios produzidos; e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 26, I)

II - as informações disponibilizadas pelo agente financeiro da União e pelos estados quanto ao valor em moeda corrente depositado na conta corrente do Fundo de Saúde do ente federativo em de-

corrência da efetivação do direcionamento das transferências constitucionais de que tratam o inciso II do caput do art. 158 e as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição Federal. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 26, II)

Seção V

Da Cooperação Técnica e Financeira

(Origem: PRT MS/GM 53/2013, CAPÍTULO V)

Art. 468. O Ministério da Saúde prestará cooperação técnica e financeira aos estados, Distrito Federal e municípios para a implementação de processos de educação permanente e transferência de tecnologia sobre: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 27)

I - regulamentos técnicos e legais acerca da aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde e operação do SIOPS; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 27, I)

II - operação e modernização dos Fundos de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 27, II)

III - formulação e disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde, que deverão ser submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 27, III)

Parágrafo Único. A cooperação financeira se efetivará com a entrega de bens ou valores ou com o financiamento por intermédio de instituições financeiras federais, conforme definido em portarias específicas do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 27, Parágrafo Único)

Seção VI

Das Disposições Finais

(Origem: PRT MS/GM 53/2013, CAPÍTULO VI)

Art. 469. O DESID/SE/MS poderá verificar, por amostragem, a consistência dos dados declarados e homologados no SIOPS, sem prejuízo da atuação dos órgãos de controle interno e externo, com a finalidade de apoiar o autocontrole dos gestores do SUS, adotados os seguintes procedimentos: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 28)

I - disponibilização dos resultados obtidos aos gestores do SUS, em funcionalidade restrita do sistema, até o encerramento do exercício financeiro posterior; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 28, I)

II - recebimento e processamento de esclarecimentos suplementares, a critério do gestor do SUS, no prazo de 30 (trinta) dias, sobre eventuais pontos de divergência suscitados de forma fundamentada; e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 28, II)

III - apresentação de resumo final, em até 30 (trinta dias), ao gestor do SUS interessado e, eventualmente, à CIT. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 28, III)

Art. 470. O DESID/SE/MS e o DATASUS promoverão as alterações necessárias no SIOPS de forma a atender ao disposto no art. 39 da Lei Complementar nº 141, de 2012, e a este Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 29)

CAPÍTULO IX

DO SISTEMA DE LOGÍSTICA EM SAÚDE (SILOS)

Art. 471. Este Capítulo fixa os procedimentos a serem adotados nas contratações destinadas ao fornecimento de bens e à prestação de serviços relativos a Insumos Estratégicos para a Saúde (IES), por meio do Departamento de Logística em Saúde (DLOG/SE/MS). (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 1º)

Seção I

DO PLANO DE DEMANDAS

(Origem: PRT MS/GM 2710/2011, CAPÍTULO I)

Art. 472. As Secretarias do Ministério da Saúde informarão ao DLOG/SE/MS, por intermédio do Plano de Demandas, a necessidade de contratações de fornecimento de bens e prestação de serviços relativos a IES. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 2º)

Art. 473. O Plano de Demandas será elaborado anualmente por cada Secretaria do Ministério da Saúde, por intermédio do Sistema de Logística em Saúde (SILOS), e disponibilizado ao DLOG/SE/MS até 30 de junho. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 3º)

Art. 474. O Plano de Demandas conterá, conforme modelo constante do Anexo XXVI , as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 4º)

I - descrição do item a ser adquirido, conforme Código de Catálogo de Materiais (CATMAT); (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 4º, I)

II - quantidade, unidade de fornecimento e estoque estratégico; (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 4º, II)

III - modalidade, valor unitário e fornecedor da última aquisição; (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 4º, III)

IV - data da 1ª entrega; (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 4º, IV)

V - características da armazenagem; e (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 4º, V)

VI - características da distribuição. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 4º, VI)

Parágrafo Único. As áreas demandantes informarão a funcional programática no Plano de Demandas, quando o IES estiver contemplado no Plano Plurianual (PPA). (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 475. O Plano de Demandas de que trata esta Seção é requisito para que sejam contemplados os recursos necessários para a aquisição dos IES no orçamento do próximo exercício financeiro. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 5º)

Art. 476. Compete ao DLOG/SE/MS sistematizar os Planos de Demandas elaborados pelas Secretarias e coordenar o planejamento logístico, visando à economicidade e à celeridade nos processos de contratações de serviços relativos a IES. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 6º)

Parágrafo Único. Os pedidos de contratações destinadas ao fornecimento de bens e à prestação de serviços relativos a IES não contemplados no Plano de Demandas serão encaminhados à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS), devidamente justificados, para análise e autorização do procedimento de aquisição.(Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 6º, Parágrafo Único)

Seção II

DO PROCESSO DE CONTRATAÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 2710/2011, CAPÍTULO II)

Art. 477. As solicitações destinadas ao fornecimento de bens e à prestação de serviços relativos a IES seguirão o modelo de Termo de Referência constante do Anexo XXVII . (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 7º)

§ 1º Os Termos de Referência serão gerados eletronicamente no SILOS, analisados e validados pelo DLOG/SE/MS e impressos pela área demandante a partir do próprio Sistema (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Após a impressão, os Termos de Referência serão assinados pelo responsável de cada área demandante e aprovados pela autoridade competente. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 7º, § 2º)

Art. 478. Compete ao Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos ou à área demandante que elaborou o Termo de Referência solicitar a autuação do documento, conforme despacho-padrão constante no Anexo XXVIII , e ajustar os campos "assunto" e "interessado" no Sistema Integrado de Protocolo e Arquivo (SIPAR), conforme os dados constantes no documento de solicitação da autuação. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 8º)

Parágrafo Único. Autuado o processo referente a contratações destinadas ao fornecimento de bens e à prestação de serviços relativos a IES, o Serviço de Protocolo da Coordenação de Arquivo e Gestão de Documentos (PROTSEDE/COARQ/CGDI/SAA/SE/MS) deverá apor o carimbo "AQUISIÇÃO INSUMO ESTRATÉGICO DE SAÚDE" no canto superior direito da capa do processo. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 479. A tramitação dos processos de aquisição de IES terá caráter prioritário no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 9º)

Seção III

DA PESQUISA DE PREÇOS

(Origem: PRT MS/GM 2710/2011, CAPÍTULO III)

Art. 480. Compete ao DAF/SCTIE/MS e/ou à área demandante que elaborou o Termo de Referência realizar a pesquisa de preços, conforme roteiro constante do Anexo XXIX . (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 10)

Art. 481. O DLOG/SE/MS poderá realizar pesquisa de preços complementar, nos casos em que julgar necessário para a devida instrução do procedimento de contratação. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 11)

Seção IV

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 2710/2011, CAPÍTULO IV)

Art. 482. A ordem das contratações destinadas ao fornecimento de bens e à prestação de serviços relativos a IES será definida considerando-se a data da primeira entrega dos citados bens ou da prestação dos mencionados serviços, de acordo com os dados do Plano de Demandas, bem como as informações referentes a estoque.(Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 12)

Art. 483. Os órgãos do Ministério da Saúde deverão obrigatoriamente preencher o campo "Insumo Estratégico para a Saúde" no SIPAR. (Origem; PRT MS/GM 2710/2011, Art. 13)

Parágrafo Único. Os órgãos interessados acompanharão, por meio do SIPAR, os prazos dos processos de contratação relacionados a IES que estejam sob sua responsabilidade. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 484. Os casos omissos neste Capítulo serão analisados e definidos pela SE/MS, à luz da legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 14)

CAPÍTULO X

DO PROCESSO ELETRÔNICO DE COMPRAS (PEC)

Art. 485. Fica instituído o Processo Eletrônico de Compras (PEC) no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 1º)

Art. 486. Para fins deste Capítulo, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 2º)

I - arquivo eletrônico: repositório de documentos e/ou de processos eletrônicos ou digitalizados; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 2º, I)

II - documento eletrônico: documento produzido sob a forma de arquivo eletrônico, inclusive aquele resultante de processo de digitalização; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 2º, II)

III - processo eletrônico: conjunto de documentos eletrônicos e atos processuais organicamente acumulados no curso de um processo de aquisição de bens e serviços no Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 2º, III)

IV - usuário interno: servidor público em exercício no Ministério da Saúde que tenha acesso, de forma autorizada, ao PEC; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 2º, IV)

V - usuário colaborador: prestador de serviço terceirizado ou qualquer outro colaborador do Ministério da Saúde que tenha acesso, de forma autorizada, ao PEC; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 2º, V)

VI - usuário externo: qualquer cidadão ou pessoa jurídica que tenha acesso, de forma autorizada, a informações produzidas no âmbito PEC e que não seja caracterizado como usuário interno ou colaborador; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 2º, VI)

VII - assinatura eletrônica: registro realizado eletronicamente por usuário identificado de modo inequívoco, mediante "login" e senha, com vistas a firmar determinado documento com sua assinatura; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 2º, VII)

VIII - tarefa: etapa do processo executada individualmente por um usuário interno; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 2º, VIII)

IX - área competente: área que detém atribuição regimental afeta ao assunto principal tratado em determinado documento; e (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 2º, IX)

X - perfil de acesso: possibilidade de permissão para visualização ou operacionalização do PEC. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 2º, X)

Art. 487. O PEC constitui-se em meio informatizado de operacionalização eletrônica para aquisição de insumos estratégicos para a saúde (IES) e de bens e serviços administrativos e de tecnologia da informação no Ministério da Saúde, por intermédio de procedimento licitatório ou contratação direta. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 3º)

§ 1º Cada processo criado no PEC será registrado no Sistema Integrado de Protocolo de Arquivo (SIPAR) pela área competente. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O PEC está disponível para usuários internos, colaboradores e externos, com os perfis de acesso definidos no art. 490. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O PEC engloba a fase interna do procedimento licitatório e da contratação direta, observadas as competências estabelecidas no Regimento Interno do Ministério da Saúde e sem prejuízo das etapas realizadas nos sistemas de informação sob gestão do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A realização de atos processuais nos sistemas de informação sob gestão do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão será informada no PEC. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 3º, § 4º)

§ 5º As notas de empenho relativas à contratação, o contrato assinado e os documentos referentes à garantia contratual serão incluídos no PEC por documento eletrônico resultante de processo de digitalização, sem prejuízo da formalização de processo físico para acompanhamento da execução contratual. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 3º, § 5º)

Art. 488. São diretrizes do PEC: (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 4º)

I - garantia da confiabilidade e integridade das informações relativas a documentos e processos realizados; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 4º, I)

II - transparência; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 4º, II)

III - facilidade e agilidade na obtenção de informações gerenciais e de caráter estratégico relativas a documentos e processos de aquisição de IES, bens e serviços administrativos e de tecnologia da informação; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 4º, III)

IV - celeridade no andamento processual e na movimentação de documentos no Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 4º, IV)

V - adoção de práticas de gestão alinhadas com os princípios da sustentabilidade e com a redução dos impactos ambientais decorrentes da atividade institucional. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 4º, V)

Art. 489. O PEC está disponível para usuários internos, colaboradores e externos, e contempla, entre outras, as seguintes funcionalidades: (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 5º)

I - assinatura eletrônica de documentos produzidos eletronicamente ou resultantes de digitalização; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 5º, I)

II - instrução e gestão de informações, documentos e processos; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 5º, II)

III - comunicações e demais atos processuais; e (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 5º, III)

IV - intercâmbio eletrônico de informações com as áreas competentes. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 5º, IV)

§ 1º As tarefas do PEC possuem numeração única cronológica e automática produzida pelo sistema. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 5º, § 1º)

§ 2º A inserção de documentos eletrônicos no PEC por usuário interno e colaborador implica assinatura eletrônica. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 5º, § 2º)

Art. 490. Os perfis de acesso ao PEC são os seguintes: (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 6º)

I - visualização parcial: visualização de parte dos processos ou de um processo específico; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 6º, I)

II - visualização plena: visualização de todos os processos constantes do PEC; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 6º, II)

III - operação do sistema: execução das tarefas que lhe sejam afetas; e (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 6º, III)

IV - órgão credenciador: credenciamento de usuários e definição de tarefas e funcionalidades necessárias ao sistema, a partir de solicitação do titular da área competente. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 6º, IV)

§ 1º Os usuários colaboradores e externos somente poderão ser credenciados com o perfil de visualização parcial. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 6º, § 1º)

§ 2º O perfil de órgão credenciador cabe ao Departamento de Logística em Saúde (DLOG/SE/MS) e à Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA/SE/MS), observadas as atribuições definidas no Regimento Interno do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 6º, § 2º)

§ 3º Os titulares das áreas competentes poderão propor ao órgão credenciador a alteração de tarefas e funcionalidades do sistema. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 6º, § 3º)

Art. 491. Para utilização do PEC é necessário credenciamento do usuário, mediante o cadastramento de conta de identificação única junto ao órgão credenciador, com a utilização de senha pessoal e intransferível e observados os perfis de acesso definidos no art. 490. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 7º)

§ 1º O credenciamento de usuário interno ou colaborador

dar-se-á a partir de solicitação do titular da área competente ao órgão credenciador, com a indicação das seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 7º, § 1º)

I - matrícula funcional; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 7º, § 1º, I)

II - número no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF); (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 7º, § 1º, II)

III - número no Registro Geral de Identificação (RG); e (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 7º, § 1º, III)

IV - indicação do perfil necessário. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 7º, § 1º, IV)

§ 2º O credenciamento de usuário externo dar-se-á a partir de provocação do próprio interessado, que deverá formalizar pedido por escrito dirigido ao DLOG/SE/MS ou à SAA/SE/MS, observadas as competências definidas no regimento interno do Ministério da Saúde, contendo as mesmas informações descritas no art. 491, § 1º . (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 7º, § 2º)

§ 3º A indicação do perfil de visualização plena deverá ser motivada. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 7º, § 3º)

§ 4º O credenciamento importará na aceitação das condições regulamentares que disciplinam o PEC, previstas neste Capítulo, responsabilizando-se o usuário pelo uso indevido da solução de tecnologia da informação. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 7º, § 4º)

Art. 492. O descredenciamento do usuário do PEC dar-se-á: (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 8º)

I - por solicitação expressa do usuário; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 8º, I)

II - em razão de uso indevido ou do descumprimento das condições regulamentares que disciplinam sua utilização; e (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 8º, II)

III - a critério da Administração, mediante ato motivado. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 8º, III)

Art. 493. As tarefas são realizadas no PEC mediante a inserção de um documento eletrônico ou pela utilização de funcionalidade do sistema. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 9º)

§ 1º As tarefas praticadas no PEC são consideradas realizadas no dia e hora registrados pelo sistema, conforme horário oficial de Brasília. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Cada documento eletrônico deve conter um único documento. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 9º, § 2º)

§ 3º O nome atribuído ao documento eletrônico deve ser coincidente com o seu conteúdo, com vistas a facilitar a compreensão do histórico do processo. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 9º, § 3º)

Art. 494. Os processos e os documentos eletrônicos do PEC, inclusive os resultantes de digitalização, serão produzidos, armazenados e assinados em meio eletrônico, em ambiente seguro e por meio de tecnologia que garanta a integridade, a autenticidade e a disponibilidade das informações. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 10)

§ 1º O PEC deve contemplar os procedimentos e os controles de segurança da informação previstos no Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 10, § 1º)

§ 2º Uma vez incluído no PEC, o documento eletrônico não poderá sofrer qualquer alteração, inclusive por parte do usuário responsável pela sua inclusão. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 10, § 2º)

Art. 495. Os documentos eletrônicos produzidos no PEC têm autoria, autenticidade e integridade asseguradas, nos termos da Lei, mediante utilização de: (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 11)

I - assinatura eletrônica; ou (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 11, I)

II - certificado digital. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 11, II)

§ 1º A assinatura eletrônica e o certificado digital são de uso pessoal e intransferível, sendo de responsabilidade do titular sua guarda e sigilo. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 11, § 1º)

§ 2º O uso de certificado digital será obrigatório para os responsáveis por atos que gerem efeitos externos ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 11, § 2º)

Art. 496. O uso inadequado do PEC fica sujeito à apuração de responsabilidade penal, civil e administrativa, na forma da legislação em vigor. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 12)

Art. 497. Os documentos serão tramitados no PEC exclusivamente em meio eletrônico, e atenderão os requisitos de autenticidade, integridade e validade jurídica. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 13)

§ 1º Documentos formalizados em meio físico serão digitalizados e anexados ao PEC pelo usuário responsável. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 13, § 1º)

§ 2º O documento em meio físico objeto de digitalização para inclusão no PEC será mantido pela área competente pelo prazo de retenção devido, de acordo com a legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 13, § 2º)

Art. 498. Os documentos anexados ao PEC são considerados originais para todos os efeitos legais a partir da conclusão da tarefa. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 14)

Parágrafo Único. A conversão de documentos em papel para o meio eletrônico observará os procedimentos e os controles de segurança da informação previstos na legislação pertinente. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 499. A autuação de processos eletrônicos dispensa a realização de procedimentos típicos de processo físico, tais como capeamento, inclusão de termo de abertura, numeração de folhas e aposição de etiqueta padronizada. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 15)

Art. 500. O tratamento arquivístico, inclusive a eliminação de documentos e processos eletrônicos, observará os procedimentos de gestão documental adotados no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 16)

§ 1º A gestão de documentos eletrônicos orienta-se pelos critérios da integridade e da disponibilidade das informações produzidas e custodiadas pelo Ministério da Saúde, respeitados os requisitos legais e os princípios de segurança da informação. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 16, § 1º)

§ 2º Ato específico definirá plano de preservação de documentos eletrônicos. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 16, § 2º)

§ 3º A eliminação de documentos e processos eletrônicos será realizada após a aprovação pelo Arquivo Nacional, conforme procedimento previsto na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 16, § 3º)

Art. 501. Compete ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS): (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 17)

I - implementar as tarefas e funcionalidades definidas pelos órgãos credenciadores; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 17, I)

II - prover a contínua atualização tecnológica necessária à implantação plena e efetiva do PEC; e (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 17, II)

III - garantir a guarda dos documentos eletrônicos por meio de contínuos "back up" do banco de dados e de infraestrutura de armazenamento ("storage"). (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 17, III)

Art. 502. Compete à Coordenação-Geral de Documentação e Informação da Subsecretaria de Assuntos Administrativos (CGDI/SAA/SE/MS) emitir orientações sobre os procedimentos de gestão documental no âmbito do PEC. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 18)

Art. 503. Os órgãos do Ministério da Saúde sediados fora da cidade de Brasília/DF disporão do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data de publicação da Portaria nº 2758/GM/MS, de 18 de novembro de 2013, para iniciar a utilização do PEC. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 19)

Art. 504. Ficam convalidados os atos praticados no PEC até a data de publicação da Portaria nº 2758/GM/MS, de 18 de novembro de 2013, desde que sua finalidade tenha sido alcançada. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 20)

CAPÍTULO XI

DO SISTEMA DE LEGISLAÇÃO DA SAÚDE (SAUDE LEGIS)

Art. 505. Fica instituído o Sistema de Legislação da Saúde (Saúde Legis), como sistema online para a gestão e a recuperação de texto completo dos atos normativos editados pelo Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas, publicados no Diário Oficial da União (DOU) e no Boletim de Serviço do Ministério da Saúde (BSE). (Origem: PRT MS/GM 460/2010, Art. 1º)

§ 1º O Saúde Legis tem por finalidade sistematizar a produção normativa do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas, garantindo a identificação, o registro e a disseminação dos atos normativos, promovendo o acesso gratuito desses atos ao público em geral por meio da internet. (Origem: PRT MS/GM 460/2010, Art. 1º, § 1º)

§ 2º O Saúde Legis permitirá a realização de pesquisa simultânea com a Base da Legislação Federal Brasileira, disponível no endereço eletrônico da Presidência da República. (Origem: PRT MS/GM 460/2010, Art. 1º, § 2º)

Art. 506. Caberá à Coordenação-Geral de Documentação e Informação (CGDI/SAA/SE) realizar a gestão do Saúde Legis e ao DATASUS o desenvolvimento e à manutenção do sistema, bem como seu aprimoramento tecnológico. (Origem: PRT MS/GM 460/2010, Art. 2º)

Art. 507. Caberá à Biblioteca do Ministério da Saúde incluir diariamente no Saúde Legis os atos normativos deste Ministério e de suas entidades vinculadas publicados no Diário Oficial da União e no Boletim de Serviço. (Origem: PRT MS/GM 460/2010, Art. 3º)

Art. 508. Os endereços eletrônicos dos órgãos do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas deverão ter link direto para o Saúde Legis. (Origem: PRT MS/GM 460/2010, Art. 4º)

TÍTULO VIII

DO CONTROLE E AVALIAÇÃO

CAPÍTULO I

DO TERMO DE AJUSTE SANITÁRIO (TAS)

Art. 509. O Termo de Ajuste Sanitário (TAS) tem por finalidade a correção de impropriedades decorrentes do descumprimento de obrigações previstas em normativas do Ministério da Saúde relativas à gestão do SUS, por meio de compromisso firmado pelos gestores do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 1º)

Parágrafo Único. O TAS poderá ser celebrado entre os gestores das três instâncias do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 510. O TAS será celebrado com base nas ações de auditoria ou fiscalização realizadas nas instâncias do SUS, pelos diversos órgãos de controle, quando constatadas impropriedades na gestão do sistema, desde que o relatório final destas ações ofereça os pressupostos necessários à instrução do processo. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 768/2011)

§ 1º O auditado tem o prazo de até 15 (quinze) dias, a contar do recebimento do relatório final de auditoria ou fiscalização, para propor a celebração do TAS junto ao órgão competente do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA). (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 2º, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 768/2011)

§ 2º O componente do SNA encaminhará a proposta para apreciação do respectivo gestor do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 2º, § 2º)

§ 3º O órgão competente do SNA sobrestará o processo de auditoria quando for celebrado o TAS, apenas nas constatações em incidir sua aplicação. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 2º, § 3º)

§ 4º Caso o gestor do SUS, responsável pela correção da impropriedade, não apresente expresso interesse em celebrar o TAS ou não se manifeste no prazo estabelecido no art. 510, § 1º deve o órgão competente do SNA registrar essa informação. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 2º, § 4º)

Art. 511. Não cabe celebração do TAS: (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 3º)

I - no caso de convênio, acordo, ajuste ou outros instrumentos congêneres; (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 3º, I)

II - quando houver infração à norma legal; e (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 3º, II)

III - quando a impropriedade resultar em ocorrência de desfalque ou desvio de dinheiro, bens ou valores públicos. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 3º, III)

Art. 512. Para os fins deste Capítulo são consideradas impropriedades na gestão do SUS: (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 4º)

I - o descumprimento de normativas do Ministério da Saúde relativas à gestão do SUS, identificado e comprovado pelo órgão que realizou a auditoria ou fiscalização; e (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 4º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 768/2011)

II - falhas de natureza formal de que não resulte dano ao erário. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 4º, II)

Art. 513. O gestor compromitente, ao celebrar o TAS, obriga-se a: (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 5º)

I - cessar a prática do ato causador da impropriedade; (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 5º, I)

II - elaborar plano de trabalho conforme o previsto no art. 515, I; (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 5º, II)

III - corrigir a impropriedade por meio das ações detalhadas no plano de trabalho; e (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 5º, III)

IV - depositar o valor apurado, com recurso próprio ou do tesouro, no respectivo Fundo de Saúde, no decorrer da execução do Plano de Trabalho. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 5º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 768/2011)

§ 1º A celebração do TAS e a comprovação do cumprimento dos incisos I, II, III e IV deste artigo implicarão o arquivamento do processo de auditoria. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O não-cumprimento do disposto neste artigo no prazo determinado ensejará a continuidade do processo de auditoria. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 5º, § 2º)

Art. 514. O TAS conterá, no mínimo, as seguintes cláusulas: (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 6º)

I - das obrigações do gestor compromitente em: (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 6º, I)

a) adotar as medidas estabelecidas nos incisos I, II, III e IV do art. 513; (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 6º, I, a)

b) executar o plano de trabalho previsto no art. 513, II; (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 6º, I, b)

c) aderir ao Pacto pela Saúde com assinatura do Termo de Compromisso de Gestão; (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 6º, I, c)

II - o dever do gestor compromissário de arquivamento da auditoria quando sanada a impropriedade; (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 6º, II)

III - explicitação das medidas a serem aplicadas no caso de descumprimento total ou parcial do TAS; e (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 6º, III)

IV - período de vigência do TAS. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 6º, IV)

Art. 515. O plano de trabalho deverá conter, no mínimo, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 7º)

I - as ações a serem realizadas e o respectivo prazo; (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 7º, I)

II - as metas a serem alcançadas; e (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 7º, II)

III - a indicação das fontes de recursos para execução do plano, quando couber. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 7º, III)

§ 1º O plano de trabalho deverá ser apresentado juntamente com a proposição de celebração do TAS. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 7º, § 1º)

§ 2º A direção do componente do SNA, ao aprovar o conteúdo do plano de trabalho deve observar o prazo prescricional para aplicação de eventuais penalidades de natureza civil, penal e administrativa. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 7º, § 2º)

Art. 516. Durante a vigência do TAS, suspendem-se as medidas de bloqueio ou devolução de recursos previstas em normativas do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 8º)

Art. 517. O TAS, após ser celebrado, será encaminhado pelo gestor do SUS compromissário ao Conselho de Saúde do gestor do SUS compromitente, para ciência e acompanhamento da sua execução. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 9º) (com redação dada pela PRT MS/GM 768/2011)

§ 1º O TAS será encaminhado também à (CIT) e CIB, para conhecimento de sua celebração. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 9º, § 1º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 768/2011)

§ 2º Quando a impropriedade constatada envolver obrigação junto à União, o gestor federal do SUS deverá ser parte compromissária do TAS. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 9º, § 2º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 768/2011)

Art. 518. O TAS poderá ser prorrogado, observado o prazo prescricional, quando houver a apresentação formal de justificativa do gestor do SUS compromitente e a concordância do gestor do SUS compromissário, devendo ser comunicado pelo segundo ao respectivo Conselho de Saúde, à CIB e à CIT. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 10)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300029

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 519. A comprovação do cumprimento das obrigações contidas no TAS será levada pelo gestor do SUS compromissário ao conhecimento da CIT e da CIB, ao respectivo Conselho de Saúde e ao Tribunal de Contas a que estiver jurisdicionado o órgão compromissário. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 11)

Art. 520. A publicação resumida do TAS e de seus aditamentos na imprensa oficial constitui condição indispensável para sua eficácia, devendo ser providenciada pelo gestor do SUS compromissário até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, observada a legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 12) (com redação dada pela PRT MS/GM 768/2011)

Art. 521. As informações acerca da celebração e execução do TAS devem constar do relatório de gestão do gestor do SUS compromitente. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 13)

Art. 522. É da competência do respectivo componente do SNA o acompanhamento da execução e verificação do cumprimento das obrigações contidas no TAS. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 14)

Art. 523. Aplica-se o disposto neste Capítulo aos processos administrativos que versem sobre descumprimento de normativas do SUS relativas à gestão que não tenham resultado em dano ao erário, identificados e comprovados pelo órgão que realizou a ação de auditoria ou fiscalização, que se encontrem no Fundo Nacional de Saúde (FNS) ou no Fundo Estadual de Saúde (FES), salvo naqueles casos em que tenha sido concluída a Tomada de Contas Especial. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 15) (com redação dada pela PRT MS/GM 768/2011)

§ 1º Para o cumprimento deste artigo, os gestores do SUS, estaduais, municipais e do Distrito Federal, terão o prazo de até 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da notificação oficial pelo Diretor-Executivo do FNS, ou pela autoridade competente do FES sobre a existência de processo administrativo, para manifestação junto ao respectivo Fundo de Saúde sobre o interesse na celebração do TAS (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 15, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 768/2011)

§ 2º Após o recebimento da manifestação estabelecida no art. 523, § 1º o processo será encaminhado pelo FNS à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) ou pelo FES à Secretaria Estadual de Saúde (SES), para apreciação. (Origem: PRT MS/GM 2046/2009, Art. 15, § 2º)

TÍTULO IX

DA PROGRAMAÇÃO VISUAL PADRONIZADA DAS UNIDADES DE SAÚDE DO SUS

Art. 524. Fica instituída a programação visual padronizada das Unidades de Saúde do SUS, em suas áreas externas e internas, de acordo com as marcas nacionais do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2838/2011, Art. 1º)

Parágrafo Único. A programação visual a que se refere o caput deverá incorporar, de forma complementar, a marca geral do governo de cada ente copartícipe da instalação e custeio da Unidade de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2838/2011, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 525. As marcas nacionais, componente indissociável que caracteriza cada Unidade de Saúde pelos serviços que oferece, devem ser aplicadas conforme estabelecido neste Título como condição indispensável para a habilitação das unidades e devem ser consideradas nos sistemas de controle e monitoramento de seus serviços.(Origem: PRT MS/GM 2838/2011, Art. 2º)

Art. 526. Para cumprimento do disposto neste Título, deverá ser observado o conteúdo exposto no "Guia de Sinalização das Unidades e Serviços do SUS", que se encontra disponível no endereço eletrônico http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/guia-de-sinalizacao. (Origem: PRT MS/GM 2838/2011, Art. 4º)

TÍTULO X

DAS DATAS COMEMORATIVAS E DOS PRÊMIOS DA SAÚDE

CAPÍTULO I

DAS DATAS COMEMORATIVAS DA SAÚDE

Art. 527. Ficam instituídas as seguintes datas comemorativas:

I - a "Semana Nacional de Mobilização e Luta contra a Tuberculose", na semana de 24 de março. (Origem: PRT MS/GM 2181/2001, Art. 1º)

II - a "Semana da Saúde no Brasil", de 2 a 7 de abril. (Origem: PRT MS/GM 535/2005, Art. 1º)

III - o "Dia Nacional de Controle da Infecção Hospitalar", em 15 de maio, no qual, anualmente, serão apresentados indicadores que evidenciem a redução nos índices de infecção hospitalar e, sobretudo, destacadas as unidades hospitalares que tenham alcançado padrões ideais de resultados. (Origem: PRT MS/GM 666/1990, Art. 2º)

IV - a "Semana Mundial da Amamentação no Brasil (SMAM)", de 1º a 7 de agosto; (Origem: PRT MS/GM 2394/2009, Art. 1º)

V - o "Dia Nacional de Conscientização e Divulgação da Fibrose Cística", em 5 de setembro. (Origem: PRT MS/GM 1411/2001, Art. 1º)

VI - o "Dia Nacional de Doação do Leite Humano", em 1º de outubro. (Origem: PRT MS/GM 1893/2003, Art. 1º)

VII - o "Dia Nacional de Combate a Obesidade", em 11 de outubro, como o dia símbolo de luta contra a doença. (Origem: PRT MS/GM 144/1999, Art. 1º)

VIII - o "Dia Nacional de Luta do Paciente Reumático", em 30 de outubro. (Origem: PRT MS/GM 1245/1997, Art. 2º)

IX - o "Dia Nacional de Prevenção e Combate à Surdez", em 10 de novembro, símbolo de luta cujo propósito principal é educar, conscientizar e prevenir a população brasileira para os problemas advindos da surdez. (Origem: PRT MS/GM 1661/1997, Art. 1º)

X - o "Dia Nacional do Diabetes", em 14 de novembro, como o dia símbolo de luta contra a doença. (Origem: PRT MS/GM 391/1997, Art. 2º)

XI - o "Dia Nacional de Mobilização contra a Dengue", no último sábado do mês de novembro. (Origem: PRT MS/GM 1934/2003, Art. 1º)

§ 1º A "Semana Nacional de Mobilização e Luta contra a Tuberculose" tem por objetivo:

I - concentrar esforços na divulgação da doença, sua prevenção, diagnóstico e tratamento; (Origem: PRT MS/GM 2181/2001, Art. 1º, I)

II - mobilizar os gestores e órgãos do SUS para que, em articulação com outros segmentos dos setores público e privado, veículos de comunicação social, organizações não governamentais, grupos e movimentos da sociedade civil organizada sejam desenvolvidas atividades intensivas acerca da doença; (Origem: PRT MS/GM 2181/2001, Art. 1º, II)

III - sensibilizar a sociedade promovendo o seu engajamento permanente nas ações de mobilização e articulação com vistas à difusão de informações sobre a doença e a superação do estigma a ela relacionado; (Origem: PRT MS/GM 2181/2001, Art. 1º, III)

IV - desenvolver, junto às escolas, programas específicos de prevenção e controle da doença; (Origem: PRT MS/GM 2181/2001, Art. 1º, IV)

V - sensibilizar os profissionais de saúde para a difusão de informações sobre a tuberculose em suas respectivas práticas; (Origem: PRT MS/GM 2181/2001, Art. 1º, V)

VI - realizar eventos técnico-científicos para os profissionais de saúde relacionados à tuberculose, bem como acerca da situação da doença e do desenvolvimento das ações voltadas ao seu controle em todo o País. (Origem: PRT MS/GM 2181/2001, Art. 1º, VI)

§ 2º A semana de que trata o art. 527, I será aquela que inclua o dia 24 de março, com as atividades específicas desenvolvidas a partir de segunda-feira. (Origem: PRT MS/GM 2181/2001, Art. 2º)

§ 3º As comemorações da SMAM serão anuais e acompanharão o calendário internacional, de 1º a 7 de agosto. (Origem: PRT MS/GM 2394/2009, Art. 1º, Parágrafo Único)

§ 4º A SMAM será coordenada, em âmbito nacional, pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS), em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria. (Origem: PRT MS/GM 2394/2009, Art. 2º)

§ 5º Estabelecer que o Ministério da Saúde incentivará as organizações governamentais e não governamentais a promoverem, na data de que trata o art. 527, V, ações de informações, campanhas educativas e eventos técnicos sobre a fibrose cística. (Origem: PRT MS/GM 1411/2001, Art. 2º)

§ 6º As ações objeto do artigo consistirão de divulgação de informações sobre a importância da detecção e do tratamento precoce da fibrose cística. (Origem: PRT MS/GM 1411/2001, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 528. Fica proclamada a adesão do Brasil à celebração do:

I - o "Dia Mundial da Saúde Mental", em 10 de outubro. (Origem: PRT MS/GM 1720/1994, Art. 1º)

CAPÍTULO II

DOS PRÊMIOS DA SAÚDE

Seção I

Do Prêmio de Qualidade Hospitalar

Art. 529. Fica instituído, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o "Prêmio de Qualidade Hospitalar". (Origem: PRT MS/GM 935/2002, Art. 1º)

§ 1º O Prêmio tem por objetivo tornar público o reconhecimento do Ministério da Saúde àquelas instituições hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde que tenham se destacado pela qualidade da assistência prestada aos pacientes, segundo a avaliação de seus próprios usuários, apurada por meio de Pesquisa de Satisfação dos Usuários, pelo Sistema de Cartas aos Usuários do SUS e pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), programas conduzidos pela Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 935/2002, Art. 1º, § 1º)

§ 2º O Prêmio consiste na outorga, pelo Ministério da Saúde às instituições selecionadas, do Diploma - Prêmio de Qualidade Hospitalar, aos hospitais que tenham se destacado pela qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 935/2002, Art. 1º, § 2º)

§ 3º O Prêmio será concedido uma vez por ano, sendo relativo à opinião dos usuários coletada no ano imediatamente anterior. (Origem: PRT MS/GM 935/2002, Art. 1º, § 3º)

Art. 530. Ficam estabelecidas as seguintes categorias para o Prêmio de Qualidade Hospitalar: (Origem: PRT MS/GM 935/2002, Art. 2º)

I - Nacional - será concedido às 10 (dez) instituições hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde que, dentre todas as existentes no País, tenham obtido as melhores avaliações de qualidade assistencial por parte de seus usuários, e também o Prêmio Destaque da Qualidade ao hospital que tiver a melhor avaliação no País, e (Origem: PRT MS/GM 935/2002, Art. 2º, a)

II - Estadual - será concedido às 03 (três) instituições hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde que, dentre todas as existentes em seu respectivo estado, tenham obtido a melhor avaliação de qualidade assistencial por seus usuários. (Origem: PRT MS/GM 935/2002, Art. 2º, b)

Parágrafo Único. A instituição hospitalar premiada na Categoria Nacional não participará do Concurso na Categoria Estadual. (Origem: PRT MS/GM 935/2002, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 531. Fica aprovado, na forma do Anexo XXXIII o Regulamento do Prêmio de Qualidade Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 935/2002, Art. 3º)

Parágrafo Único. O Regulamento de que trata o caput deste Artigo estabelece os critérios de avaliação/concessão do Prêmio, tendo em vista o grau de satisfação de seus usuários medida pela Pesquisa de Satisfação dos Usuários, pelo Sistema de Cartas aos Usuários do SUS e pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH). (Origem: PRT MS/GM 935/2002, Art. 3º, Parágrafo Único)

Seção II

Do Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS

Art. 532. Fica instituído o "Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS" com os objetivos de: (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 1º)

I - promover as pesquisas científico-tecnológicas que atendam às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 1º, I)

II - reconhecer e premiar os méritos dos pesquisadores responsáveis pela condução de pesquisas básicas e aplicadas com elevado potencial de utilização pelo SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 1º, II)

III - divulgar nacional e internacionalmente os resultados dos trabalhos premiados e selecionados. (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 1º, III)

Art. 533. O Prêmio de Incentivo em Ciência, Tecnologia e Inovação para o SUS contemplará as seguintes categorias: (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 2º)

I - tese de doutorado; (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 2º, I)

II - dissertação de mestrado; (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 2º, II)

III - trabalho publicado em revista indexada; (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 2º, III)

IV - experiências exitosas do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS); e (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 2º, IV)

V - produtos e inovação em saúde. (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 2º, V)

§ 1º Será concedida premiação: (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 2º, § 1º)

I - aos primeiros colocados das categorias de que trata os incisos I, II, III e V do caput; e (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 2º, § 1º, I)

II - ao primeiro, segundo e terceiro colocados da categoria de que trata o inciso IV do caput. (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 2º, § 1º, II)

§ 2º Serão conferidas menções honrosas para até 3 (três) trabalhos que mais se destacarem nas categorias de que trata os incisos I, II, III e V. (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Serão conferidas menções honrosas às respectivas Fundações de Amparo à Pesquisa (FAP) e Secretarias Estaduais de Saúde (SES) vinculadas às pesquisas premiadas na categoria de que trata o inciso IV. (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 2º, § 3º)

§ 4º O regulamento do Prêmio de Incentivo em Ciência, Tecnologia e Inovação para o SUS será publicado anualmente. (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 2º, § 4º)

Art. 534. Fica criada a Comissão Julgadora do Prêmio de Incentivo em Ciência, Tecnologia e Inovação para o SUS, composta por um representante dos seguintes órgãos do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º)

I - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégico (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, I)

II - Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, II)

III - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, III)

IV - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, IV)

V - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, V)

VI - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); e (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, VI)

VII - Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS). (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, VII)

§ 1º As entidades a seguir enumeradas poderão ser convidadas a participar da Comissão de que trata o caput: (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º)

I - Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, I)

a) Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq/MCTIC); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, I, a)

b) Financiadora de Estudo e Projeto (FINEP/MCTIC); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, I, b)

II - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, II)

III - Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, III)

IV - Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia (CICT/CNS); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, IV)

V - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, V)

VI - Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, VI)

VII - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/MEC); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, VII)

VIII - Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, VIII)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300030

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

IX - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, IX)

X - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, X)

XI - Academia Brasileira de Ciência (ABC); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, XI)

XII - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, XII)

XIII - Federação de Sociedades de Biologia Experimental (FeSBE); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, XIII)

XIV - Conselho Nacional das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa (CONFAP); e (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, XIV)

XV - Banco Nacional do Desenvolvimento (BNDES). (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, XV)

§ 2º A Comissão Julgadora será coordenada pelo dirigente máximo da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos que estiver em exercício durante as atividades ou por aquele que for indicado por aquela autoridade, desde que subordinado hierarquicamente àquela Secretaria. (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 2º)

Seção III

Do Prêmio Nacional Professor Fernando Figueira

Art. 535. Fica instituído o "Prêmio Nacional Professor Fernando Figueira", destinado ao reconhecimento dos estabelecimentos hospitalares de saúde integrantes da rede SUS, com destaque ao atendimento pediátrico. (Origem: PRT MS/GM 728/2003, Art. 1º)

Art. 536. Fica instituída comissão para elaborar o regulamento e a seleção dos estabelecimentos de saúde concorrentes ao prêmio, constituída pelos seguintes representantes: (Origem: PRT MS/GM 728/2003, Art. 2º)

I - 2 (dois) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 728/2003, Art. 2º, I)

II - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 728/2003, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP); (Origem: PRT MS/GM 728/2003, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); (Origem: PRT MS/GM 728/2003, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). (Origem: PRT MS/GM 728/2003, Art. 2º, V)

Seção IV

Do Prêmio Cecília Donnangelo

Art. 537. Fica instituído o "Prêmio Cecília Donnangelo" para laurear, em âmbito nacional, trabalhos de pesquisa e de gestão na área de recursos humanos em saúde. (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 1º)

Art. 538. O Prêmio Cecília Donnangelo será concedido anualmente, com o seguinte objetivo: (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 2º)

I - incentivar a Pesquisa Nacional sobre Recursos Humanos em Saúde, em suas diversas áreas de conhecimento, visando à consolidação de políticas apropriadas de recursos humanos para o SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 2º, I)

II - incentivar práticas de excelência de gestão do trabalho e educação na saúde, no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 2º, II)

Art. 539. Serão promovidas duas modalidades de premiação: (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 3º)

I - uma voltada para o universo de pesquisadores nacionais que produza conhecimento original sobre o objeto recursos humanos em saúde no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 3º, I)

II - outra voltada para o universo de gestão do SUS, onde serão destacadas experiências e práticas de gestão do trabalho e da educação na saúde. (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 3º, II)

Parágrafo Único. Em cada modalidade serão premiados três trabalhos, observando-se a seguinte ordem de classificação: primeiro, segundo e terceiro lugares. (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 540. A comissão de regulamentação, organização, seleção e premiação do Prêmio Cecília Donnangelo terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 4º)

I - um representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/SGTES/MS, que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 4º, I)

II - um representante da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil (OPAS); (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 4º, II)

III - um representante da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 4º, III)

IV - um representante da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 4º, IV)

V - um representante do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 4º, V)

Parágrafo Único. O representante da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde será designado por suas respectivas Estações de Trabalho. (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 4º, Parágrafo Único)

Seção V

Do Prêmio Nacional Bibi Vogel

Art. 541. Fica instituído o "Prêmio Nacional Bibi Vogel" destinado ao reconhecimento de ações inovadoras na proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 1º)

Art. 542. Fica instituída comissão com o objetivo de elaborar o regulamento e a seleção dos concorrentes ao prêmio. (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 2º)

Parágrafo Único. A Comissão será composta por representantes: (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - da Secretaria de Atenção à Saúde - MS, que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - do Grupo Amigas do Peito; (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

III - da Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN); (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, III)

IV - da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano; (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, IV)

V - da Associação Brasileira de Profissionais de Bancos de Leite Humano e Aleitamento Materno; (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, V)

VI - da Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno (WABA); (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, VI)

VII - da Sociedade Brasileira de Pediatria; (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, VII)

VIII - da Federação Brasileira das Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, VIII)

IX - do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, IX)

X - do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, X)

Seção VI

Do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS

Art. 543. Fica instituído o "Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS", por meio do reconhecimento, da premiação e da divulgação de trabalhos que relatem e analisem experiências bem-sucedidas de gestão participativa em serviços, organizações ou sistemas de saúde, e de trabalhos acadêmicos sobre a gestão participativa no Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 1º)

Art. 544. Fica aprovado, na forma dos Anexos XXXVI e XXXVII , o regulamento do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS disponibilizado nos endereços eletrônicos www.saude.gov.br e no www.conasems.org.br. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 2º)

Art. 545. Fica instituído o Comitê Executivo do Prêmio Sérgio Arouca, que terá como atribuições: (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 3º)

I - promover a divulgação do prêmio; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 3º, I)

II - coordenar o processo de inscrição; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 3º, II)

III - definir a Comissão de Avaliação; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 3º, III)

IV - reunir membros da Comissão de Avaliação para o estabelecimento dos critérios de avaliação para cada categorias do prêmio; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 3º, IV)

V - organizar e realizar a distribuição dos trabalhos para os avaliadores membros da Comissão de Avaliação; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 3º, V)

VI - acompanhar o processo de avaliação; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 3º, VI)

VII - coordenar a consolidação das avaliações, identificado os quinze finalistas de cada categorias e enviado à Comissão de Avaliação eventuais empates; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 3º, VII)

VIII - identificar os cinco trabalhos que serão premiados dentre quinze selecionados pela melhor pontuação, para cada categoria; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 3º, VIII)

IX - divulgar os resultados; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 3º, IX)

X - programar e realizar o evento de premiação; e (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 3º, X)

XI - decidir sobre os recursos. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 3º, XI)

Art. 546. O Comitê Executivo do Prêmio Sérgio Arouca contará com equipe de apoio técnico administrativo e terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 4º)

I - três representantes da Secretaria de Gestão Participativa - SGP, que o coordenará ; e (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 4º, I)

II - dois representantes do CONASEMS; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 4º, II)

Seção VII

Do Prêmio Destaque na Promoção da Doação de Órgãos e Tecidos no Brasil

Art. 547. Fica instituído o Prêmio Anual denominado "Destaque na Promoção da Doação de Órgãos e Tecidos no Brasil". (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º)

§ 1º A premiação será durante a semana do dia 27 de setembro, data em que se comemora o Dia Nacional da Doação de Órgãos e Tecidos, em local a ser definido a cada premiação. (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º, § 1º)

§ 2º O Prêmio será uma miniatura da escultura criada para homenagear pessoas físicas ou jurídicas, instituições públicas ou privadas, associações de pacientes, organizações não-governamentais, entre outras, que se destaquem na promoção da doação e captação de órgãos e/ou de tecidos para transplante, e será entregue para o primeiro e o segundo lugares entre os selecionados. (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º, § 2º)

§ 3º A Comissão de Avaliação dos Candidatos ao Prêmio, a qual fará a seleção dos candidatos indicados para receberem a homenagem, será formada pelos seguintes integrantes: (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º, § 3º)

I - Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º, § 3º, I) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2132/2006)

II - Diretor do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde (DAET/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º, § 3º, II) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2132/2006)

III - Coordenador-Geral do Sistema Nacional de Transplantes, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde/MS; (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º, § 3º, III) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2132/2006)

IV - Assessor de Comunicação Social do Ministério da Saúde (ASCOM); (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º, § 3º, IV) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2132/2006)

V - Homenageado, pessoa física, do ano imediatamente anterior; (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º, § 3º, V) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2132/2006)

VI - Homenageado, pessoa jurídica, do ano imediatamente anterior; (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º, § 3º, VI) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2132/2006)

VII - Representante da Associação Brasileira das Emissoras de Rádio e Televisão; e (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º, § 3º, VII) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2132/2006)

VIII - Representante da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º, § 3º, VIII) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2132/2006)

§ 4º Os candidatos à premiação serão selecionados pelas CNCDO de cada estado da Federação e do Distrito Federal, que deverão informar à CGSNT a relação dos selecionados. (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º, § 4º)

Art. 548. A Secretaria de Atenção à Saúde promoverá a regulamentação desta Seção e adotará as providências necessárias ao cumprimento do que nela está disposto. (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 2º)

Art. 549. Estabelecer que o Prêmio Anual "Destaque na Promoção da Doação de Órgãos", instituído pela Seção VII do Capítulo II do Título X, consistirá na entrega de um troféu simbolizando a solidariedade entre as pessoas. (Origem: PRT MS/GM 2132/2006, Art. 1º)

Art. 550. Definir que o Prêmio homenageará, anualmente, uma pessoa física e uma jurídica - instituição pública ou privada, que tenham apresentado destaque em âmbito nacional ou internacional na promoção da doação de órgãos e tecidos para fins de transplantes, por meio de atividades educativas, esclarecimento público, campanhas, apoio e outras atitudes e ações consideradas relevantes. (Origem: PRT MS/GM 2132/2006, Art. 2º)

Art. 551. Determinar que as indicações dos candidatos à homenagem deverão ser efetuadas pelas Centrais de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) de cada estado da Federação e do Distrito Federal, encaminhando, até o dia 10 de setembro de cada ano, a relação dos indicados à Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSNT/DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 2132/2006, Art. 3º)

Parágrafo Único. As indicações deverão ser encaminhadas à CGSNT, por meio do formulário, com a identificação do candidato à homenagem e a justificativa dessa indicação, contendo um breve relato das iniciativas consideradas relevantes. (Origem: PRT MS/GM 2132/2006, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 552. Estabelecer que não poderão ser indicados para a homenagem os servidores e demais integrantes dos quadros das Centrais Estaduais de Transplantes e da Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT/DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 2132/2006, Art. 5º)

Seção VIII

Do Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos 'Lenita Wannmacher'

Art. 553. Fica instituído o "Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos Lenita Wannmacher", cujo objetivo é incentivar a produção técnico-científica voltada à promoção do uso racional de medicamentos com aplicação no Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2072/2012)

Art. 554. O Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos 'Lenita Wannmacher' tem por finalidade: (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 2º)

I - premiar e reconhecer o mérito do trabalho de profissionais nos serviços de saúde e entidades/instituições com impacto na promoção do uso racional de medicamentos no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 2º, I)

II - premiar e reconhecer o mérito científico de pesquisadores e profissionais com trabalhos voltados à promoção do uso racional de medicamentos com aplicabilidade no SUS e serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 2º, II)

III - divulgar os trabalhos premiados e os conferidos com menções honrosas no intuito de incentivar sua incorporação pelo SUS e serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 2º, III)

Art. 555. O Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos 'Lenita Wannmacher' será pago em dinheiro, conforme regulamento versado em edital publicado anualmente pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2072/2012)

§ 1º O edital estabelecerá as categorias a serem contempladas, os critérios para julgamento dos trabalhos inscritos e o valor de cada premiação, em consonância com os objetivos do Prêmio de que trata esta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 3º, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2072/2012)

§ 2º A premiação será concedida ao primeiro colocado de cada categoria. (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 3º, § 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2072/2012)

§ 3º A critério da Comissão Julgadora, poderá ser concedida menção honrosa a outros trabalhos, além do primeiro colocado de cada categoria. (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 3º, § 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2072/2012)

§ 4º O Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos 'Lenita Wannmacher' será coordenado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS). (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 3º, § 4º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2072/2012)

Art. 556. A Comissão Julgadora do Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos 'Lenita Wannmacher' será constituída por membros indicados pela SCTIE/MS dentre servidores do Ministério da Saúde e das entidades a ele vinculadas. (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 4º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2072/2012)

§ 1º Os membros da Comissão Julgadora e o respectivo responsável pela coordenação dos trabalhos serão indicados a partir de sugestões apresentadas pela Coordenação Colegiada do Comitê Nacional para Promoção do Uso racional de Medicamentos e designados no edital de abertura do Prêmio de que trata esta Seção.(Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 4º, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2072/2012)

§ 2º Caberá à Comissão Julgadora: (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 4º, § 2º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2072/2012)

I - analisar e emitir parecer sobre os trabalhos inscritos; (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 4º, § 2º, I)

II - definir os vencedores, conforme os critérios estabelecidos no edital; e (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 4º, § 2º, II)

III - participar da cerimônia de premiação. (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 4º, § 2º, III)

§ 3º A coordenação da Comissão Julgadora poderá convidar representantes de unidades do Ministério da Saúde e de outros órgãos e entidades, públicas e privadas, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento de suas atribuições. (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 4º, § 3º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2072/2012)

§ 4º A participação na Comissão Julgadora será considerada atividade de relevante interesse público e não será remunerada. (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 4º, § 4º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2072/2012)

Seção IX

Do Prêmio Ministro Wilson Fadul

Art. 557. Fica instituído o "Prêmio Ministro Wilson Fadul" de reconhecimento à contribuição de entidades e pessoas que se destacaram na proteção à saúde e à economia brasileiras. (Origem: PRT MS/GM 333/2016, Art. 1º)

Art. 558. O Prêmio Ministro Wilson Fadul se constituirá de uma placa gravada com o símbolo de três mãos sobrepostas sobre o mapa do Brasil, representando a proteção das ideias em parcerias nacionais e a diversidade brasileira (Origem: PRT MS/GM 333/2016, Art. 2º)

Art. 559. A premiação será concedida anualmente por ocasião da primeira reunião ordinária anual do Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (GECIS) do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 333/2016, Art. 3º)

Parágrafo Único. A escolha do homenageado para receber o prêmio caberá aos membros do GECIS, por votação simples, a cada última reunião ordinária anual. (Origem: PRT MS/GM 333/2016, Art. 3º, § 1º)

TÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 560. Ficam revogadas, por consolidação, as seguintes normas:

I - Portaria nº 1820/GM/MS, de 13 de agosto de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de agosto de 2009, p. 80;

II - Portaria nº 82/GM/MS, de 13 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de janeiro de 2014, p. 40;

III - Portaria nº 841/GM/MS, de 2 de maio de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de maio de 2012, p. 29;

IV - Portaria nº 2952/GM/MS, de 14 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de dezembro de 2011, p. 82;

V - Portaria nº 372/GM/MS, de 10 de março de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de março de 2005, p. 59;

VI - Portaria nº 2365/GM/MS, de 18 de outubro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de outubro de 2012, p. 35;

VII - Portaria nº 1418/GM/MS, de 24 de julho de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de julho de 2003, p. 35;

VIII - Portaria nº 1683/GM/MS, de 28 de agosto de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 1 de setembro de 2003, p. 60;

IX - Portaria nº 2009/GM/MS, de 13 de setembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de setembro de 2012, p. 65;

X - arts. 1º, 3º e 4º da Portaria nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de abril de 2006, p. 49;

XI - Portaria nº 1580/GM/MS, de 19 de julho de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de julho de 2012, p. 48;

XII - Portaria nº 161/GM/MS, de 21 de janeiro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de janeiro de 2010, p. 121;

XIII - Portaria nº 665/GM/MS, de 29 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de março de 2006, p. 109;

XIV - Portaria nº 406/GM/MS, de 8 de março de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de março de 2012, p. 60;

XV - Portaria nº 3346/GM/MS, de 27 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2013, p. 52;

XVI - Portaria nº 2053/GM/MS, de 30 de agosto de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de agosto de 2011, p. 74;

XVII - Portaria nº 2575/GM/MS, de 13 de novembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de novembro de 2012, p. 84;

XVIII - Portaria nº 2135/GM/MS, de 25 de setembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de setembro de 2013, p. 60;

XIX - Portaria nº 1631/GM/MS, de 1 de outubro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de outubro de 2015, p. 38;

XX - Portaria nº 3147/GM/MS, de 17 de dezembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de dezembro de 2009, p. 86;

XXI - Portaria nº 1193/GM/MS, de 16 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de junho de 2004, p. 65;

XXII - Portaria nº 2416/GM/MS, de 7 de novembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de novembro de 2014, p. 56;

XXIII - Portaria nº 1570/GM/MS, de 29 de setembro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de setembro de 2015, p. 64;

XXIV - Portaria nº 2567/GM/MS, de 25 de novembro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de novembro de 2016, p. 107;

XXV - Portaria nº 834/GM/MS, de 26 de abril de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de abril de 2016, p. 33;

XXVI - Portaria nº 2073/GM/MS, de 31 de agosto de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 1 de setembro de 2011, p. 63;

XXVII - Portaria nº 344/GM/MS, de 1 de fevereiro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de fevereiro de 2017, p. 62;

XXVIII - Portaria nº 2072/GM/MS, de 31 de agosto de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de setembro de 2011, p. 93;

XXIX - Portaria nº 940/GM/MS, de 28 de abril de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de maio de 2011, p. 58;

XXX - arts. 8º a 10 da Portaria nº 1127/GM/MS, de 30 de maio de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de maio de 2012, p. 102;

XXXI - Portaria nº 3462/GM/MS, de 11 de novembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de novembro de 2010, p. 50;

XXXII - Portaria nº 2148/GM/MS, de 28 de agosto de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de setembro de 2017, p. 43;

XXXIII - Portaria nº 1412/GM/MS, de 10 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de julho de 2013, p. 294;

XXXIV - Portaria nº 2246/GM/MS, de 18 de outubro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de outubro de 2004, p. 28;

XXXV - Portaria nº 779/GM/MS, de 20 de abril de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de abril de 2016, p. 79;

XXXVI - Portaria nº 321/GM/MS, de 8 de fevereiro de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de fevereiro de 2007, p. 42;

XXXVII - Portaria nº 2255/GM/MS, de 23 de novembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de novembro de 2005, p. 65;

XXXVIII - Portaria nº 1541/GM/MS, de 27 de junho de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de junho de 2007, p. 51;

XXXIX - Portaria nº 637/GM/MS, de 21 de março de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de março de 2007, p. 60;

XL - Portaria nº 1171/GM/MS, de 19 de maio de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de maio de 2011, p. 65;

XLI - Portaria nº 3394/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2013, p. 57;

XLII - Portaria nº 1646/GM/MS, de 2 de outubro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de outubro de 2015, p. 669;

XLIII - Portaria nº 2022/GM/MS, de 7 de agosto de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de agosto de 2017, p. 42;

XLIV - Portaria nº 1321/GM/MS, de 22 de julho de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de julho de 2016, p. 413;

XLV - Portaria nº 957/GM/MS, de 10 de maio de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de maio de 2016, p. 82;

XLVI - Portaria nº 938/GM/MS, de 7 de abril de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de abril de 2017, p. 27;

XLVII - Portaria nº 72/GM/MS, de 11 de janeiro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de janeiro de 2010, p. 29;

XLVIII - Portaria nº 1119/GM/MS, de 5 de junho de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de junho de 2008, p. 48;

XLIX - Portaria nº 653/GM/MS, de 28 de maio de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de maio de 2003, p. 79;

L - Portaria nº 281/GM/MS, de 27 de fevereiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de fevereiro de 2014, p. 62;

LI - Portaria nº 575/GM/MS, de 29 de março de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de março de 2012, p. 109;

LII - Portaria nº 53/GM/MS, de 16 de janeiro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de janeiro de 2013, p. 33;

LIII - Portaria nº 2710/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de novembro de 2011, p. 87;

LIV - Portaria nº 2758/GM/MS, de 18 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de novembro de 2013, p. 23;

LV - Portaria nº 460/GM/MS, de 4 de março de 2010, publicada no Boletim de Serviço do MS, de 15 de março de 2010, p. 1;

LVI - Portaria nº 2046/GM/MS, de 3 de setembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de setembro de 2009, p. 61;

LVII - Portaria nº 2838/GM/MS, de 1 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de dezembro de 2011, p. 37;

LVIII - Portaria nº 2181/GM/MS, de 21 de novembro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de novembro de 2001, p. 20;

LIX - Portaria nº 535/GM/MS, de 7 de abril de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de abril de 2005, p. 40;

LX - Portaria nº 666/GM/MS, de 17 de maio de 1990, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de maio de 1990, p. 23;

LXI - Portaria nº 2394/GM/MS, de 7 de outubro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de outubro de 2009, p. 115;

LXII - Portaria nº 1411/GM/MS, de 29 de agosto de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de agosto de 2001, p. 72;

LXIII - Portaria nº 1893/GM/MS, de 2 de outubro de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de outubro de 2003, p. 39;

LXIV - Portaria nº 144/GM/MS, de 24 de fevereiro de 1999, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de fevereiro de 1999, p. 22;

LXV - Portaria nº 1245/GM/MS, de 3 de setembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de setembro de 1997, p. 35;

LXVI - Portaria nº 1661/GM/MS, de 7 de novembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de novembro de 1997, p. 51;

LXVII - Portaria nº 391/GM/MS, de 4 de abril de 1997, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 7 de abril de 1997, p. 73;

LXVIII - Portaria nº 1934/GM/MS, de 9 de outubro de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de outubro de 2003, p. 58;

LXIX - Portaria nº 1720/GM/MS, de 4 de outubro de 1994, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de outubro de 1994, p. 41;

LXX - Portaria nº 935/GM/MS, de 24 de maio de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de maio de 2002, p. 99;

LXXI - Portaria nº 1419/GM/MS, de 24 de julho de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de julho de 2003, p. 36;

LXXII - Portaria nº 728/GM/MS, de 14 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de junho de 2003, p. 25;

LXXIII - Portaria nº 2473/GM/MS, de 12 de novembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de novembro de 2004, p. 72;

LXXIV - Portaria nº 1907/GM/MS, de 13 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de setembro de 2004, p. 35;

LXXV - Portaria nº 836/GM/MS, de 2 de junho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de junho de 2005, p. 142;

LXXVI - Portaria nº 1751/GM/MS, de 23 de setembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de setembro de 2005, p. 53;

LXXVII - Portaria nº 2132/GM/MS, de 11 de setembro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de setembro de 2006, p. 45;

LXXVIII - Portaria nº 1533/GM/MS, de 8 de julho de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de julho de 2009, p. 50;

LXXIX - Portaria nº 333/GM/MS, de 10 de março de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de março de 2016, p. 97.

Art. 561. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

Anexo I

ORIENTAÇÕES PARA ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE COOPERAÇÃO ENTRE ENTES PÚBLICOS (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Anexo 1)

Orientações para elaboração do Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos

I - OBJETO

1.O objeto do PCEP é formalizar a cooperação entre os entes públicos na prestação de serviços de saúde e respectiva remuneração para as unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um Município, que estão sob a gerência de determinada esfera administrativa e gestão de outra, definindo o papel da unidade no sistema municipal e locorregional, o perfil dos serviços a serem ofertados através das metas físicas e qualitativas, de acordo com as necessidades de saúde da população, bem como os mecanismos de acompanhamento e avaliação.

2.Devem integrar o PCEP na forma de anexo:

a) relação das unidades de saúde e sua respectiva programação orçamentária; e

b) Plano Operativo Anual de cada unidade relacionada no item acima.

II - PLANO OPERATIVO ANUAL

1. A execução do Plano Operativo Anual de cada unidade que compõe o PCEP contempla o seu papel no planejamento municipal e locorregional de acordo com a abrangência dos Municípios a serem atendidos e o perfil dos serviços a serem oferecidos, previamente definidos no Plano Diretor de Regionalização e na Programação Pactuada Integrada do Estado.

2. O Plano Operativo Anual deverá conter as metas físicas assumidas pela Secretaria relativas ao período de 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura do PCEP, devendo ser anualmente revistas e incorporadas ao PCEP, mediante a celebração de Termo Aditivo.

3. As metas físicas poderão sofrer variações no decorrer do período, observando-se o limite mensal de 10% (a maior ou a menor), sem alteração no valor financeiro, verificados o fluxo da clientela e as características da assistência, tornando-se necessário que o ente federado responsável pela gestão e o ente responsável pela gerência da unidade promovam as respectivas alterações.

III - COMPETÊNCIAS

1. Compete ao ente que detiver a gestão da unidade:

a) exercer o controle e a avaliação dos serviços prestados, autorizando os procedimentos a serem realizados na unidade de saúde, bem como monitorar as unidades de saúde constantes do Anexo I na execução do Plano Operativo Anual;

b) processar o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em substituição ou complementar a estes;

c) alimentar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em substituição ou em complementação a este. No cadastro da Unidade de Saúde que for objeto de PCEP, devem constar, em campo específico, informações relativas ao termo firmado;

d) encaminhar os atendimentos, exceto de urgência e emergência, incluindo as cirurgias eletivas, através da Central de Regulação, a partir do momento de sua implantação;

e) analisar os Relatórios Mensais e Anuais enviados pelo gerente e dos dados disponíveis no SIA e no SIH;

f) acompanhar e avaliar de forma permanente o grau de consecução das metas; e

g) realizar auditorias operacionais.

2. Compete ao ente que detiver a gerência da unidade:

a) alimentar o Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que os substitua ou complemente;

b) apresentar à Secretaria Municipal de Saúde - SMS ou à Secretaria de Estado da Saúde - SES o Relatório Mensal até o 5° (quinto) dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços, as faturas e os documentos referentes aos serviços efetivamente prestados;

c) apresentar ao ente gestor o Relatório Anual até o 20° (vigésimo) dia útil do mês subsequente ao término do período de 12 (doze) meses, incluindo informações relativas à execução do PCEP com a apropriação por unidade de saúde;

d) apresentar ao ente gestor as informações constantes do Plano Operativo Anual, relativas a cada uma das unidades que compõem o PCEP;

e) disponibilizar todos os serviços das unidades de saúde que integram o PCEP na Central de Regulação, considerando a abrangência do complexo regulador, a partir do momento de sua implantação;

f) cumprir, através das unidades de saúde que integram o PCEP, o Plano Operativo Anual, conforme estabelecido; e

g) garantir o atendimento dos serviços de urgência e emergência, de acordo com o perfil da unidade.

3. Compete a ambas as partes:

a) elaborar o Plano Operativo Anual de acordo com a Programação Pactuada Integrada;

b) promover as alterações necessárias no Plano Operativo Anual, sempre que a variação das metas físicas e consequentemente o valor mensal ultrapassar o limite de 10%;

c) informar ao Ministério da Saúde, quando houver alteração dos recursos financeiros até o dia 25 do mês anterior à competência em que vigorará o novo valor, conforme o estabelecido nos artigos 9º e 10, da Portaria nº 1.097/GM, de 22 de maio de 2006; e

d) analisar os Relatórios Mensais e Anuais, comparando as metas com os resultados alcançados e com os recursos financeiros repassados.

IV - RECURSOS FINANCEIROS

1. Os recursos anuais para a execução do PCEP serão repassados diretamente pelo Fundo Nacional de Saúde, em duodécimos mensais, ao Fundo de Saúde do ente federativo definido de acordo com a pactuação prevista no PCEP.

2. A Secretaria de Estado de Saúde e/ou a Municipal de Saúde adotarão as medidas necessárias para garantir o repasse dos recursos que garantam o funcionamento das unidades.

3. O início da transferência dos recursos pelo FNS, inclusive no caso de alteração dos valores, ocorrerá a partir do registro das informações do PCEP no quadro nº 04 da Portaria nº 1.097/GM, de 22 de maio de 2006, a ser encaminhado à Secretaria de Atenção à Saúde pela Comissão Intergestores Bipartite.

4. A suspensão ou término da transferência dos recursos pelo FNS apenas será realizada a partir de sua notificação à Secretaria de Atenção à Saúde, por qualquer dos entes partícipes do PCEP, ou pelo término da vigência deste, respectivamente.

V - ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

1. O acompanhamento e a avaliação dos resultados do PCEP serão realizados por uma Comissão de Acompanhamento, a ser composta pelas partes, que designarão, de forma paritária, um ou mais técnicos.

2. Essa Comissão reunir-se-á, no mínimo, trimestralmente, para realizar o acompanhamento dos Planos Operativos Anuais, avaliando o cumprimento das metas físicas pactuadas, podendo propor, modificações nas cláusulas do PCEP, desde que essas não alterem seu objeto, bem como propor novos indicadores de avaliação no Plano Operativo Anual.

3. Deverá reunir-se também, sempre que os limites físicos e financeiros forem superados, para avaliar a situação e propor as alterações necessárias no PCEP.

VI - ALTERAÇÕES

1. As partes poderão, de comum acordo e a qualquer tempo, alterar o PCEP e os Planos Operativos, com exceção do seu objeto, mediante a celebração de Termo Aditivo.

2. O volume de recursos repassados em cumprimento ao objeto desse Termo poderá ser alterado, de comum acordo, nas seguintes hipóteses:

a) variações nas metas físicas e consequentemente no valor global mensal superiores aos limites estabelecidos e que impliquem alterações financeiras;

b) alteração, a qualquer tempo, das cláusulas desse Termo ou do Plano Operativo Anual, que impliquem novos valores financeiros; e

c) revisão anual do Plano Operativo.

VII - INADIMPLÊNCIA

1. Para eventuais disfunções havidas na execução desse Termo, o valor relativo ao repasse estabelecido na programação financeira constante poderá, mediante comunicado oficial ao ente responsável pela gerência das(s) unidades(s), ser alterado pelo ente responsável pela gestão, total ou parcialmente, nos seguintes casos:

a) não cumprimento do PCEP, atestado pela Comissão de Acompanhamento;

b) fornecimento, pela gerência, de informações incompletas, extemporâneas ou inadimplentes nos formatos solicitados pela gestora, obstaculização da avaliação, da supervisão ou das auditorias operacionais realizadas por órgãos de qualquer nível de gestão do SUS e na falta da apresentação dos Relatórios Mensais e Anuais; e

c) não alimentação dos sistemas de informação.

VIII - CASOS OMISSOS E CONTROVERSOS

1. As divergências na elaboração e na execução do PCEP, para as quais não seja possível acordo entre os gestores, serão remetidas às instâncias de pactuação do SUS, conforme o artigo 15 da Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006.

2. O PCEP deve ser celebrado mediante instrumento público ou instrumento particular revestido das solenidades do § 1º do artigo 654 do Código Civil, para fins de a cessão de crédito constituir-se eficaz em relação a terceiros.

Anexo II

CATÁLOGO DE SERVIÇOS E CATÁLOGO DE PADRÕES DE INFORMAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Anexo 1)

CAPÍTULO I

CATÁLOGO DE SERVIÇOS

1. Para a interoperabilidade entre os sistemas dos Sistema único de Saúde (SUS) será utilizada a tecnologia Web Service, no padrão SOAP 1.1 (Simple Object Access Protocol) ou superior.

2. Para a garantia de segurança e integridade de informações será adotado o padrão WS-Security para criptografia e assinatura digital das informações.

3. Os Web Services são identificados por um URI (Uniform Resource Identifier) e são descritos e definidos usando WSDL (Web Service Description Language).

CAPÍTULO II

CATÁLOGO DE PADRÕES DE INFORMAÇÃO

4. Os padrões são definidos em nível lógico (negócios) e não físico de arquivamento de banco de dados. Estes padrões não documentam propriedades de exibição. Os sistemas legados podem ter suas respostas, para integração e interoperação, encapsuladas em padrões XML aderentes aos padrões do Catálogo, de forma que, mesmo sem obedecer internamente ao padrão catalogado, possam comunicar-se fazendo uso dele, por meio de XML Schemas.

4.1. Para a definição do Registro Eletrônico em Saúde (RES) será utilizado o modelo de referência OpenEHR, disponível no sítio eletrônico http://www.openehr.org/home.html.

4.2. Para estabelecer a interoperabilidade entre sistemas, com vistas à integração dos resultados e solicitações de exames, será utilizado o padrão HL7 - Health Level 7.

4.3. Para codificação de termos clínicos e mapeamento das terminologias nacionais e internacionais em uso no país, visando suportar a interoperabilidade semântica entre os sistemas, será utilizada a terminologia SNOMED-CT, disponível no sítio eletrônico http://www.ihtsdo.org/snomed-ct/.

4.4. Para a interoperabilidade com sistemas de saúde suplementar serão utilizados os padrões TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar).

4.5. Para a definição da arquitetura do documento clínico será utilizado o padrão HL7 CDA.

4.6. Para a representação da informação relativa a exames de imagem será utilizado o padrão DICOM.

4.7. Para a codificação de exames laboratoriais será utilizado o padrão LOINC (Logical Observation Identifiers Names and Codes).

4.8. Para a codificação de dados de identificação das etiquetas de produtos relativos ao sangue humano, de células, tecidos e produtos de órgãos, será utilizada a norma ISBT 128.

4.9. Para a interoperabilidade de modelos de conhecimento, incluindo arquétipos, templates e metodologia de gestão, será utilizado o padrão ISO 13606-2.

4.10. Para o cruzamento de identificadores de pacientes de diferentes sistemas de informação, será utilizada a especificação de integração IHE-PIX (Patient Identifier Cross-Referencing).

4.11. Outras classificações que serão utilizadas para suporte à interoperabilidade dos sistemas de saúde: CID, CIAP-2 (Atenção primária de saúde), TUSS e CBHPM (Classificação brasileira hierarquizada de procedimentos médicos) e tabela de procedimentos do SUS.

Anexo III

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Anexo 1)

CAPÍTULO I

ESPECIFICAÇÕES DO CARTÃO

1. O cartão utilizado como suporte documental para o novo Cartão Nacional de Saúde (CNS) deverá atender às normas internacionais para documentos similares.

2. O CNS deverá conter as seguintes especificações técnicas básicas:

2.1. Formato:

2.1.1. Largura: 85,6 +/- 0,12 mm;

2.1.2. Altura: 53,98 +/- 0,05 mm;

2.1.3. Espessura: 0,76 +/- 0,08 mm; e

2.1.4. Cantos arredondados com o raio de 3,18 +/- 0,30 mm.

2.2. Matéria prima para o Cartão:

2.2.1. O material para a confecção do Cartão Nacional de Saúde deverá ser PVC.

2.3. Pré-impressos:

2.3.1. Logotipo do SUS; e

2.3.2 Desenhos de fundo.

2.4. Dados variáveis, a serem impressos nas unidades federadas:

2.4.1. Personalização dos campos dos dados variáveis (nome completo, número SUS e código de barras);

3. Todos os pré-impressos, desenhos de fundo e microletras deverão ser confeccionados em ofset de alta qualidade.

4. O arquivo matriz, contendo a arte final do Cartão Nacional de Saúde em todas as suas formas (total, parciais, com ou sem personalização, anverso, reverso, etc.) deve ser de propriedade exclusiva do Ministério da Saúde, podendo ter sua guarda delegada a órgão subordinado, e somente deverá ser fornecido às empresas após o devido processo licitatório e mediante termo de compromisso de responsabilidade.

CAPÍTULO II

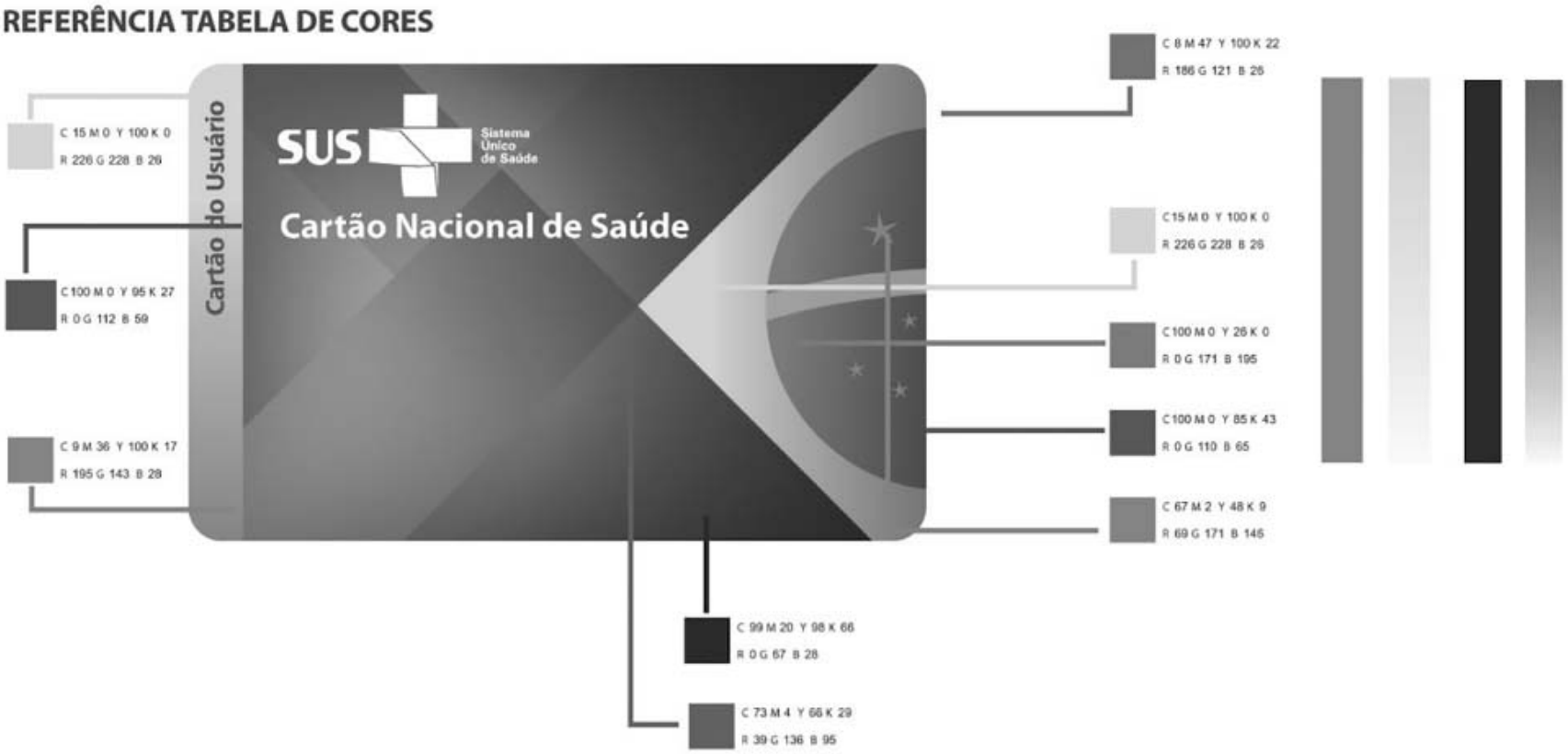
LAYOUT DO CARTÃO

TABELA DE REFERÊNCIA DE CORES CMYK			
15	0	100	0
100	0	95	27
9	36	100	17
8	47	100	22
15	0	100	0
100	0	26	0
100	0	85	43
67	2	48	9
0	0	0	100
99	20	98	66
73	4	66	29

Frente

Verso

REFERÊNCIA TABELA DE CORES



Anexo IV

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Anexo 1)

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL

Termo de Compromisso de Gestão que firma a Secretaria Municipal de Saúde de XX, representada pelo seu Secretário Municipal de Saúde, com o objetivo de pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera municipal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo Municipal de XX, por intermédio de sua Secretaria Municipal da Saúde, inscrita no CNPJ sob n.º XX, neste ato representada por seu Secretário Municipal da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade n.º....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o n.º....., considerando o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196, as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão Municipal, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão municipal do Sistema Único de Saúde / SUS, frente ao disposto na Portaria MS nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor municipal e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

§ 1º Nos casos em que não for possível assumir integralmente alguma responsabilidade constante deste Termo, deve-se pactuar o cronograma, identificando o prazo no qual o município passará a exercê-la na sua plenitude.

§ 2º As ações necessárias para a consecução deste cronograma, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser contempladas no Plano Municipal de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DOS MUNICÍPIOS.

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber: 1. Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS; 2. Regionalização; 3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Gestão do Trabalho; 6. Educação na Saúde; 7. Participação e Controle Social.

§ 1º O quadro identifica a situação do município, frente ao conjunto das responsabilidades, para as condições de "Realiza", "Não realiza ainda", "Prazo para realizar" e "Não se aplica".

§ 2º Os itens que iniciam com a expressão "Todo município deve" indica a obrigatoriedade do fazer / da competência a todo e qualquer município, não sendo possível a utilização da opção "Não se aplica".

§ 3º Nos itens que não iniciam com a expressão "Todo município deve", a responsabilidade será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

§ 4º A opção "Não se aplica" deve ser marcada para as situações em que a complexidade do sistema local de saúde não permita a realização de uma dada responsabilidade ou em situação previamente pactuada.

§ 5º Nas Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS, os itens 1.1 e 1.3 não são passíveis de pactuação, visto expressarem princípios doutrinários do SUS que devem orientar as ações de todo município.

1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
1.1 Todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a união;				
1.2 Todo município deve garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de:				
a) promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos;				
b) ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;				
1.3 Todo município deve promover a eqüidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;				
1.4 Todo município deve participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;				
1.5 Todo município deve assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;				
1.6 Todo município deve assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando:				
a) as unidades próprias e				
b) as transferidas pelo estado ou pela união;				
1.7 Todo município deve, com apoio dos estados, identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniqüidades, oportunidades e recursos;				
a) planejamento,				
b) regulação,				
c) programação pactuada e integrada da atenção à saúde,				
d) monitoramento e avaliação;				
1.9 Todo município deve formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;				
1.10 Todo município deve organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando:				
a) a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território,				
b) desenhando a rede de atenção à saúde				
c) e promovendo a humanização do atendimento;				
1.11 Todo município deve organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;				
1.12 Todo município deve pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o estado, Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;				
1.13 Todo município que dispõe de serviços de referência intermunicipal, deve garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;				
1.14 Todo município deve garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;				
1.15 Todo município deve promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;				
1.16 Todo município deve assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas, compreendendo as ações de:				
a) vigilância epidemiológica,				
b) vigilância sanitária e				
c) vigilância ambiental;				
1.17 Todo município deve elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.				

2. RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
2.1 Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;;			
2.2 Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB;			
2.3 Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;			
2.4 Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;			
2.5 Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a eqüidade inter-regional;			
2.6 Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;			
2.7 Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.			

3 - RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
3.1 Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo:			
a) o plano estadual de saúde;			
b) submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;			
3.2 Formular, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;			
3.3 a) Elaborar relatório de gestão anual,			
b) a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;			
3.4 Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;			
3.5 Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;			
3.6 Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.			

4 - RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
4.1 Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;			
4.2 Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;			
4.3 Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;			
4.4 Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			
4.5 Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;			
4.6 Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade;			
4.7 Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;			
4.8 Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;			
4.9 Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;			
4.10 Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;			
4.11 Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;			
4.12 Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;			

4.13 Operar os complexos reguladores no que se refere no que se refere à referencia intermunicipal, conforme pactuação;			
4.14 Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;			
4.15 Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;			
4.16 Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;			
4.17 Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;			
4.18 Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e em consonância com o processo de regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios;			
4.19 Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;			
4.20 Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeira definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			
4.21 Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;			
4.22 a) Estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão;			
b) observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais,			
c)monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria;			
d) processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e			
e) realizar o pagamento dos prestadores de serviços;			
4.23 Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;			
4.24 Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais;			
4.25 Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;			
4.26 Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual;			
4.27 Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;			
4.28 Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;			
4.29 Avaliar e auditar os sistemas municipais de saúde;			
4.30 Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.			
4.31 Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.			

5 - RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
5.1 Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;			
5.2 Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados;			
5.3 Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;			
5.4 Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção;			
5.5 Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS - PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual;			
5.6 Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.			

6 - RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
6.1 Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;			
6.2 Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS;			
6.3 Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;			
6.4 Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento;			
6.5 Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;			
6.6 Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;			
6.7 Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual;			

7 - RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
7.1 Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;			
7.2 Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;			
7.3 Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;			
7.4 Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;			
7.5 Apoiar o processo de formação dos Conselheiros de Saúde;			
7.6 Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;			
7.7 Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;			
7.8 Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais			

CLÁUSULA QUINTA - DA REVISÃO

Os objetivos, metas e indicadores constantes deste Termo serão revistos anualmente, sendo março o mês de referência para esse processo. O cronograma pactuado deve ser objeto permanente de acompanhamento.

CLÁUSULA SEXTA - DA PUBLICAÇÃO

Este Termo de Compromisso de Gestão será publicado no Diário Oficial do Estado ou em instrumento correlato, conforme legislação vigente. E, por estar assim de acordo com as disposições deste, o Secretário Estadual de Saúde de XX firma o presente Termo de Compromisso de Gestão,

Local e Data

_____

Secretário Estadual de Saúde de XX

Anexo V

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO ESTADUAL (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Anexo 2)

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO ESTADUAL

Termo de Compromisso de Gestão que firma a Secretaria Estadual de Saúde de XX, representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, com o objetivo de pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera estadual na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo Estadual de XX, por intermédio de sua Secretaria Estadual de Saúde, inscrita no CNPJ sob n.º XX, neste ato representada por seu Secretário Estadual da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade n.º....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o n.º....., considerando o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196, as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão Estadual, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão estadual do Sistema Único de Saúde / SUS, frente ao disposto na Portaria MS nº399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor estadual e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

§ 1º Nos casos em que não for possível assumir integralmente todas as responsabilidades constantes deste Termo, deve-se pactuar o cronograma, identificando o prazo no qual o estado passará a exercê-la na sua plenitude.

§ 2º As ações necessárias para a consecução deste cronograma, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser contempladas no Plano Estadual de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DOS ESTADOS.

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber: 1. Responsabilidades gerais da Gestão do SUS; 2. Regionalização;3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Gestão do Trabalho; 6. Educação na Saúde; 7. Participação e Controle Social.

§ 1º O quadro identifica a situação do estado, frente ao conjunto das responsabilidades, para as condições de "Realiza", "Não realiza ainda" e "Prazo para realizar".

§ 2º Nas Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS, o item 1.1 não é passível de pactuação, visto expressar princípio doutrinário do SUS, devendo orientar as ações de todos os estados.

1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;			
1.2 Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;			
1.3 Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;			
1.4 Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso de Gestão;			
1.5 Apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes;			
1.6 Apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniqüidades, oportunidades e recursos;			
7.7 Implementar ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.			
b) e cooperar técnica e financeiramente com os municípios, para que possam fazer o mesmo nos seus territórios;			
1.8 Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de:			
a) planejamento,			
b) regulação,			
c) programação pactuada e integrada da atenção à saúde,			
d) monitoramento e avaliação;			
1.9 Coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção à saúde, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região;			
1.10 Organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			
1.11 Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual;			
1.12 Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;			
1.13 Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;			
1.14 Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;			
1.15 Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde no município, comprometendo-se em cooperar para que o município assuma, no menor prazo possível, sua responsabilidade;			
1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;			
1.17 Supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios;			
1.18 Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;			
1.19 Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;			
1.20 Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;			
1.21 Assumir a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica e a gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública.			

2. RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
2.1 Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;;			
2.2 Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB;			
2.3 Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;			
2.4 Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;			
2.5 Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a eqüidade inter-regional;			
2.6 Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;			
2.7 Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.			

3 - RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
3.1 Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo:			
a) o plano estadual de saúde;			
b) submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;			
3.2 Formular, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;			
3.3 a) Elaborar relatório de gestão anual,			
b) a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;			
3.4 Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;			
3.5 Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;			
3.6 Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.			

4 - RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
4.1 Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;			
4.2 Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;			
4.3 Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;			
4.4 Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			
4.5 Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;			
4.6 Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade;			
4.7 Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;			
4.8 Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;			
4.9 Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;			
4.10 Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;			
4.11 Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;			
4.12 Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;			
4.13 Operar os complexos reguladores no que se refere no que se refere à referencia intermunicipal, conforme pactuação;			
4.14 Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;			
4.15 Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;			
4.16 Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;			

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300037

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

4.17 Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;			
4.18 Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e em consonância com o processo de regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios;			
4.19 Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;			
4.20 Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeira definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			
4.21 Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;			
4.22 a) Estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão;			
b) observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais,			
c)monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria;			
d) processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e			
e) realizar o pagamento dos prestadores de serviços;			
4.23 Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;			
4.24 Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais;			
4.25 Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;			
4.26 Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual;			
4.27 Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;			
4.28 Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;			
4.29 Avaliar e auditar os sistemas municipais de saúde;			
4.30 Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.			
4.31 Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.			

5 - RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
5.1 Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;			
5.2 Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados;			
5.3 Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;			
5.4 Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção;			
5.5 Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS - PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual;			
5.6 Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.			

6 - RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
6.1 Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;			
6.2 Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS;			
6.3 Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;			
6.4 Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento;			
6.5 Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;			
6.6 Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;			
6.7 Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual;			

7 - RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
7.1 Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;			
7.2 Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;			
7.3 Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;			
7.4 Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;			
7.5 Apoiar o processo de formação dos Conselheiros de Saúde;			
7.6 Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;			
7.7 Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;			
7.8 Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais			

CLÁUSULA TERCEIRA (Suprimida pela Portaria nº 372, de 16 de novembro de 2007).

CLÁUSULA QUARTA (Suprimida pela Portaria nº 372, de 16 de novembro de 2007).

CLÁUSULA QUINTA - DA REVISÃO

Os objetivos, metas e indicadores constantes deste Termo serão revistos anualmente, sendo março o mês de referência para esse processo. O cronograma pactuado deve ser objeto permanente de acompanhamento.

CLÁUSULA SEXTA - DA PUBLICAÇÃO

Este Termo de Compromisso de Gestão será publicado no Diário Oficial do Estado ou em instrumento correlato, conforme legislação vigente. E, por estar assim de acordo com as disposições deste, o Secretário Estadual de Saúde de XX firma o presente Termo de Compromisso de Gestão,

Local e Data

_____

Secretário Estadual de Saúde de XX

Anexo VI

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO DO DISTRITO FEDERAL (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Anexo 3)

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO DO DISTRITO FEDERAL

Termo de Compromisso de Gestão que firma a Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, com o objetivo de pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes ao Distrito Federal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo do Distrito Federal, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob n.º XX, neste ato representada por seu Secretário de Estado da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade n.º....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o n.º....., considerando o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196, as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão do Distrito Federal, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão do Sistema Único de Saúde / SUS, frente ao disposto na Portaria MS nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor do Distrito Federal e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

§ 1º. Nos casos em que não for possível assumir integralmente todas as responsabilidades constantes deste Termo, deve-se pactuar o cronograma, identificando o prazo no qual o Distrito Federal passará a exercê-la na sua plenitude.

§ 2º. As ações necessárias para a consecução deste cronograma, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem compor o Plano Estadual de Saúde do Distrito Federal.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DO DISTRITO FEDERAL.

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber: 1. Responsabilidades gerais da Gestão do SUS; 2. Regionalização;3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Gestão do Trabalho; 6. Educação na Saúde; 7. Participação e Controle Social.

§ 1º. O quadro identifica a situação do Distrito Federal frente ao conjunto das responsabilidades, para as condições de "Realiza", "Não realiza ainda" e "Prazo para realizar".

§ 2º. Nas Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS, os itens 1.1 e 1.3, não são passíveis de pactuação, visto expressarem princípios doutrinários do SUS, devendo orientar as ações do Distrito Federal.

1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
1.1 Responder, solidariamente com a união, pela integralidade da atenção à saúde da população;			
1.2 Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de:			
a) promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos;			
b) ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;			
1.3 Promover a eqüidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;			
1.4 Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;			
1.5 Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso de Gestão;			
1.6 Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;			
1.7 Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando:			
a) as unidades próprias			
b) e as transferidas pela união;			
1.8 Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;			
1.9 Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do seu território;			
1.10 Identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniqüidades, oportunidades e recursos;			
1.11 Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de:			
a) planejamento,			
b) regulação			
c) programação pactuada e integrada da atenção à saúde,			
d) monitoramento e avaliação;			
1.12 Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas instâncias de pactuação;			
1.13 Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando:			
a) a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território			
b) desenhando a rede de atenção à saúde			
c) e promovendo a humanização do atendimento;			
1.14 Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			
1.15 Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com os estados envolvidos no âmbito regional, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			
1.16 Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com a união, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;			
1.17 Garantir o acesso de serviços de referência de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			
1.18 Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;			
1.18 Assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito do seu território, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas, compreendendo as ações de:			
a) vigilância epidemiológica,			
b) vigilância sanitária e			
c) vigilância ambiental;			
1.19 Executar e coordenar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;			
1.20 Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;			
1.21 Assumir a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica e a gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública.			

2. RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
2.1 Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;			
2.2 Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;			
2.3 Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a eqüidade inter-regional;			
2.4 Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras, conforme pactuação estabelecida;			
2.5 Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento;			
2.6 Propor e pactuar diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes, participando da sua constituição, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.			

3 - RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
3.1 Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo:			
a) o plano estadual de saúde e			
3.2 Formular, no plano estadual de saúde, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;			
a) Elaborar relatório de gestão anual			
b) a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;			
3.3 Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises;			
3.4 Operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação:			
a) Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação - SINAN,			
b) Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SIPNI			
c) Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC,			
d) Sistema de Informação Ambulatorial - SIA			
e) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde - CNES;			
f) Sistema de Informação Hospitalar - SIH			
g) e Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos			
3.5 Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito do seu território;			
3.6 Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano estadual de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde;			

4 - RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
4.1 Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;			
4.2 Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;			
4.3 Realizar a identificação dos usuários do SUS no âmbito do Distrito Federal, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;			
4.4 Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;			
4.5 Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;			
4.6 Elaborar e implantar protocolos clínicos, terapêuticos e de regulação de acesso, no âmbito do Distrito Federal, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais;			
4.7 Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia;			
4.8 Operar a central de regulação do Distrito Federal, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação estaduais e municipais;			

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300039

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

4.9 Implantar e operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida;			
4.10 Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas			
4.11 Executar o controle do acesso do seu usuário aos serviços disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação:			
a) aos leitos disponíveis			
b) às consultas,			
c) às terapias e aos exames especializados;			
a) Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; e			
b) observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais;			
c) processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e			
d) realizar o pagamento dos prestadores de serviços;			
4.12 Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;			
4.13 Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;			
4.14 Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização;			
4.15 Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios de Saúde;			
4.16 Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas;			
4.17 Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;			
4.18 Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;			
4.19 Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;			
4.20 Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;			
4.21 Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.			
4.22 Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.			

5 - RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
5.1 Desenvolver estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada;			
5.2 Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito do Distrito Federal e regional;			
5.3 Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário;			
5.4 Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS - PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão do Distrito Federal;			
5.5 Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito do Distrito Federal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.			

6 - RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
6.1 Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;			
6.2 Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente;			
6.3 Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;			
6.4 Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;			
6.5 Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;			
6.6 Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito do Distrito Federal;			
6.7 Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem;			
6.8 Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde da formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;			
6.9 Incentivar, junto à rede de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;			

7 - RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
7.1 Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;			
7.2 Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;			
7.3 Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;			
7.4 Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;			
7.5 Apoiar o processo de formação dos conselheiros;			
7.6 Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;			
7.7 Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;			
7.8 Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais			

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300040

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

CLÁUSULA TERCEIRA (Suprimida pela Portaria nº 372, de 16 de novembro de 2007).

CLÁUSULA QUARTA (Suprimida pela Portaria nº 372, de 16 de novembro de 2007).

CLÁUSULA QUINTA - DA REVISÃO

Os objetivos, metas e indicadores constantes deste Termo serão revistos anualmente, sendo março o mês de referência para esse processo. O cronograma pactuado deve ser objeto permanente de acompanhamento.

CLÁUSULA SEXTA - DA PUBLICAÇÃO

Este Termo de Compromisso de Gestão será publicado no Diário Oficial do Estado ou em instrumento correlato, conforme legislação vigente. E, por estar assim de acordo com as disposições deste, o Secretário Estadual de Saúde de XX firma o presente Termo de Compromisso de Gestão,

Local e Data

_____

Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal

Anexo VII

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTAO FEDERAL (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Anexo 4)

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO FEDERAL

Termo de Compromisso de Gestão que firma o Ministério da Saúde, representado pelo Ministro de Estado da Saúde, com o objetivo de formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera federal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, inscrito no CNPJ sob n.º XX, neste ato representado pelo Ministro de Estado da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade n.º....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o n.º....., considerando o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196, as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão Federal, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão estadual do Sistema Único de Saúde / SUS, frente ao disposto na Portaria MS nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor federal e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

§ 1º As ações necessárias para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser contempladas no Plano Nacional de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DA UNIÃO

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber: 1. Responsabilidades gerais da Gestão do SUS; 2. Regionalização;3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Gestão do Trabalho; 6. Educação na Saúde; 7. Participação e Controle Social.

1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

1.1. Responder, solidariamente com os municípios, o Distrito Federal e os estados, pela integralidade da atenção à saúde da população;

1.2. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

1.3. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

1.4. Coordenar e acompanhar, no âmbito nacional, a pactuação e avaliação do Pacto de Gestão e Pacto pela Vida e seu Termo de Compromisso de Gestão;

1.5. Apoiar o Distrito Federal, os estados e conjuntamente com estes, os municípios, para que assumam integralmente as suas responsabilidades de gestores da atenção à saúde;

1.6. Apoiar financeiramente o Distrito Federal e os municípios, em conjunto com os estados, para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;

1.7. Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento das suas atuações institucionais na gestão da atenção básica;

1.8. Exercer de forma pactuada as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional da atenção básica no SUS;

1.9. Identificar, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, as necessidades da população para o âmbito nacional, fazendo um reconhecimento das iniqüidades, oportunidades e recursos; e cooperar técnica e financeiramente com os gestores, para que façam o mesmo nos seus territórios;

1.10. Desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

1.11. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos que estejam sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

1.12. Definir e pactuar as diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidade, a partir da atenção básica;

1.13. Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

1.14. Coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde que exijam ação articulada e simultânea entre os estados, Distrito Federal e municípios;

1.15. Proceder investigação complementar ou conjunta com os demais gestores do SUS em situação de risco sanitário;

1.16. Apoiar e coordenar os laboratórios de saúde pública - Rede Nacional de laboratórios de saúde Pública/RNLSP - nos aspectos relativos à vigilância em saúde;

1.17. Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, comprometendo-se em cooperar para que assumam, no menor prazo possível, suas responsabilidades;

1.18 Apoiar técnica e financeiramente os estados, o Distrito Federal e os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

1.19. Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde.

2. RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

2.1. Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

2.2. Coordenar o processo de regionalização no âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIT;

2.3. Cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, por meio dos estados e/ou municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis, promovendo a eqüidade inter-regional e interestadual;

2.4. Apoiar e participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

2.5. Fomentar a constituição das regiões de saúde fronteiriças, participando do funcionamento de seus colegiados de gestão regionais.

3 - RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

3.1. Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano nacional de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

3.2. Formular, no plano nacional de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, a política nacional de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

3.3. Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

3.4. Formular, pactuar no âmbito a CIT e aprovar no Conselho Nacional de Saúde, a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas e executá-la, conforme pactuação com Estados e Municípios, por meio da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA;

3.5. Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e Distrito Federal na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, no âmbito nacional;

3.6. Gerenciar, manter, e elaborar quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e preparação para a realização de pagamentos;

3.7. Desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises

4 - RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

4.1. Cooperar tecnicamente com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, regulação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços vinculados ao SUS;

4.2. Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;

4.3. Monitorar o cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

4.4. Coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS;

4.5 Coordenar e cooperar com os estados, o Distrito Federal e os municípios no processo de cadastramento de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;

4.6. Definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;

4.7. Propor e pactuar os critérios de credenciamento dos serviços de saúde;

4.8. Propor e pactuar as normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados, de acordo com as Políticas de Atenção Especializada;

4.9. Elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos enquanto padrão nacional de utilização dos mesmos e de seus preços;

4.10. Estruturar a política nacional de regulação da atenção à saúde, conforme pactuação na CIT, contemplando apoio financeiro, tecnológico e de educação permanente;

4.11. Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores;

4.12. Cooperar na implantação e implementação dos complexos reguladores;

4.13. Coordenar e monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas;

4.14. Coordenar a construção de protocolos clínicos e de regulação de acesso nacionais, em parceria com os estados, o Distrito Federal e os municípios, apoiando-os na utilização dos mesmos;

4.15. Acompanhar, monitorar e avaliar a atenção básica, nas demais esferas de gestão, respeitadas as competências estaduais, municipais e do Distrito Federal;

4.16. Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios, Distrito Federal, estados e pelo gestor federal, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

4.17. Normatizar, definir fluxos técnico-operacionais e supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública;

4.18. Avaliar o desempenho das redes regionais e de referências interestaduais;

4.19. Responsabilizar-se pela avaliação tecnológica em saúde;

4.20. Avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais;

5 - RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

5.1. Promover, desenvolver e pactuar políticas de gestão do trabalho considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho, apoiando os gestores estaduais e municipais na implementação das mesmas;

5.2. Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados;

5.3. Fortalecer a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como um espaço de negociação entre trabalhadores e gestores e contribuir para o desenvolvimento de espaços de negociação no âmbito estadual, regional e/ou municipal;

5.4. Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os estados e municípios na mesma direção;

5.5. Formular, propor, pactuar e implementar as Diretrizes Nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde - PCCS/SUS;

5.6. Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito nacional, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

6 - RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

6.1. Formular, promover e pactuar políticas de educação permanente em saúde, apoiando técnica e financeiramente estados e municípios no desenvolvimento das mesmas;

6.2. Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão nacional do SUS;

6.3. Propor e pactuar políticas regulatórias no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

6.4. Articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde;

6.5. Propor e pactuar com o sistema federal de educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção.

7 - RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

7.1. apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

7.2. Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

7.3. Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Nacionais de Saúde;

7.4. Apoiar o processo de formação dos Conselheiros de Saúde;

7.5. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

7.6. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

7.7. Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde;

7.8 .Formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

CLÁUSULA TERCEIRA (Suprimida pela Portaria nº 372, de 16 de novembro de 2007).

CLÁUSULA QUARTA (Suprimida pela Portaria nº 372, de 16 de novembro de 2007).

CLÁUSULA QUINTA - DA REVISÃO

Os objetivos, metas e indicadores constantes deste Termo de Compromisso de Gestão serão revistos anualmente, sendo março o mês de referência para esse processo.

CLÁUSULA SEXTA - DA PUBLICAÇÃO

O presente Termo será publicado no Diário Oficial da União.

E, por estar assim de acordo com as disposições deste, o Ministro de Estado da Saúde firma o presente Termo de Compromisso de Gestão.

Local e Data

_____

Ministro da Saúde

Anexo VIII

EXTRATO DO TERMO DE COOPERAÇÃO ENTRE ENTES PÚBLICOS (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Anexo 5)

Município_____

Estado_____

No que diz respeito às unidades de saúde sob gerência de outro nível de governo, abaixo relacionadas, o município celebrou o TERMO DE COOPERAÇÃO com o ente gerente da unidade e autoriza o Fundo Nacional de Saúde a repassar diretamente ao fundo designado na planilha abaixo o montante de recursos definido no referido Termo, conforme os compromissos estabelecidos:

Nome da Unidade	CNPJ	Ente com gerência sobre a Unidade (estado/governo federal)	Número do Termo	Data de Publicação do Extrato do Termo no Diário Oficial	Valor mensal	Fundo para o repasse dos recursos (municipal, estadual ou unidade universitária federal)

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO GESTOR ESTADUAL/FEDERAL]

( ) Não é pertinente a elaboração do TCEP neste Município

Anexo IX

MODELO PARA DECLARAÇÃO DA CIB DE COMANDO ÚNICO DO SISTEMA PELO GESTOR MUNICIPAL (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Anexo 6)

DECLARAÇÃO

Declaro que o município de [NOME DO MUNICÍPIO], que teve seu Termo de Compromisso de Gestão pactuado nesta CIB, assumiu a gestão dos prestadores situados em seu território, independente de sua natureza jurídica, assumindo, portanto, as responsabilidades relativas à seleção, cadastramento, contratação, estabelecimento de contratos, regulação, controle, avaliação e pagamento desses prestadores, observado o estabelecido abaixo:

Para as unidades listadas abaixo, que o município não assumiu ainda a gestão, fica pactuado o seguinte cronograma:

Nome da Unidade	CNPJ	CNES	Prazo

Conforme pactuação, as unidades listadas a seguir ficam sob a gestão do estado:

Nome da Unidade	CNPJ	CNES

Desta forma, o referido município, tem condições para assumir as responsabilidades pactuadas no Termo de Compromisso de Gestão que foram devidamente analisadas e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite de [NOME DO ESTADO] em [DATA DA REUNIÃO DA CIB QUE ANALISOU A QUESTÃO].

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA CIB]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL]

Anexo X

TERMO DO LIMITE FINANCEIRO GLOBAL DO MUNICÍPIO (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Anexo 7-A)

TERMO DO LIMITE FINANCEIRO GLOBAL DO MUNICÍPIO

Valores Anuais

Código _____

Município _____ UF_____

BLOCO	COMPONENTE	RECURSO FEDERAL*	RECURSO ESTADUAL	RECURSO MUNICIPAL
PAB ASSISTÊNCIA	Componente fixo (a)			
	Componente Variável (b)			
MAC ASSISTÊNCIA	Total População Própria (c)			
	Total População Referenciada (d)			
	Outros recursos, ajustes e incentivos** (e)			
	Total da PPI Assistencial (f)	c + d ± e		
	Recursos transferidos ao Fundo Estadual de Saúde / FES (g)			
	Recursos retidos pelo FNS para pagamento direto a prestadores (h)			
	Recursos alocados em outras UF (i)			
	Total MAC alocado no FMS (j)	f-g-h-i		
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Componente básico (k)			
	Componente Básico repassado ao Fundo Estadual de Saúde / FES (l)			
	Componente estratégico (m)			
	Componente excepcional (n)			
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Vigilância Epidemiológica e Ambiental (o)			
	Vigilância Sanitária (p)			
GESTÃO	(q)			
TOTAL FMS		a+b+j+k-l +m+n+o+p+q***		

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo ___/___

DATA [DIA] [MÊS] [ANO]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL] [ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA CIB]

* Considerado apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio.

** Estes incentivos referem-se àqueles descritos no bloco MAC.

*** Valor a ser transferido do FNS ao FMS

Anexo XI

TERMO DO LIMITE FINANCEIRO GLOBAL DO ESTADO (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Anexo 7-B)

Código _____

Estado _____ UF_____

BLOCO	COMPONENTE	RECURSO FEDERAL *
** PAB ASSISTÊNCIA	-	-
MAC ASSISTÊNCIA	Limites referentes aos recursos programados na SES (a)	
	Valores a receber referentes a unidades sob gestão estadual (b)	

	Valores referentes a incentivos*** (c)	
	Recursos retidos pelo FNS para pagamento direto a prestadores (d)	
	Recursos alocados em outras UF (e)	
	Total MAC alocado no FES (f)	a+b+c-d-e
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Componente básico (g)	
	Componente estratégico (h)	
	Componente excepcional (i)	
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Vigilância Epidemiológica e Ambiental (j)	
	Vigilância Sanitária (k)	
GESTÃO	(l)	
TOTAL FES		f+g-h+i+j+k+l ****

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo _____/____
DATA [DIA] [MÊS] [ANO]
[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR ESTADUAL]
[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO PRESIDENTE DO COSEMS]
*Considerado apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio.
**A ser utilizado em situações excepcionais.
***Estes incentivos referem-se àqueles descritos no bloco MAC.
**** Valor a ser transferido do FNS ao FES

Anexo XII

TERMO DO LIMITE FINANCEIRO GLOBAL DO DISTRITO FEDERAL (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Anexo 7-C)
Valores anuais
Código _____
UF_____

BLOCO	COMPONENTE	RECURSO FEDERAL *
PAB ASSISTÊNCIA	Componente fixo (a)	
	Componente Variável (b)	
MAC / ASSISTÊNCIA	Total População Própria (c)	
	Total População Referenciada (d)	
	Outros recursos, ajustes e incentivos* (e)	
	Total da PPI Assistencial (f)	c + d ± e
	Recursos retidos pelo FNS para pagamento direto a prestadores (g)	
	Recursos alocados em outras UF (h)	
	Total MAC alocado no FS do DF (i)	f - g - h
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Componente básico (j)	
	Componente estratégico (k)	
	Componente excepcional (l)	
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Vigilância Epidemiológica e Ambiental (m)	
	Vigilância Sanitária (n)	
GESTÃO	(o)	
TOTAL FS do DF		a+b+i+j+k
		+l+m+n+o***

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo _____/____
DATA [DIA] [MÊS] [ANO]
[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR DO DF]
* Considerado apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio.
** Estes incentivos referem-se àqueles descritos no bloco MAC.
*** Valor a ser transferido do FNS ao FS do DF.

Anexo XIII

EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL - SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE PACTUAÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DOS MUNICÍPIOS (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Anexo 8)

EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL
SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE PACTUAÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DOS MUNICÍPIOS
I - IDENTIFICAÇÃO
II - DISPOSIÇÃO GERAL
O gestor municipal se compromete com o conjunto das responsabilidades sanitárias dispostas no Termo de Compromisso de Gestão Municipal, inclusive aquelas referidas no artigo 4 da Lei 8142, sendo destacadas no quadro abaixo aquelas para as quais foi pactuado cronograma e as que não se aplicam à gestão do SUS neste município.

EIXO	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS			
REGIONALIZAÇÃO			
PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO			
REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA			
PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CONTROLE SOCIAL			
GESTÃO DO TRABALHO			
EDUCAÇÃO NA SAÚDE			

III - APROVAÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E NA CIB
Aprovado na Reunião do CMS de / / Deliberação n.º , de / /
Homologado na Reunião da CIB de / /
Nome SMS:_____
Ass.:_____
Nome SES:_____
Ass.:_____

Anexo XIV

DEFINIÇÕES DO TERMO DE COMPROMISSO E GESTÃO (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Anexo 9)

Para possibilitar uma mesma compreensão do Termo de Compromisso de Gestão, são consideradas as seguintes definições:

1. Gestão

Atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde - municipal, estadual ou nacional, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, regulação, controle, avaliação e auditoria, gestão do trabalho, desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias, dentre outras.

2. Gerência

Administração de uma unidade ou órgão de saúde (unidade básica de saúde, hospital, instituto, fundação, etc.), que se caracteriza como prestador de serviços no Sistema único de Saúde.

3. Atenção à Saúde

Engloba o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreendendo os campos a saber:

a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;

b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros);

4. Co-gestão no Processo Regulatório

Relação intergestora que permite e articulação e integração dos dispositivos de Regulação de Acesso (centrais de internação, centrais de consultas especializadas e exames, protocolos assistenciais) com outras ações da Regulação da Atenção à Saúde (contratação, controle assistencial e avaliação) assim como com outras funções da Gestão (programação e regionalização).

5. Vigilância em Saúde

Neste Termo quando se escreve vigilância em saúde, estão contemplados os componentes: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental.

6. Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde

Neste Termo programação em saúde compreende, no seu escopo, os processos de programação da assistência à saúde e da vigilância em saúde, podendo, no termo, ser enfatizado um desses processos.

7. Política de Reposição da Força de Trabalho Descentralizada

Conjunto de ações e diretrizes que visam superar questões decorrentes da descentralização da força de trabalho no Sistema Único de Saúde, como a reposição de pessoal e remuneração.

8. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Transferência de recursos, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde, independente de convênio e segundo o atendimento de critérios pré-estabelecidos para o credenciamento dos Estados e Municípios a essa prerrogativa.

9. Ouvidoria

Canais democráticos que permitem disseminar informações e receber manifestações de usuários, propiciando análises, encaminhamentos, acompanhamentos e respostas às suas manifestações.

10 Auditoria Assistencial

Processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não conformidades.

11. Avaliar

Conjunto de ações que permite emitir um juízo de valor sobre algo que está acontecendo (sendo observado) a partir de um paradigma (optimum, desejável, preceito legal, etc.). Consiste em atribuir um valor ao encontrado, o grau de alcance dos resultados, a partir do esperado. Avaliação pode se constituir em uma ferramenta para se fazer fiscalização, controle, auditoria, planejamento, melhorar desempenhos e qualidades, ou seja, auxiliar a qualificação do processo de gestão.

Assim, trata-se da análise da estrutura, dos processos e resultados das ações, serviços e sistemas de saúde, com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios e parâmetros de eficácia (grau de atingimento de metas), eficiência (recursos envolvidos) e efetividade (impacto) estabelecidos para o sistema de saúde.

12. Fiscalizar

Submeter a atenta vigilância, sindicar, examinar, verificar. A fiscalização confere ao fiscalizador poder de polícia ou de lavrar autos de infração com base em determinada legislação vigente.

13. Monitorar

Conjunto de ações de acompanhamento de um determinado plano, programa, atividade, ação ou processo. O monitoramento sempre está baseado num conjunto de informações e indicadores que, pré-definidos, dão a dimensão da ação que vem sendo implementada, apontando os indicativos de correção de rumos.

14. Normatizar

Estabelecer normas para o funcionamento de uma organização ou sistema; submeter às normas o funcionamento de alguma estrutura. Mesmo que normalizar.

15. Credenciar

Conferir credenciais, poderes ou crédito; qualificar alguém, alguma estrutura ou serviço. No âmbito do Pacto, expressa a qualificação de um serviço para atuar como tal, a partir do atendimento de um regulamento técnico.

16. Contratar

Fazer contrato, negociar, combinar, ajustar, convencionar, definir. O contrato é um termo jurídico que regula a relação entre entes públicos e/ou privados. Processo por meio do qual estabelecimentos e serviços privados de saúde passam a integrar a rede do SUS.

Anexo XV

TIPIFICAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS (Origem: PRT MS/GM 2022/2017, Anexo 1)

TIPIFICAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS

I - PRINCIPAIS DEFINIÇÕES E CONCEITOS

Estabelecimento de Saúde

"Estabelecimento de Saúde é o espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica."

Essa definição traz à luz uma questão intrinsecamente relevante aos critérios mínimos para se considerar algo como um estabelecimento de saúde, que serão explicadas adiante:

I) Espaço físico delimitado e permanente: está relacionado à infraestrutura necessária para se considerar um espaço como estabelecimento de saúde. Não estão excluídos estabelecimentos móveis, como embarcações, carretas, etc. Isso significa que estruturas temporárias, como barracas, tendas ou atendimentos realizados em regime de mutirão em locais públicos abertos, não podem ser consideradas estabelecimentos de saúde.

II) Onde são realizadas: há a intenção de que se entenda a obrigatoriedade do efetivo funcionamento, já que não se pode afirmar qual a finalidade de uma instalação física que não esteja em execução de suas atividades. Ou seja, um espaço desativado ou em construção pode facilmente ser alocado para outras atividades que não saúde, não podendo ser considerado como um estabelecimento de saúde nesta situação.

III) Ações e serviços de saúde de natureza humana: A necessidade de que o estabelecimento de saúde realize "ações e serviços de saúde humana" permite que a saúde seja entendida em seu amplo espectro, possibilitando a identificação de estabelecimentos que realizam ações de vigilância, regulação ou gestão da saúde, e não somente estabelecimentos de caráter assistencial. Do mesmo modo, impede seu uso para outros estabelecimentos que não têm o foco direto na saúde humana, como por exemplo os estabelecimentos que visam a saúde animal, os salões de beleza, as clínicas de estética, dentre outros, que embora estejam no escopo de atuação da vigilância sanitária, não devem ser considerados como estabelecimentos de saúde.

IV) Responsabilidade técnica: a introdução do conceito de "responsabilidade técnica" vem de encontro da legislação vigente, já que não se pode desempenhar ações e serviços de saúde sem que exista a figura de uma pessoa física legalmente responsável por elas.

Tipo de Estabelecimento de Saúde, Atividade Principal, Atividade Secundária e Atividade Não Permitida

"Tipo de Estabelecimento de Saúde é uma classificação que possibilita a identificação da oferta de ações e serviços pelos estabelecimentos de saúde, considerando: infraestrutura existente, densidade tecnológica, natureza jurídica e recursos humanos."

Posto tal conceito, para se definir o tipo de um estabelecimento de saúde faz-se necessário alterar a lógica, através de uma classificação automática de acordo com uma série de escolhas durante o cadastramento do estabelecimento de saúde.

As atividades que são desempenhadas nos estabelecimentos de saúde são, portanto, categorizadas de forma genérica para escolha do operador no momento do cadastramento, sendo introduzidos os conceitos de atividade principal e atividades secundárias.

A atividade principal seria aquela preponderante do estabelecimento, ou aquela que diferencia o tipo de atendimento realizado no local, e as atividades secundárias, quando for o caso, permitem demonstrar quais as demais atividades não preponderantes também são desempenhadas.

A partir da seleção de um conjunto de atividades, principal e secundárias, o estabelecimento será classificado de forma automática pelo CNES.

Pode haver também, no escopo de uma determinada classificação, um conjunto de atividades que, se selecionadas, não pe mitem que o estabelecimento chegue a uma determinada classificação, ainda que as demais atividades correspondam, sendo denominadas atividades não permitidas.

Anexo XVI

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (CONITEC) (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1)

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO I)

Art. 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), de que trata o art. 19-Q da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluído pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, e regulamentado pelo Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, é órgão colegiado de caráter permanente, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 1º)

Art. 2º A CONITEC tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de tecnologias em saúde, na constituição ou na alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e na atualização da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME). (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 2º)

Parágrafo Único. O assessoramento de que trata o caput consiste na produção de relatório que levará em consideração, no mínimo, os seguintes elementos: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo relatado, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso, de preferência comparadas à melhor tecnologia disponível no SUS e complementadas por revisão da literatura na perspectiva do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

III - o impacto da incorporação da tecnologia no SUS; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 2º, Parágrafo Único, III)

IV - a relevância da incorporação tecnológica para as políticas de saúde prioritárias do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 2º, Parágrafo Único, IV)

V - as condicionantes necessárias, tais como o preço máximo de incorporação, critérios técnico-assistenciais para alocação, estrutura e logística necessários para implantação da tecnologia e acompanhamento da tecnologia incorporada, quando pertinente; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 2º, Parágrafo Único, V)

VI - as contribuições recebidas nas consultas públicas e, quando realizadas, nas audiências públicas; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 2º, Parágrafo Único, VI)

VII - a inovação e contribuição para o desenvolvimento tecnológico do Brasil. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 2º, Parágrafo Único, VII)

Art. 3º No exercício de suas competências, a CONITEC deverá observar as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 3º)

I - a universalidade e a integralidade das ações de saúde no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 3º, I)

II - a proteção do cidadão nas ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e assistência, por meio de processo qualificado de incorporação de tecnologias no SUS; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 3º, II)

III - a incorporação de tecnologias por critérios racionais e parâmetros de eficácia, efetividade, eficiência e segurança adequados às necessidades de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 3º, III)

IV - a incorporação de tecnologias que sejam relevantes para o sistema de saúde, baseadas na relação custo-efetividade. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 3º, IV)

§ 1º Os atos da CONITEC serão públicos, ressalvados aqueles protegidos por sigilo, nos termos da lei. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Caberá exclusivamente à Secretaria-Executiva da CONITEC dar publicidade aos atos do referido colegiado. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 3º, § 2º)

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO II)

Art. 4º Compete à CONITEC: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º)

I - emitir relatório sobre: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, I)

a) a incorporação, exclusão ou alteração no SUS de tecnologias em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, I, a)

b) a constituição ou alteração de PCDT; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, I, b)

II - propor a atualização da RENAME. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, II)

Parágrafo Único. Para o cumprimento de suas competências a CONITEC poderá: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único)

I - solicitar aos órgãos do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, I)

a) a elaboração de proposta de constituição ou de alteração de PCDT de interesse para o SUS; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, I, a)

b) a realização de avaliação das solicitações de incorporação, alteração ou exclusão de tecnologias em saúde no âmbito do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, I, b)

c) estudos de impacto orçamentário no SUS em virtude da incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, I, c)

II - solicitar à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS): (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, II)

a) a realização e contratação de estudos; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, II, a)

b) a celebração de acordos de cooperação técnica com entidades públicas e privadas e hospitais de ensino para a realização de estudos de avaliação de tecnologias em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, II, b)

c) a celebração de acordos de cooperação técnica com órgãos e entidades públicas estrangeiras com atribuições afins; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, II, c)

III - solicitar aos órgãos do Ministério da Saúde e às entidades a ele vinculadas informações relativas ao monitoramento de novas tecnologias em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, III)

IV - solicitar à Agência Nacional de Vigilância Sanitária

(ANVISA) informações relativas ao registro, indicações, características, monitoramento de mercado e vigilância pós-comercialização de tecnologias em saúde, além de outras informações necessárias; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, IV)

V - solicitar e fornecer informações à Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), criada pela Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, V)

VI - disponibilizar informações a órgãos e entidades públicas para gestão de tecnologias em saúde, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, VI)

VII - organizar repositório de informações sobre tecnologias em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, VII)

VIII - constituir subcomissões técnicas no âmbito da CONITEC. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, VIII)

Art. 5º A CONITEC poderá convidar representantes de entidades, autoridades, cientistas e técnicos nacionais ou estrangeiros para, exclusivamente em caráter auxiliar, colaborar em reuniões ou fornecer subsídios técnicos. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 5º)

§ 1º Ante a natureza das matérias tratadas, os convidados de que trata o caput deverão apresentar declaração de potenciais conflitos de interesse e firmar termo de confidencialidade sobre as atividades que desenvolverem em cooperação com a CONITEC. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As despesas decorrentes do deslocamento e da estadia de convidados para a participação nas reuniões da CONITEC serão custeadas por meio das dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde, observados os limites de movimentação, empenho e pagamento fixados anualmente e obedecido o disposto na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 5º, § 2º)

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO DA CONITEC

(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO III)

Art. 6º A CONITEC tem a seguinte estrutura de funcionamento: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 6º)

I - Plenário; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 6º, I)

II - Secretaria-Executiva. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 6º, II)

Seção I

Do Plenário

(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 7º O Plenário é o fórum responsável pela discussão e deliberação das matérias submetidas à CONITEC. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 7º)

Art. 8º O Plenário é composto por 13 (treze) membros, com direito a voto, que representam os seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, I)

a) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), que a presidirá; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, I, a)

b) Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, I, b)

c) Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, I, c)

d) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, I, d)

e) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, I, e)

f) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, I, f)

g) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, I, g)

II - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, II)

III - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, III)

IV - Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, IV)

V - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, V)

VI - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, VI)

VII - Conselho Federal de Medicina (CFM). (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, VII)

Parágrafo Único. Os representantes serão indicados pelos respectivos dirigentes máximos à Secretaria-Executiva da CONITEC e serão designados pelo Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 9º Cada órgão ou entidade deverá indicar um titular, além do primeiro e segundo suplentes, para fins da respectiva representação no Plenário, cuja indicação deverá ser comunicada à Secretaria-Executiva da CONITEC. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 9º)

§ 1º A eventual substituição de representante indicado, que poderá ser efetuada a qualquer tempo, deverá ser comunicada à Secretaria-Executiva da CONITEC para fins da respectiva designação pelo Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Os representantes, titulares e suplentes, deverão firmar termo de confidencialidade e declaração de conflito de interesse relativamente aos assuntos deliberados no âmbito da CONITEC. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 9º, § 2º)

§ 3º A participação do representante na CONITEC será considerada função de relevante interesse público e não será remunerada. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 9º, § 3º)

§ 4º As despesas de transporte e estadia para a participação do titular ou seu substituto serão, quando necessário, custeadas por meio das dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde, observados os limites de movimentação, empenho e pagamento fixados anualmente e o disposto na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 9º, § 4º)

§ 5º O disposto no § 4º aplica-se às despesas decorrentes de reuniões ordinárias e extraordinárias. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 9º, § 5º)

§ 6º Para fins de justificativa junto aos órgãos competentes, a Secretaria-Executiva da CONITEC poderá emitir declaração de participação dos membros do Plenário nas reuniões. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 9º, § 6º)

Art. 10. Aos membros do Plenário da CONITEC compete: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 10)

I - zelar pelo pleno exercício das suas competências; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 10, I)

II - analisar, nos prazos estabelecidos neste Regimento, matérias que lhes forem distribuídas, podendo solicitar o assessoramento técnico e administrativo do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 10, II)

III - elaborar relatório e voto fundamentado, a serem proferidos em reunião do Plenário, sobre a matéria que lhes for distribuída; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 10, III)

IV - votar nas matérias submetidas à deliberação; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 10, IV)

V - manter confidencialidade dos assuntos tratados no âmbito da CONITEC; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 10, V)

VI - declarar impedimento de votação na hipótese de haver conflito de interesse na matéria a ser deliberada. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 10, VI)

Seção II

Da Secretaria-Executiva da CONITEC

(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 11. A Secretaria-Executiva é responsável pela gestão e pelo suporte administrativo da CONITEC. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 11)

Parágrafo Único. A Secretaria-Executiva da CONITEC será exercida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SCTIE/MS). (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 12. Compete à Secretaria-Executiva da CONITEC: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 12)

I - realizar análise prévia dos requerimentos administrativos apresentados à CONITEC, por meio de avaliação da conformidade formal da documentação e das amostras, nos termos do Capítulo V deste Regimento Interno; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 12, I)

II - providenciar, a pedido do Plenário da CONITEC, a submissão das matérias à consulta pública; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 12, II)

III - praticar todos os atos de gestão administrativa necessários ao desenvolvimento das atividades da CONITEC, inclusive a sistematização de informações para subsidiar as atividades dos membros do Plenário, nos termos deste Regimento Interno; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 12, III)

IV - sem prejuízo das atribuições do Plenário, desenvolver as atividades previstas no art. 4º, parágrafo único, incisos parágrafo único, III, parágrafo único, IV, parágrafo único, VI e parágrafo único, VII II do Anexo XVI ; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 12, IV)

V - sistematizar as informações para subsidiar as atividades dos membros do Plenário; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 12, V)

VI - dar publicidade ao relatório da CONITEC após o término do processo; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 12, VI)

VII - efetuar atividades determinadas pelo Plenário. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 12, VII)

§ 1º Para o cumprimento do disposto neste artigo, a Secretaria-Executiva poderá articular-se com os demais órgãos do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 12, § 1º)

§ 2º Os integrantes da Secretaria-Executiva deverão firmar termo de confidencialidade e declaração de potenciais conflitos de interesses relativamente a quaisquer assuntos tratados no âmbito da CONITEC. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 12, § 2º)

Seção III

Das Subcomissões Técnicas

(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO III, Seção III)

Art. 13. As subcomissões técnicas têm a função de prover apoio técnico às reuniões do Plenário da CONITEC. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 13)

Parágrafo Único. As atividades executadas pelas subcomissões técnicas serão enviadas ao Plenário com trâmite pela Secretaria-Executiva. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 14. Os membros das subcomissões técnicas serão indicados pelos órgãos e entidades designadas pelo Plenário da CONITEC. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 14)

Art. 15. Para cumprimento de suas finalidades, ficam instituídas as seguintes subcomissões técnicas permanentes no âmbito da CONITEC: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 15)

I - Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 15, I)

II - Subcomissão Técnica de Atualização da RENAME e do Formulário Terapêutico Nacional (FTN); e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 15, II)

III - Subcomissão Técnica de Atualização da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 15, III)

Art. 16. Fica o Plenário autorizado a instituir, se conveniente e oportuno, de forma motivada, outras subcomissões de caráter temporário. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 16)

§ 1º No caso de subcomissões de caráter temporário, a sua duração será de 2 (dois) anos, prorrogável uma única vez por, no máximo, 2 (dois) anos. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 16, § 1º)

§ 2º Decorrido o prazo máximo de prorrogação de que trata o §1º, caso seja conveniente e oportuna a manutenção das atividades da subcomissão temporária, fica o Plenário da CONITEC autorizado a submeter à aprovação do Ministro de Estado da Saúde, de forma motivada, a sua constituição em caráter permanente mediante proposta de alteração deste Regimento Interno. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 16, § 2º)

Art. 17. Para cumprimento de suas competências, as subcomissões técnicas poderão convidar representantes de entidades, autoridades, cientistas e técnicos nacionais ou estrangeiros para, exclusivamente em caráter auxiliar, colaborarem em suas atividades. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 17)

§ 1º Aos convidados das subcomissões aplica-se o disposto no art. 5º, § 1º . (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 17, § 1º)

§ 2º Os convites deverão ser previamente avaliados pela Secretaria-Executiva sobre a existência de disponibilidade orçamentária para custeio das despesas de que trata o art. 5º, § 2º . (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 17, § 2º)

Subseção I

Da Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT

(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO III, Seção III, Subeção I)

Art. 18. A Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT será composta de um representante, titular e suplente, dos seguintes órgãos do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 18)

I - da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS): (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 18, I)

a) do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologia em Saúde (DGITS/SCTIE/MS), que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 18, I, a)

b) do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 18, I, b)

c) do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 18, I, c)

II - da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 18, II)

III - da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 18, III)

IV - da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS). (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 18, IV)

Art. 19. Compete à Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19)

I - aprimorar guia metodológico para a elaboração de PCDT; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19, I)

II - definir metodologia e fluxo para avaliação de PCDT; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19, II)

III - construir banco de especialistas para elaborar e revisar (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19, III)

IV - desenvolver critérios para a escolha de temas para futuros PCDT; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19, IV)

V - definir temas para novos PCDT e delimitar escopo; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19, V)

VI - acompanhar, em conjunto com os órgãos competentes do Ministério da Saúde, a elaboração dos PCDT; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19, VI)

VII - avaliar a versão preliminar do texto do PCDT e os algoritmos de diagnóstico, tratamento e monitoramento propostos; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19, VII)

VIII - avaliar as evidências apresentadas e definir a necessidade de estudos adicionais; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19, VIII)

IX - receber a síntese das contribuições das consultas públicas realizadas pelos órgãos competentes do Ministério da Saúde e avaliar a necessidade de informações adicionais; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19, IX)

X - avaliar a versão final do PCDT e preparar manifestação técnica para subsidiar a análise pelo Plenário; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19, X)

XI - desenvolver estratégias de comunicação e disseminação dos PCDT para os diversos atores da sociedade; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19, XI)

XII - atualizar periodicamente os PCDT vigentes. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19, XII)

Subseção II

Da Subcomissão Técnica de Atualização da RENAME e do FTN

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO III, Seção III, Subeção II)

Art. 20. A Subcomissão Técnica de Atualização da RENAME e do FTN será composta de um representante, titular e suplente, dos seguintes órgãos do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 20)

I - do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS), que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 20, I)

II - do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SCTIE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 20, II)

III - do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS). (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 20, III)

Art. 21. Compete à Subcomissão Técnica de Atualização da RENAME e do FTN: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 21)

I - revisar o elenco de medicamentos e insumos da RENAME vigente, visando a sua atualização permanente; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 21, I)

II - demandar ao Plenário a avaliação para incorporação, exclusão e alteração de medicamentos e insumos da RENAME analisados pela subcomissão, que constam ou não da RENAME vigente; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 21, II)

III - consolidar periodicamente a RENAME, a partir das deliberações da CONITEC, e submetê-la ao DAF/SCTIE/MS para fins de pactuação tripartite; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 21, III)

IV - atualizar de forma permanente o FTN, tornando-o instrumento para a promoção do uso racional dos medicamentos definidos na RENAME. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 21, IV)

Subseção III

Da Subcomissão Técnica de Atualização da RENASES

(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO III, Seção III, Subeção III)

Art. 22. A Subcomissão Técnica de Atualização da RENASES será composta de 1 (um) representante, titular e suplente, dos seguintes órgãos do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 22)

I - da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 22, I)

II - da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS): (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 22, II)

a) do Departamento e Gestão e Incorporação de Tecnologia em Saúde (DGITS/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 22, II, a)

b) do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 22, II, b)

c) do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 22, II, c)

d) do Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde (DECIIS/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 22, II, d)

III - da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 22, III)

IV - da Secretaria-Executiva (SE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 22, IV)

V - da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS). (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 22, V)

Art. 23. Compete à Subcomissão Técnica de Atualização da RENASES: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 23)

I - revisar o elenco de ações e serviços disponibilizados na RENASES vigente, visando a sua atualização permanente; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 23, I)

II - demandar ao Plenário a avaliação para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias e procedimentos da RENASES analisados pela subcomissão, que constam ou não da RENASES vigente; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 23, II)

III - consolidar periodicamente a RENASES, a partir das deliberações da CONITEC, e submetê-la à pactuação tripartite. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 23, III)

CAPÍTULO IV

DO PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO

(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO IV)

Art. 24. A incorporação, a exclusão e a alteração pelo SUS de tecnologias em saúde e a constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas serão precedidas de processo administrativo. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 24)

Art. 25. O processo administrativo deverá ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o requerimento, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias, quando as circunstâncias exigirem. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 25)

§ 1º Considera-se a decisão do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde sobre o pedido formulado no processo administrativo como o termo final para fins de contagem do prazo previsto no caput. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 25, § 1º)

§ 2º No caso de impossibilidade de cumprimento do prazo previsto no caput, o processo administrativo entrará em regime de urgência nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 25, § 2º)

I - se o processo estiver em análise pela CONITEC, ficam sobrestadas todas as deliberações a respeito de processos prontos para avaliação até a emissão do relatório sobre o processo pendente; ou (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 25, § 2º, I)

II - se o processo estiver em fase de decisão pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, ficam sobrestados todos os demais processos prontos para decisão até a prática do ato sobre o processo pendente. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 25, § 2º, II)

Seção I

Do Requerimento

(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO IV, Seção I)

Art. 26. Os requerimentos de instauração do processo administrativo para incorporação, alteração ou exclusão pelo SUS de tecnologias em saúde e para constituição ou alteração de PCDT deverão ser protocolados pelo interessado na Secretaria-Executiva da CONITEC, para registro no Sistema Integrado de Protocolo e Arquivo do Ministério da Saúde (SIPAR). (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 26)

§ 1º O solicitante deverá apresentar, no ato da protocolização, os documentos exigidos, obedecendo-se o modelo estabelecido pela CONITEC conforme descrito no Capítulo V deste Regimento Interno. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 26, § 1º)

§ 2º Caso o medicamento seja destinado a mais de uma indicação, deverão ser protocoladas solicitações específicas para cada uma dessas indicações. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 26, § 2º)

§ 3º No caso de produto para saúde, quando 2 (dois) ou mais produtos compuserem um único sistema, deverá ser protocolado um único requerimento abrangendo todos os produtos para aquela indicação. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 26, § 3º)

§ 4º A Secretaria-Executiva poderá solicitar informações complementares ao requerente para subsidiar a análise do pedido. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 26, § 4º)

§ 5º No caso de propostas de iniciativa do próprio Ministério da Saúde, serão consideradas as informações disponíveis e os estudos técnicos baseados em evidências científicas já realizados para fins de análise pela CONITEC. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 26, § 5º)

§ 6º Para fins do disposto no parágrafo anterior, quando se tratar de PCDT, a documentação mínima obrigatória deverá conter o algoritmo de diagnóstico e tratamento e os pareceres técnico-científicos das tecnologias em saúde a serem incluídas e excluídas e caberá à área técnica indicar o relator da matéria na reunião do Plenário. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 26, § 6º)

Art. 27. O requerimento de instauração do processo administrativo para a exclusão de tecnologias em saúde no SUS deverá ser acompanhado dos documentos previstos no Capítulo V deste Regimento Interno, além de outros que venham a ser determinados em ato específico da CONITEC. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 27)

Art. 28. A Secretaria-Executiva da CONITEC verificará previamente a conformidade da documentação exigida. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 28)

§ 1º Constatada, de forma motivada, a ausência de conformidade da documentação com os requisitos previstos no Capítulo V deste Regimento Interno, a Secretaria-Executiva remeterá o processo, com identificação do requisito formal descumprido pelo interessado, para avaliação da matéria pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, que poderá: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 28, § 1º)

I - acolher a manifestação técnica e indeferir o processamento do pedido, sem avaliação do mérito; ou (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 28, § 1º, I)

II - não acolher a manifestação técnica e determinar o retorno dos autos à Secretaria-Executiva da CONITEC para o processamento do pedido. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 28, § 1º, II)

§ 2º Na hipótese do inciso I do § 1º, a Secretaria-Executiva da CONITEC notificará o requerente no prazo de 15 (quinze) dias e procederá ao arquivamento do requerimento, sem prejuízo da possibilidade de apresentação pelo interessado de novo requerimento junto ao Ministério da Saúde com observância dos requisitos previstos no Capítulo V. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 28, § 2º)

§ 3º Da decisão de que trata o inciso I do § 1º caberá a interposição de recurso ao Ministro de Estado da Saúde, sem efeito suspensivo, no prazo de 10 (dez) dias contado a partir da ciência da decisão. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 28, § 3º)

Seção II

Da Instrução Processual

(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO IV, Seção II)

Art. 29. A Secretaria-Executiva da CONITEC, após atestar o cumprimento dos requisitos formais para o processamento do pedido, adotará as providências necessárias para instrução do processo e, posteriormente, a sua distribuição ao Plenário. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 29)

Art. 30. Para os fins do disposto =9128no art. 30], as providências necessárias para a instrução do processo são: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 30)

I - acionamento do órgão do Ministério da Saúde responsável pelo tema demandado para incorporação, alteração ou exclusão de tecnologias em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 30, I)

II - análise das evidências científicas e avaliações econômicas apresentadas pelo solicitante; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 30, II)

III - se necessário, o desenvolvimento de estudos e pesquisas, em articulação com os órgãos do Ministério da Saúde ou das entidades a ele vinculadas e/ou com instituições de ensino, pesquisa e assistência. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 30, III)

Parágrafo Único. Após a conclusão das providências descritas no caput, a Secretaria-Executiva elaborará relatório técnico e o encaminhará ao Plenário. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 30, Parágrafo Único)

Art. 31. A Secretaria-Executiva, de ordem do Presidente da CONITEC, tornará pública aos membros do Plenário a pauta de processos a serem deliberados, com antecedência mínima de 10 (dez) dias da reunião. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 31)

Art. 32. O Plenário poderá requerer à Secretaria-Executiva a realização de diligência para complementar a instrução do processo. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 32)

Seção III

Das Reuniões do Plenário

(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO IV, Seção III)

Art. 33. O Plenário reunir-se-á ordinariamente de acordo com calendário anual previamente por ele aprovado e, extraordinariamente, por convocação da Presidência. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 33)

§ 1º As reuniões do Plenário serão realizadas com o quórum mínimo de 7 (sete) membros. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 33, § 1º)

§ 2º Caso seja constatada a ausência do membro titular por 3 (três) reuniões ordinárias no período de 6 (seis) meses, a Secretaria-Executiva da CONITEC solicitará ao órgão ou entidade a indicação de novo membro titular para fins de substituição do referido representante. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 33, § 2º)

§ 3º Depois de oficiada a solicitação de que trata o § 2º, deverão ser observados os seguintes procedimentos: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 33, § 3º)

I - o membro titular ficará impedido de votar nas reuniões subsequentes do Plenário, ocasiões em que o direito de voto poderá ser provisoriamente exercido pelo respectivo primeiro ou segundo suplente; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 33, § 3º, I)

II - o órgão ou entidade terá até 30 (trinta) dias a contar da ciência da solicitação para que seja indicado novo membro titular para fins de designação pelo Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 33, § 3º, II)

§ 4º A reunião ordinária poderá ser cancelada por falta de quórum mínimo, por determinação do Presidente da CONITEC ou por motivo de força maior, sendo possível ser substituída por reunião extraordinária. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 33, § 4º)

§ 5º As reuniões extraordinárias, quando convocadas, observarão os mesmos procedimentos das reuniões ordinárias. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 33, § 5º)

Art. 34. As reuniões do Plenário serão registradas em atas, nas quais devem constar, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 34)

I - a relação dos participantes contendo o nome de cada membro, do órgão ou entidade que representa e a qualidade de sua participação, ou seja, se titular, primeiro ou segundo suplente; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 34, I)

II - a súmula dos assuntos tratados, descrita de forma sucinta, incluindo-se sugestões apresentadas, todos os votos proferidos e seus fundamentos; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 34, II)

III - a aprovação da ata da reunião anterior. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 34, III)

§ 1º A súmula deve mencionar o número de votos contra e a favor a uma determinada posição adotada no âmbito do Plenário e os eventuais impedimentos de votação para cada assunto da ordem do dia. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 34, § 1º)

§ 2º A ata de cada reunião será elaborada pela Secretaria-Executiva da CONITEC, que providenciará o envio a cada membro do Plenário, para análise, no prazo de 15 (quinze) dias, após a realização da reunião. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 34, § 2º)

§ 3º As eventuais sugestões de emendas e correções à ata deverão ser encaminhadas à Secretaria-Executiva da CONITEC no prazo de 7 (sete) dias depois do seu recebimento e poderão ser incluídas no texto para assinatura na reunião subsequente. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 34, § 3º)

§ 4º Uma vez aprovada a ata pelo Plenário, a Secretaria-Executiva da CONITEC providenciará os devidos registros e seu arquivamento. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 34, § 4º)

Seção IV

Das Deliberações do Plenário

(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO IV, Seção IV)

Art. 35. As deliberações do Plenário serão aprovadas preferencialmente por consenso. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 35)

§ 1º Caso não haja consenso, o Plenário firmará posicionamento sobre a matéria por meio de votação nominal de seus membros, vencendo a posição que obtiver aprovação por maioria simples, observado o quorum mínimo estabelecido no art. 33, § 1º para a realização das reuniões. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 35, § 1º)

§ 2º Caso haja pedido de vista por parte de um dos membros, a votação será suspensa temporariamente e a matéria deverá retornar para continuidade da deliberação na próxima reunião, ordinária ou extraordinária. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 35, § 2º)

§ 3º Os convidados de que trata o art. 5º, os integrantes da Secretaria-Executiva e o membro que esteja apenas acompanhando aquele em efetiva representação de seu órgão ou entidade na reunião terão direito a voz, mas não a voto. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 35, § 3º)

Art. 36. As deliberações do Plenário da CONITEC para cada processo serão convertidas em Registros subscritos por todos os votantes, na forma de relatórios, separados por tipo de recomendação e numerados correlativamente. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36)

§ 1º No caso da impossibilidade de um ou mais membros subscreverem um Registro, o Plenário poderá conferir ao Presidente a responsabilidade por efetuar a referida subscrição. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 1º)

§ 2º º O Registro poderá ser de um dos seguintes tipos formais: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 2º)

I - pela incorporação da tecnologia em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 2º, I)

II - pela não incorporação da tecnologia em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 2º, II)

III - pela ampliação da indicação da tecnologia em saúde, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 2º, III)

IV - pela restrição da indicação da tecnologia em saúde, segundo a CID-10; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 2º, IV)

V - pela exclusão da tecnologia em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 2º, V)

VI - pela não exclusão da tecnologia em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 2º, VI)

VII - pela constituição ou alteração de PCDT; ou (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 2º, VII)

VIII - pela aprovação de PCDT. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 2º, VIII)

§ 3º A deliberação do Plenário da CONITEC poderá ser condicionada a um ou mais dos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 3º)

I - preço máximo para incorporação da tecnologia em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 3º, I)

II - seleção de centros de notória especialização para incorporação da tecnologia em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 3º, II)

III - realização de estudo nas condições reais de uso da população brasileira; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 3º, III)

IV - incorporação de múltiplas tecnologias em saúde em uma linha de cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 3º, IV)

V - outros requisitos que venham a ser estabelecidos pelo Plenário. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 3º, V)

Art. 37. Para cada processo deliberado, o respectivo Registro, na forma de relatório, constituir-se-á no parecer conclusivo sobre o tema, que será submetido pela Secretaria-Executiva à consulta pública para recebimento de contribuições e sugestões pelo prazo de 20 (vinte) dias. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 37)

§ 1º A critério do Plenário e com a devida motivação, o período de recebimento de contribuições poderá ser excepcionalmente reduzido, caso se verifique urgência na deliberação, respeitado o período mínimo de 10 (dez) dias. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 37, § 1º)

§ 2º As contribuições à consulta pública que se referirem ao mérito das evidências científicas deverão ser acompanhadas dos estudos completos sobre a matéria e das respectivas referências bibliográficas. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 37, § 2º)

§ 3º Quando se tratar de PCDT, caberá à Secretaria-Executiva da CONITEC encaminhar a demanda ao órgão do Ministério da Saúde competente para realização de consulta pública, observados os prazos máximos definidos neste artigo. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 37, § 3º)

Art. 38. As contribuições e sugestões recebidas na consulta pública serão organizadas pela Secretaria-Executiva e encaminhadas para análise pelo Plenário em regime de prioridade. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 38)

Parágrafo Único. O Plenário examinará as contribuições e sugestões e retificará ou ratificará o parecer conclusivo, com a respectiva fundamentação. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 38, Parágrafo Único)

Art. 39. Concluída a deliberação pelo Plenário, o Registro, na forma de relatório, será encaminhado pela Secretaria-Executiva da CONITEC ao Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde para decisão. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 39)

Seção V

Da Decisão Sobre o Requerimento Formulado no Processo Administrativo

(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO IV, Seção V)

Art. 40. O Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde poderá solicitar a realização de audiência pública antes de sua decisão, conforme a relevância da matéria. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 40)

Parágrafo Único. Na hipótese de realização de audiência pública, poderá o Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde requerer manifestação, em regime de prioridade, pelo Plenário da CONITEC sobre as sugestões e contribuições apresentadas, que as examinará, proferindo a respectiva manifestação sobre a matéria com a devida fundamentação. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 40, Parágrafo Único)

Art. 41. Quando se tratar de constituição ou alteração de PCDT, o Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos deverá submeter o pedido à manifestação do titular da Secretaria responsável pelo programa ou ação, conforme a matéria. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 41)

Art. 42. O Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde decidirá sobre o requerimento formulado no processo administrativo, com respectiva publicação do ato no Diário Oficial da União. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 42)

Parágrafo Único. A decisão de que trata o caput deste artigo observará, no caso de requerimento de constituição ou alteração de PCDT, a manifestação emitida nos termos do art. 41. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 42, Parágrafo Único)

Art. 43. Da decisão de que trata o artigo anterior cabe recurso, sem efeito suspensivo, no prazo de 10 (dez dias), contado a partir da publicação oficial da decisão. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 43)

Art. 44. O recurso deverá ser dirigido ao Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos que, caso não reconsidere sua decisão no prazo de 5 (cinco) dias, o encaminhará de ofício ao Ministro de Estado da Saúde, instância máxima decisória em nível administrativo. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 44)

Parágrafo Único. Os recursos serão interpostos por meio de requerimento no qual o recorrente deverá expor os fundamentos do pedido de reexame, podendo juntar os documentos que julgar convenientes para instruí-lo. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 44, Parágrafo Único)

Art. 45. O Ministro de Estado da Saúde poderá confirmar, modificar, anular ou revogar, total ou parcialmente, a decisão recorrida em até 30 (trinta) dias, prorrogáveis, mediante justificativa expressa, por igual período de tempo. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 45)

§ 1º Se a decisão do Ministro de Estado da Saúde puder implicar gravame à situação do recorrente, este deverá ser cientificado para que formule suas alegações em até 10 (dez) dias. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 45, § 1º)

§ 2º A decisão do Ministro de Estado da Saúde será publicada no Diário Oficial da União. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 45, § 2º)

Art. 46. Na contagem dos prazos, exclui-se o dia do início e inclui-se o dia do vencimento. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 46)

§ 1º Considera-se prorrogado o prazo até o primeiro dia útil seguinte se a data final para a prática do ato se encerrar em dia não útil, feriado ou em dia em que: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 46, § 1º)

I - for determinado o fechamento das dependências do Ministério da Saúde; ou (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 46, § 1º, I)

II - o expediente do Ministério da Saúde for encerrado antes do horário regular de funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 46, § 1º, II)

§ 2º Os prazos somente começam a correr a partir do primeiro dia útil após a publicação das decisões ou a notificação do interessado. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 46, § 2º)

CAPÍTULO V

DAS INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTA DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA PARA A SAÚDE

(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO V)

Art. 47. Para cada tipo de tecnologia em saúde a ser proposta para fins de incorporação pelo SUS, o proponente deverá entregar a seguinte documentação: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47)

I - formulário para apresentação de proposta de incorporação de tecnologia em saúde preenchido, impresso e assinado, contendo os seguintes itens: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I)

a) informações sobre o proponente; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, a)

b) declaração de entrega de todas as informações e documentos obrigatórios para a composição do processo de proposta de incorporação, exclusão ou alteração de tecnologia em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, b)

c) resumo executivo: descrição sucinta da proposta de incorporação, exclusão ou alteração de tecnologia em saúde, contendo, no mínimo, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c)

1. motivo da solicitação de incorporação, exclusão ou alteração de tecnologia em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 1)

2. nome comercial da tecnologia em saúde no Brasil e, no caso de medicamento, também o do princípio ativo; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 2)

3. nome do fabricante; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 3)

4. natureza da tecnologia: terapia, diagnóstico, prevenção ou, no caso de outra, com a respectiva classificação; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 4)

5. proteções patentárias da tecnologia em saúde no Brasil e as respectivas validades; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 5)

6. descrição da(s) apresentação(ões) solicitada(s), conforme registro na ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 6)

7. número e validade do registro na ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 7)

8. indicações e/ou usos aprovados pela ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 8)

9. indicação proposta para o SUS (deve ser citada apenas uma indicação por solicitação); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 9)

10. fase ou estágio da doença ou da condição de saúde em que a tecnologia em saúde será utilizada (deve ser citada apenas uma fase/estágio por solicitação); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 10)

11. caracterização da tecnologia em saúde em relação (à)s atualmente utilizada(s) no SUS (alternativa, complementar, substitutiva); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 11)

12. valor agregado com o uso da tecnologia em saúde, se houver; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 12)

13. necessidade de adequação de infraestrutura para o uso da tecnologia; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 13)

14. comparador principal ou padrão-ouro; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 14)

15. estudo(s) no(s) qual(is) a evidência clínica apresentada é baseada; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 15)

16. principais desfechos clínicos dos estudos apresentados na proposta; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 16)

17. tipo de avaliação econômica realizada (na perspectiva do SUS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 17)

18. razão incremental de custo-efetividade; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 18)

19. preço CMED (preço fábrica - ICMS 18%), no caso de medicamento; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 19)

20. preço proposto para a incorporação ou alteração da tecnologia em saúde, em moeda corrente (R$); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 20)

21. estimativa anual do número de pacientes que poderão utilizar a tecnologia em saúde nos primeiros 5 (cinco) anos; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 21)

22. estimativa de impacto orçamentário da tecnologia em saúde no SUS, na abordagem epidemiológica, para os primeiros 5 (cinco) anos de utilização; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 22)

II - documento principal composto das seguintes partes: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II)

a) sumário: lista organizada, com indicação dos números das páginas em que estão localizados os assuntos, seções, etc; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II, a)

b) descrição da doença e/ou condição de saúde: epidemiologia, história natural da doença, incidência e/ou prevalência, etc; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II, b)

c) descrição da tecnologia em saúde, com o seguinte conteúdo mínimo: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II, c)

1. informações sobre a tecnologia em saúde: nome comercial do produto no Brasil e no país de origem, descrição sintética da tecnologia em saúde, identificação do fabricante, indicação (doença ou condição de saúde), proposta da tecnologia em saúde em conformidade com o registro do produto na ANVISA e forma de apresentação e concentração (em caso de medicamentos); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II, c, 1)

2. identificação de proposta: apontar se trata da incorporação de medicamento ou produto para saúde (diagnóstico ou tratamento) ou procedimento ou nova indicação ou nova apresentação de medicamento já disponível no SUS; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II, c, 2)

3. informações sobre a regularidade sanitária: número de registro na ANVISA (13 dígitos), validade do registro na ANVISA e data da publicação do registro na ANVISA; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II, c, 3)

4. informações de mercado: proteção patentária no Brasil, validade da patente, preço aprovado pela CMED, no caso de medicamento, e preço proposto de venda ao governo; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II, c, 4)

d) descrição das evidências científicas relativas à eficácia, efetividade, acurácia e segurança da tecnologia em saúde proposta, comparadas, quando couber, a tecnologias em saúde já incorporadas, por meio de apresentação de Revisão Sistemática ou Parecer Técnico-Científico (PTC) desenvolvido de acordo com a edição atualizada da

Diretriz Metodológica de Elaboração de PTC do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II, d)

e) apresentação de estudo de avaliação econômica (custo-efetividade, custo-minimização, custo-utilidade ou custo-benefício) na perspectiva do SUS, de acordo com a edição atualizada da Diretriz Metodológica de Estudos de Avaliação Econômica de Tecnologias em Saúde do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II, e)

f) apresentação de estimativa de impacto orçamentário, na abordagem epidemiológica, da tecnologia proposta e correspondente comparação com a tecnologia em saúde já disponível no SUS; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II, f)

g) referências bibliográficas; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II, g)

h) anexo: cópia da bula ou instrução de uso aprovada na ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II, h)

III - textos completos dos estudos científicos referenciados (apenas em meio digital). (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, III)

Parágrafo Único. O formulário para apresentação de proposta de incorporação de tecnologia em saúde e as Diretrizes Metodológicas do Ministério da Saúde encontram-se disponíveis no Portal da Saúde, no endereço eletrônico http://portal.saude.gov.br, na página da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - Novas Tecnologias. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, Parágrafo Único)

Art. 48. Os artigos científicos em língua estrangeira, exceto nas línguas inglesa e espanhola, deverão ser entregues com tradução juramentada para a língua portuguesa. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 48)

Art. 49. A CONITEC poderá dispensar a entrega de documento(s) listado(s) nos termos do art. 47 nos casos de necessidade emergencial ou interesse do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 49)

Art. 50. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidos pelo Plenário. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 50)

Anexo XVII

TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS, ÓRTESES/PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPM DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Anexo 1)

1. INTRODUÇÃO

A necessidade de unificação dos sistemas de informação e bases de dados na área da saúde é uma antiga evidência. Tal unificação depende essencialmente da adoção de padrão único para entrada de dados e das ferramentas tecnológicas utilizadas. A padronização do registro da informação implica a necessidade de adequar os diferentes sistemas, garantindo a preservação de séries históricas.

Mesmo que atendidas essas premissas, a decisão política de implantação e a ousadia de cumpri-las são os determinantes máximos.

O levantamento retrospectivo dos sistemas de informação da assistência à saúde remonta a estágios diferentes. Na década de 1980 foi implantado o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social - SAMHPS/AIH, com o objetivo principal de efetuar pagamento aos hospitais contratados pelo INAMPS, estendido, a seguir, aos hospitais filantrópicos e por último aos universitários e de ensino.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde e a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, nasce, em 1991, o Sistema de Informação Hospitalar SIH/SUS, e no período de 1990 a 1995, surge o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS, ambos com foco principal no pagamento de faturas por produção de serviços.

Os Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar nasceram com tabelas de procedimentos próprias e distintas. A duplicidade dessas tabelas para registro de um mesmo procedimento, conforme a modalidade de atendimento ambulatorial ou hospitalar, com códigos e valores distintos para cada atendimento, tornou difícil, senão impossível, a integração das bases de dados para estudos, análises e planejamento na gestão da saúde.

A decisão política imprescindível para a unificação, no entanto, foi tomada e levada adiante com participação ampla. Hoje, com as possibilidades da tecnologia da informação não só se torna viável a implantação da Tabela de procedimentos, mas, essencialmente, direciona a unificação e seu uso como instrumento para as ações de planejamento, programação, regulação e avaliação em saúde.

Iniciativas no sentido da unificação das tabelas de procedimentos do SUS remontam a uma década. O processo não chegou a sua conclusão, foi sempre abortado por motivos diversos. No entanto, a cada tentativa foram alcançados novos estágios e o resultado constituiu arcabouço importante para a construção da Tabela de procedimentos.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Implantar a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde.

2.2. ESPECÍFICOS

1.Implantar a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS em todo o País.

2.Substituir as atuais tabelas de procedimentos dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar - SIA e SIH/SUS, pela Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

3.Subsidiar os gestores nas ações de planejamento, programação, regulação e avaliação em saúde, contribuindo para o aperfeiçoamento dos registros e análises das informações em saúde.

4.Definir a estrutura, a lógica e a organização da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

5.Detalhar os atributos associados a cada procedimento.

3. ESTRUTURA DA TABELA

A Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS está estruturada por níveis de agregação. São 4 (quatro) os níveis, a saber:

3.1.GRUPO - Abrange o maior nível de agregação da tabela-primeiro nível. Agrega os procedimentos por determinada área de atuação, de acordo com a finalidade das ações a serem desenvolvidas.

3.2.SUBGRUPO - Segundo nível de agregação da tabela. Agrega os procedimentos por tipo de área de atuação.

3.3.FORMA DE ORGANIZAÇÃO - Terceiro nível de agregação da tabela. Agrega os procedimentos por diferentes critérios: Área Anatômica; Diferentes Sistemas do Corpo Humano; Por Especialidades; Por Tipos de Exame; Por Tipos de Órtese e Prótese; Por Tipos de Cirurgias; outros.

3.4.PROCEDIMENTO - É o menor nível de agregação da tabela ou quarto nível - É o detalhamento do método, do processo, da intervenção ou da ação que será realizada no usuário, no ambiente e ainda no controle ou acompanhamento dos atos complementares e administrativos ligados direta ou indiretamente ao atendimento de usuários no Sistema Único de Saúde. Cada procedimento tem atributos definidos que os caracterizam de forma exclusiva.

3.5. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DO PROCEDIMENTO:

ATRIBUTOS - São características inerentes aos procedimentos constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e estão relacionados diretamente:

-ao próprio procedimento;

-ao estabelecimento de saúde por meio do SCNES;

-ao usuário do SUS; e

-a forma de financiamento definidas nas Políticas de Saúde do SUS.

Observação - Para cada procedimento da tabela existem atributos definidos, os quais são necessários para operacionalizar o processamento dos sistemas de produção ambulatorial e hospitalar.

TABELA DE DETALHAMENTO DOS ATRIBUTOS

EM RELAÇÃO	ATRIBUTOS	REFERÊNCIA	DEFINIÇÕES
PROCEDIMENTO	Código, Nome e Descrição	Código numérico e nome e/ou descrição alfa-numérico	São identificadores dos procedimentos. Obrigatório para todos os procedimentos.
	Vigência/Portaria	Vigência inicial e final: Data e número da portaria de origem	Data e portaria a partir da qual o procedimento foi incluído e excluído do sistema.
	Modalidade do Atendimento	Ambulatorial, Internação Hospitalar, Hospital Dia, Atenção Domiciliar.	Local onde o procedimento pode ser realizado.
	Complexidade	Atenção Básica; Média, Alta Complexidade; Não se aplica.	Relaciona o grau de infra-estrutura, especialização, elaboração ou sofisticação que envolve a realização do procedimento.
	Classificação Brasileira de Ocupações - CBO	Tabela de Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego	Especialidades profissionais que estão aptas a realizar o procedimento
	Exige Autorização	APAC e AIH 1-Não, 2- Sim, com emissão de APAC 3- Sim, com emissão de AIH, 4- Sim, sem emissão de AIH, 5- Sim, com emissão de APAC e AIH, 6- Sim, com emissão de APAC, sem emissão de AIH (ex: tomografia)	Vincula a necessidade de autorização prévia do gestor para realização do procedimento. Procedimentos de Internação - todos os procedimentos que geram internação e os especiais devem ser autorizados pelo gestor; Procedimentos ambulatoriais - Devem ser autorizados pelo gestor todos os procedimentos que geram APAC, que são procedimentos de alta complexidade, com tratamento contínuo, medicamentos de dispensação excepcional/estratégicos e procedimentos de transplantes, bem como todos os exames de alta complexidade. Obs: Cada gestor, dependendo da necessidade e do processo de regulação, poderá definir outros procedimentos com exigência de autorização.
	Dias de Permanência	Número/quantidade de dias	É o número de dias previstos para aquele procedimento, também chamado de média de permanência.
	Admite Tratamento Continuado	Sim ou Não	É o tratamento no qual o paciente não tem a perspectiva da data da alta uma vez que a ação, o cuidado ou a terapia indicada tem característica de continuidade. Ocorre em Psiquiatria, Pacientes sob Cuidados Prolongados, Tuberculose e Hanseníase, Nefrologia, Medicamentos de dispensação excepcional e oncologia.
	Total de Pontos do Ato	Quantitativo numérico	É o número de pontos definidos para um procedimento de internação. É a base para cálculo do rateio exclusivo para a fração Serviços Profissionais (SP).
	Quantidade Máxima	Quantitativo numérico	Utilizado para procedimentos com quantidade máxima permitida.
	Admite Anestesia	Sim ou Não 1- Não, 2-Sim,Anestesia 3-Sim, Analgesia	Informa se o procedimento pode ou não ser realizado sob anestesia.
	Órteses, Próteses e Materiais (OPM)	Código dos procedimentos	Explicita a compatibilidade entre OPM e procedimento principal no caso da internação hospitalar.

	Valor	Moeda Nacional (Real)	É o valor de referência nacional mínimo definido pelo Ministério da Saúde para remuneração do procedimento. - O valor da internação hospitalar compreende: a) Serviços Hospitalares (SH) - incluem diárias, taxas de salas, alimentação, higiene, pessoal de apoio ao paciente no leito, materiais, medicamentos e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia - SADT (exceto medicamentos especiais e SADT especiais); e b) Serviços Profissionais (SP) - correspondem à fração dos atos profissionais (médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros obstetras) que atuaram na internação. - O valor ambulatorial (SA)- compreende um componente - o SA, que inclui taxa de permanência ambulatorial, serviços profissionais, materiais, medicamentos, apoio. (Não está incluído medicamento de dispensação excepcional).
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	Serviço/Classificação (S/C)	Tabela de Serviço/Classificação do SCNES	O estabelecimento de saúde deve dispor do serviço/classificação compatível, devidamente cadastrado no CNES.
	Habilitação (HB)	Tabela de Habilitação - SCNES	O estabelecimento de saúde deve ter habilitação específica e cadastrada no CNES.
	Especialidade do Leito exigida	Tabela de especialidade dos leitos - SCNES	O estabelecimento de saúde deve ter a especialidade do leito cadastrado no CNES.
	Tipo de Prestador	Tabela de Prestador - SCNES	O tipo de prestador deve ser compatível e informado no CNES.
USUÁRIO	Idade	Em anos de vida - idade mínima: 0 anos Idade máxima: 110 anos	É a idade do paciente em anos para que o mesmo seja submetido ao procedimento. Quando do atendimento a paciente com idade superior, caberá ao gestor avaliar e efetivar a autorização.
	Sexo	Masculino ou Feminino	É o sexo do paciente para o qual é possível para a realização do procedimento (Pode ser também "ambos").
	CID Principal	Código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10	Corresponde à doença/lesão de base que motivou especificamente o atendimento ambulatorial ou internação.
	CID Secundário	Código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10	Corresponde à doença/lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente a doença de base; O CID secundário é campo obrigatório para determinados procedimentos.
FINANCIAMENTO	Forma de Financiamento de custeio	PAB; MAC, FAEC, Incentivo MAC, Assistência Farmacêutica ou Vigilância em Saúde.	É o tipo de financiamento do procedimento em coerência com o Pacto de Gestão.
	Incremento	Percentual	É um percentual que é acrescido ao valor original do procedimento e está vinculado diretamente a uma habilitação do estabelecimento.

5. CODIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO DA TABELA

O código de procedimento está estruturado da seguinte forma:

a)a estrutura de codificação de cada procedimento tem 10 (dez) dígitos de formato numérico;

b)o dois primeiros dígitos identificam o grupo;

c)o terceiro e o quarto dígitos identificam o subgrupo;

d)o quinto e o sexto dígitos identificam a forma de organização;

e)o sétimo, o oitavo e o nono dígitos identificam o seqüencial dos procedimentos; e

f)o décimo dígito identifica a validação do código do procedimento.

Ou seja, GG.SG.FO.PRO-X, onde:

GG é o grupo

SG é o subgrupo

FO é a forma de organização

PRO é o seqüencial do procedimento X é o dígito verificador.

6. SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA

A complexidade que envolveu o processo de unificação das tabelas do SIA/SUS e do SIH/SUS exigiu o desenvolvimento de um sistema para sua efetivação. O Ministério da Saúde desenvolveu com a participação conjunta de técnicos da CGSI/DRAC/SAS e do DATASUS/SE, o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Esse sistema tem por objetivo fazer o gerenciamento da Tabela e proporcionar série histórica das inclusões, alterações e exclusões dos procedimentos. A coordenação e o gerenciamento da referida Tabela por meio desse sistema é de responsabilidade da CGSI/DRAC/SAS/MS, porém, toda implementação e guarda do banco de dados do referido sistema é de responsabilidade do DATASUS/SE/MS.

7. METODOLOGIA DA DEFINIÇÃO DO VALOR UNITÁRIO DOS PROCEDIMENTOS E DO CÁLCULO DE IMPACTO DA TABELA

Diante das possibilidades orçamentárias do MS, foram definidos alguns critérios para diminuir diferenças ou minimizar distorções encontradas no processo de unificação. Definiu-se que o grupo de procedimentos de finalidade diagnóstica tivesse o mesmo valor de procedimento para os sistemas ambulatorial e hospitalar, baseado no fato de que a complexidade do exame não se altera por ser este realizada ambulatorialmente ou em regime de internação. Vários procedimentos com finalidade diagnóstica não tinham valor na tabela hospitalar, e sim no rateio de pontos, mesmo os procedimentos passíveis de autorização. Assim, os procedimentos: Tomografia; Endoscopia; Radiologia Intervencionista; Medicina Nuclear in Vivo; Ressonância Magnética; Anatomia Patológica; Coleta por punção ou biopsia; Ultra-sonografia e Diagnóstico em Hemoterapia ficaram com o mesmo valor no ambulatório e no hospital.

7.1. QUANTO AOS PROCEDIMENTOS DA TABELA QUE TÊM MAIS DE UM CÓDIGO DE ORIGEM

Foi estabelecida média ponderada, com base na produção de 2005, realizada para procedimentos ambulatoriais e hospitalares em separado.

7.2.QUANTO AOS PROCEDIMENTOS DE FINALIDADE DIAGNÓSTICA

Foi atribuído valor igual (SIA e SIH) para os Procedimentos com Finalidade Diagnóstica, sendo adotada a maior média ponderada (ambulatorial ou hospitalar). Para os procedimentos com valores zerados no SIH, nos tipos de exames abaixo, foi adotada a média ponderada ambulatorial:

- Anatomia Patológica;
- Coleta por punção ou biopsia;
- Tomografia;
- Endoscopia;
- Radiologia Intervencionista;
- Medicina Nuclear in Vivo;
- Ressonância Magnética;
- Ultra-sonografia;
- Fisioterapia;
- Diagnóstico em Hemoterapia

Observação - Com a adequação dos procedimentos com finalidade diagnóstica, permaneceram com valor zerado na internação os procedimentos de radiologia, laboratório clínico e métodos diagnósticos em especialidade (exemplo: ECG), sendo o valor da fração correspondente ao SADT incorporada ao valor do SH.

7.3.QUANTO À DIÁRIA DE UTI, CUJA CÓDIGO NÃO EXISTIA NA TABELA SIH/SUS

Aos procedimentos de Diária de UTI, que na tabela do SIH não tinham códigos (UTI I), foram atribuídos códigos na Tabela UTI adulto, neonatal e pediátrica, Foi adotada a média ponderada, considerando a produção de 2005, no valor de R$ 95,90.

7.4.QUANTO À DIÁRIA DE ACOMPANHANTE, CUJO NÃO EXISTIA CÓDIGO NA TABELA DO SIH/SUS

Para diária de acompanhante, que na tabela do SIH não tinha código, na Tabela foram atribuídos 2 códigos: a) diária de acompanhante para criança e adolescente; b) diária de acompanhante adulto. Neste caso, foi adotado o valor único com a média fixada em R$ 4,33 considerando os valores da diária geral de R$ 2,65 e o da diária para a gestante e idoso de R$ 6,00.

7.5.SOBRE O ATRIBUTO INCREMENTO

Na Tabela, o critério adotado quando da existência de mais de um procedimento de origem, com valores diferentes por vinculação a uma habilitação como, por exemplo, o procedimento de Parto, foi o de unificar os procedimentos e estabelecer um % de incremento vinculando à habilitação específica, em conformidade às portarias específicas.

8. QUANTO À COMPOSIÇÃO DO VALOR DOS PROCEDIMENTOS

Na Tabela, o valor do procedimento de internação possui dois componentes: Serviços Hospitalares (SH), incorporando os Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT) e Serviços Profissionais (SP). O valor do procedimento ambulatorial tem um componente, Serviços Ambulatoriais (SA).

- O valor da internação hospitalar compreende:

a)Serviços Hospitalares - SH - incluem diárias, taxas de salas, alimentação, higiene, pessoal de apoio ao paciente no leito, materiais, medicamentos e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia -SADT (exceto medicamentos especiais e SADT especiais); e

b)Serviços Profissionais - SP - Corresponde à fração dos atos profissionais (médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros obstetras) que atuaram na internação.

- O valor ambulatorial (SA): compreende somente o componente SA, que inclui taxa de permanência ambulatorial, serviços profissionais, materiais, medicamentos, apoio, não está incluído medicamento de dispensação excepcional.

Observação - Considerando que o Pacto de Gestão estabelece a extinção do Tipo 7, ou seja, exclui a desvinculação de honorários de pessoa física, referente à prestação de serviços hospitalares, é necessário rediscutir no prazo definido naquele instrumento normativo, na Comissão Intergestores Tripartite, a forma de absorver o componente SP no valor hospitalar da Tabela.

9. SOBRE PROCEDIMENTOS CNRAC E DE URGÊNCIAS Serão identificados na Tabela os procedimentos que integram a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC e os que fazem parte do elenco de procedimentos passíveis de urgências, os quais serão necessários para o processamento dos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar.

Anexo XVIII

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - CIH (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Anexo 1)

Orientações para preenchimento da Comunicação de Internação Hospitalar (CIH)

Layout do Arquivo Texto

Cabeçalho

Nome do Campo	Pos.Ini	Tam.	Descrição	Orientações	Obrigatório
LABEL	0001	0001	Código do Registro	Tipo do registro 1 - Cabeçalho 2 - Dados Internação 3 - Arquivo s/ movimento	SIM
CNES	0002	0007	Código do CNES	Código do hospital no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	SIM
VERSAO	0009	0007	Versão do Sistema	Versão do aplicativo utilizado	SIM

Dados de Internação

Nome do Campo	Pos.Ini	Tam.	Descrição	Orientações	Obrigatório

LABEL	0001	0001	Código do Registro	Tipo do registro 1 - Cabeçalho 2 - Dados Internação 3 - Arquivo s/ movimento	SIM
NOME_PAC	0002	0060	Nome do Paciente	Nome completo do paciente	SIM
LOGR	0062	0025	Logradouro	Logradouro do endereço de residência do paciente	SIM
NUMERO	0087	0005	Número	Número do endereço de residência do paciente	SIM
COMPL	0092	0015	Complemento	Complemento do endereço de residência do paciente	NÃO
COD_MUNIC	0107	0006	Código do Município IBGE	Código IBGE do município de residência do paciente	SIM
UF	0113	0002	Unidade da Federação	Sigla de identificação da unidade federada de residência do paciente	SIM
CEP	0115	0008	CEP do Paciente	Código de endereçamento postal do endereço de residência do paciente	SIM
DT_NASC	0123	0008	Data de nascimento do paciente	Dia, mês e ano do nascimento do paciente no formato ddmmaaaa	SIM
SEXO	0131	0001	Sexo do paciente	Código de identificação do sexo do paciente: M - Masculino, F - Feminino	SIM
CNS	0132	0015	Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do paciente	NÃO
PROCED_REALIZ	0147	0008	Código do procedimento principal	Código do procedimento principal realizado, com base na tabela de procedimentos do SIH/SUS	SIM
DIAG_PRINCIPAL	0155	0004	Código do diagnóstico principal	Código do diagnóstico principal, com base na Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão	SIM
DIAG_SECUNDÁRIO	0159	0004	Código do diagnóstico secundário	Código do diagnóstico secundário, com base na Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão	NÃO
DATA_INTERN	0163	0008	Data de Internação	Dia, mês e ano de internação do paciente no formato ddmmaaaa	SIM
DATA_SAÍDA	0171	0008	Data de Saída	Dia, mês e ano de saída do paciente no formato ddmmaaaa	SIM
TIPO_ALTA	0179	0002	Motivo de Saída	Código de identificação do tipo de saída do paciente, com base na tabela de motivo de cobrança do SIH/SUS, constante do Anexo II a esta portaria	SIM
FONTE_REMUNER	0181	0001	Fonte remuneração / financiamento da Internação	Código da Fonte de Remuneração da Internação, com base na tabela de Fonte de Remuneração da CIH	SIM
DESC_PROCE	0182	0040	Descrição do procedimento realizado	Descrição do procedimento realizado obrigatório quando o código utilizado for 50-000-00-4	SIM
REG_OPS	0222	0006	Registro ANS da Operadora	Código do registro junto à ANS da operadora responsável pela internação	Somente para fonte de remuneração 1
CNPJ_OPS	0228	0014	CNPJ da Operadora	Número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora responsável pela internação	Somente para fonte de remuneração 1, 6 ou 9
COD_BEN	0242	0030	Código do beneficiário	Para fonte de remuneração por convênio plano privado. Código de identificação do beneficiário na operadora responsável pela internação	Somente para fonte de remuneração 1
DOC_ÓBITO	0272	0008	Número da declaração de óbito	Número da declaração de óbito quando o motivo de saída for óbito	Somente em caso de óbito
QTD_NASCIDOS	0280	0001	Quantidade de nascidos	Quantidade de nascidos	Somente para procedimento realizado igual a parto
DOC_NASC1	0281	0008	Número da declaração de Nascido	Número da declaração do nascido quando procedimento realizado for parto	Somente para Qtd nascidos diferente de zero
DOC_NASC2	0289	0008	Número da declaração de Nascido	Número da declaração do nascido quando procedimento realizado for parto	Somente para Qtd nascidos diferente de zero
DOC_NASC3	0297	0008	Número da declaração de Nascido	Número da declaração do nascido quando procedimento realizado for parto	Somente para Qtd nascidos diferente de zero
DOC_NASC4	0305	0008	Número da declaração de Nascido	Número da declaração do nascido quando procedimento realizado for parto	Somente para Qtd nascidos diferente de zero
DOC_NASC5	0313	0008	Número da declaração de Nascido	Número da declaração do nascido quando o procedimento realizado for parto	Somente para Qtd nascidos diferente de zero
DIAS_UTI	0321	0003	Número de dias de UTI	Número de dias do permanência do paciente em Unidade de Tratamento Intensivo, quando houver	NÃO
PRONTUÁRIO	0324	0012	Número do prontuário	Número do prontuário do paciente	SIM
COMPETÊNCIA	0336	0006	Competência do Movimento	Mês e ano de competência do movimento no formato mmaaaa	SIM

Anexo XIX

CÓDIGOS PARA PREENCHIMENTO DO CAMPO FONTE DE REMUNERAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Anexo 2)

Códigos para preenchimento do campo Fonte de Remuneração

1	Convênio - Plano Privado
2	Particular - Pessoa Física
3	Gratuito
4	Financiado com recurso próprio da SES
5	Financiado com recurso próprio da SMS
6	Convênio - Plano Público
8	DPVAT
9	Particular - Pessoa Jurídica

Códigos para preenchimento do campo Motivo de Saída, conforme a tabela de motivo de alta do SIH/SUS

Em caso de alta 10. para complementação em internação domiciliar	Em caso de óbito com necropsia 41. até 24 horas da internação 45. de 24 até 48 horas, chegou agônico
11. curado	46. de 24 até 48 horas, não chegou agônico 43. ocorreu após 48 horas da internação
12. melhorado 13. inalterado	44. óbito parturiente com permanência do recém-nascido
14. a pedido 15. internado para diagnóstico	Em caso de óbito sem necropsia 51. nas primeiras 48 horas, chegou agônico
16. administrativa 17. por indisciplina	52. nas primeiras 48 horas, não chegou agônico
18. por evasão 19. para completar tratamento em ambulatório	53. ocorreu após 48 horas 54. óbito parturiente com permanência do recém-nascido
Em caso de permanência 21 . por características da doença	Em caso de reoperação 61. em politraumatizado c/menos 24h da 1ª cirurgia
22 . por intercorrência	62. em politraumatizado 24 a 48h após 1ª cirurgia
23 . por motivo social	63. em politraumatizado 48 a 72h após 1ª cirurgia
24 . por doenca crônica	64. em politraumatizado acima 72h após 1ª cirurgia
25 . por impossibilidade de convívio sociofamiliar	65. em cir.emergência c/menos 24h após 1ª cirurgia
Em caso de transferência	66. em cir. de emergência 24 a 48h após 1ª cirurgia

31. para tisiologia	67. em cir. de emergência 48 a 72h após 1ª cirurgia
	68. em cir.emergência acima 72h após 1ª cirurgia
	69. alta da parturiente com permanência do recém-nascido
32. para psiquiatria	Em caso de alta da parturiente com permanência do recém-nascido
33. para clínica médica	71. Em caso de alta da parturiente com permanência do recém-nascido
34. para cirurgia	
35. para obstetrícia	
36. para berçário	
37. para pediatria	
38. para isolamento	
39. para outros (CTI, radioterapia,etc..)	

O campo procedimento realizado deve ser preenchido de acordo com a Tabela de Procedimentos do SIH/SUS (DAIH050) vigente na época da internação.

Os campos de diagnóstico principal e secundário devem ser preenchidos de acordo com a Tabela de Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão.

O campo Código do Município deve ser preenchido de acordo com a Tabela de Municípios do IBGE.

O campo Registro ANS da Operadora deve ser preenchido de acordo com a Tabela de Operadoras da ANS. Essas tabelas podem ser encontradas nos sítios eletrônicos: http://cih.datasus.gov.br e www.datasus.gov.br.

Anexo XX

ORIENTAÇÕES PARA ENVIO DOS ARQUIVOS DA COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Anexo 3)

Orientações para envio dos arquivos da Comunicação de Internação Hospitalar

1. Do hospital à SES/SMS:

1.1. No caso de arquivos gerados pelo CIH01

Após a digitação e a validação dos dados de internação de uma determinada competência, utilizando o programa CIH01 gerar o disquete e encaminhá-lo à Secretaria segundo as orientações definidas pelo gestor estadual ou municipal.

1.2. No caso de arquivos textos gerados pelo hospital (sistema próprio)

Após a importação e validação dos dados de internação de uma determinada competência, utilizando o programa CIH01 gerar o disquete e encaminhá-lo a secretaria segundo as orientações definidas pelo gestor estadual ou municipal.

1.3. Em ambos os casos deve ser encaminhado o arquivo compactado gerado automaticamente pelo aplicativo.

1.4. No caso de não existir movimento para a competência, o mesmo procedimento de geração do disquete deve ser efetuado (será gerado um arquivo com informações pertinentes a esta situação).

2. Da SES/SMS ao DATASUS/SE/MS:

2.1. Importar os arquivos de uma determinada competência, dos estabelecimentos sob a gestão do Estado ou do Município utilizando o programa CIH02.

2.2. Gerar o arquivo compactado CIH02 e encaminhar ao DATASUS por meio do aplicativo transmissor simultâneo, disponível para download no sítio eletrônico http://w3.datasus.gov.br/transmissor/transmissor.php.

Anexo XXI

MEDICAMENTOS (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Anexo 1)

Nº.	CATMAT	MEDICAMENTOS	QUANTIDADE POR KIT
1	BR0267502	Acido Acetilsalicílico comprimido 100mg	500
2	BR0267506	Albendazol - Comprimido mastigável - 400 mg	300
3	BR0271089	Amoxicilina cápsula 500 mg	1.500
4	BR0271111	Amoxicilina pó para suspensão oral 50mg/ml Frasco 60 ml	150
5	BR0267581	Beclometasona Dipropionato, Spray Oral, 250mcg/Dose.	15
6	BR0270612	Benzilpenicilina benzatina pó para suspensão injetável 1.200.000 UI	50
7	BR0270614	Benzilpenicilina Procaína + Potássica suspensão injetável 300.000+100.000 UI	100
8	BR0267613	Captopril comprimido 25 mg	1.000
9	BR0268237	Cloreto de sódio solução injetável 0,9 % (0,154mEq/mL) frasco 250mL	50
10	BR0268237	Cloreto de sódio solução injetável 0,9 % (0,154mEq/mL) frasco 500mL	100
11	BR0267312	Cloridrato de metoclopramida Comprimido 10 mg -	100
12	BR0267772	Cloridrato de propranolol comprimido 40 mg	500
13	BR0267736	Cloridrato de ranitidina comprimido 150 mg	500
14	BR0267643	Dexametasona creme 0,1% bisnaga c/10 g	100
15	BR0267671	Glibenclamida comprimido 5 mg	500
16	BR0267543	Glicose solução injetável 50 mg/mL (5%) frasco 500mL	50
17	BR0267674	Hidroclorotiazida comprimido 25 mg	1.000
18	BR0343298	Hipoclorito de Sódio solução 10 mg cloro/mL frasco 50mL	250
19	BR0294648	Ibuprofeno comprimido 200mg	1.000
20	BR0267691	Metformina comprimido 850mg	500
21	BR0267717	Metronidazol comprimido 250 mg	200
22	BR0267778	Paracetamol comprimido 500 mg	1.000
23	BR0267777	Paracetamol solução oral 200 mg/ml Frasco 10 ml	100
24	BR0363597	Permetrina loção 5% Frascos 60 ml	50
25	BR0267741	Prednisona comprimido 5 mg	500
26	BR0268390	Sais para reidratação oral, envelope com 27,9g - envelope para 1 Litro.	700
27	BR0303292	Solução Ringer + lactato solução injetável	50

28	BR0308882	Sulfametoxazol + trimetoprima comprimido 400 mg + 80 mg	500
29	BR0308884	Sulfametoxazol + trimetoprima suspensão oral (40 mg + 8 mg)/mL - Frasco 60 ml	50
30	BR0294887	Sulfato de salbutamol aerossol 100 µg/dose	10

Anexo XXII

INSUMOS ESTRATÉGICOS (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Anexo 2)

Nº	CATMAT	INSUMOS	QUANTIDADE POR KIT
1	BR0361762	Atadura de crepom 10 cm	12 unidades
2	BR0361770	Atadura de crepom 15 cm	12 unidades
3	BR0361768	Atadura de crepom 30 cm	12 unidades
4	BR0282631	Cateter de punção intravenosa 18	50 unidades
5	BR0282632	Cateter de punção intravenosa 20	50 unidades
6	BR0282633	Cateter de punção intravenosa 22	50 unidades
7	BR0282635	Cateter de punção intravenosa 24	50 unidades
8	BR0278499	Cateter de punção tipo borboleta 21	100 unidades
9	BR0278497	Cateter de punção tipo borboleta 23	100 unidades
10	BR0269971	Compressa de gaze 7,5 x 7,5	1.000 unidades
11	BR0364510	Equipo para soro Macrogotas	200 unidades
12	BR0278500	Esparadrapo 100 mm x 4,5 m	12 unidades
13	BR0269892	Luva para procedimento tamanho grande	200 unidades
14	BR0269893	Luva para procedimento tamanho médio	200 unidades
15	BR0269894	Luva para procedimento tamanho pequeno	300 unidades
16	BR0315901	Máscara descartável	100 unidades
17	BR0298557	Seringa descartável com agulha 25 x 7 - 10 ml	400 unidades
18	BR0292118	Seringa descartável com agulha 25 x 7 - 5 ml	700 unidades

Anexo XXIII

SOBRE O PREENCHIMENTO DA COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR E ATENDIMENTO AMBULATORIAL - CIHA (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Anexo 1)

Orientações para preenchimento da Comunicação de Internação Hospitalar e Atendimento Ambulatorial - CIHA

NOME CAMPO	POS INI	TAM	TIPO	DESCRIÇÃO	CONTEÚDO	PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO
TIPO_REG	1	1	NUMÉRICO	TIPO DO REGISTRO	1 - Header	SIM
CNES	2	7	NUMÉRICO	CADASTRAMENTO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	SIM
VERSÃO	9	7	ALFA	VERSAO DO APLICATIVO	1.0.0.0	SIM

DADOS

NOME CAMPO	POS INI	TA	MTIPO	DESCRIÇÃO	CONTEÚDO	PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO
TIPO_REG	1	1	NUMÉRICO	TIPO DO REGISTRO	2 - mov individualizado hospitalar 3 - s/movimento (no caso de remessa sem movimento, deverá ser preenchido o HEADER e em DADOS somente o campo TIPO_REG com conteúdo '3') 4 - mov individualizado ambulatorial 5 - mov consolidado	SIM
NOME_PA	2	60	ALFA	NOME PACIENTE	Nome completo do paciente	SIM para reg tipos 2 e 4
DS_LOGR	62	25	ALFA	LOGRADOURO PACIENTE	Logradouro do endereço de residência do paciente	SIM para reg tipos 2 e 4
NUM_LOGR	87	5	ALFA	NÚMERO LOGRADOURO	Número do endereço de residência do paciente	
COMPL_LOGR	92	15	ALFA	COMPLEMENTO LOGR.	Complemento do endereço de residência do paciente	
COD_MUNIC	107	6	NUMÉRICO	COD MUNICIPIO IBGE	Código IBGE do município de residência do paciente	SIM para reg tipos 2 e 4
DS_UF	113	2	ALFA	SIGLA DA UF	Sigla de identificação da unidade federada de residência do paciente	SIM para reg tipos 2 e 4
CEP	115	8	NUMÉRICO	CEP DO LOGRADOURO	Código de endereçamento postal do endereço de residência do paciente	SIM para reg tipos 2 e 4
DT_NASC	123	8	NUMÉRICO	DATA NASC PA C	Dia, mês e ano do nascimento do paciente no formato (DDMMAAAA)	SIM para reg tipos 2 e 4
SEXO	131	1	ALFA	SEXO PACIENTE	M- Masculino F- Feminino	SIM para reg tipos 2 e 4
CNS	132	15	NUMÉRICO	CARTÃO NAC. DE SAÚDE	Número do Cartão Nacional de Saúde do paciente	
PROC_REA	147	10	NUMÉRICO	PROC. REALIZADO	Código do procedimento realizado, com base na tabela unificada de procedimentos do SIGTAP	SIM para regs tipo 2,4 e 5
DIAG_PRIN	157	4	ALFA	DIAG. PRINCIPAL	Código do diagnóstico principal segundo a Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão com base na tabela de CID do SIGTAP	SIM para regs tipo 2 e 4
DIAG_SEC	161	4	ALFA	DIAG. SECUNDARIO	Código do diagnóstico principal segundo a Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão com base na tabela de CID do SIGTAP	
DT_ATENDIMENTO	165	8	NUMÉRICO	DATA ATENDIMENTO	Dia, mês e ano de atendimento do paciente no formato ddmmaaaa	SIM para regs tipo 2 e 4

DT_ALTA	173	8	NUMÉRICO	DATA ALTA	Dia, mês e ano de alta do paciente no formato ddmmaaaa	SIM para reg tipo 2
TP_ALTA	181	2	NUMÉRICO	MOTIVO DA ALTA	Código de identificação do tipo de alta do paciente, com base na tabela de motivo de alta/permanência do SIGTAP	SIM para reg tipo 2
TP_FREMU	183	1	NUMÉRICO	FONTE REMUNERAÇÃO	Código de identificação do tipo de remuneração do atendimento do paciente, conforme Tabela de Fonte de Remuneração*.	SIM para regs tipo 2 e 4
DS_PROC	184	40	ALFA	DESCRIÇÃO PROCED.	Descrição do procedimento realizado quando o código do procedimento utilizado for genérico	Somente preenchido quando o procedimento pertencer ao grupo de procedimentos NÃO SUS (vide portaria) e regs tipo 2 e 4
REG_ANS	224	6	NUMÉRICO	REGISTRO ANS OPERADORA	Para fonte de remuneração por convênio. Código do registro junto à ANS da operadora responsável pela internação (Tab. Operadoras ANS)	Somente preenchido para fonte de remuneração 1 e regs tipo 2 e 4
CNPJ_OPER	230	14	NUMÉRICO	CNPJ OPERADORA	Para fonte de remuneração por convênio ou Particular Pessoa Jurídica. Número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da do responsável pela internação	Preenchido para fonte de remuneração 6,9 e 1 e regs tipo 2 e 4
CO_BENEF	244	30	ALFA	CÓDIGO BENEFICIARIO	Para fonte de remuneração por convênio privado. Código de identificação do beneficiário na operadora responsável pela internação	Somente preenchido para fonte de remuneração 1 e regs tipo 2 e 4
NU_OBITO	274	11	NUMÉRICO	DECLARAÇÃO DE ÓBITO	Número da declaração de óbito quando o motivo de saída for óbito	Somente preenchido em caso de óbito para reg tipo 2
NU_NASC	285	1	NUMÉRICO	NÚMERO DE NASCIDOS	Quantidade de nascidos quando houver (No caso de natimorto o número total de nascidos deve ser informado)	Somente preenchido no caso de parto para reg tipo 2
NU_DN1	286	11	NUMÉRICO	DECLARAÇÃO DE NASCIDO	Número da declaração de nascido (No caso de natimorto deve ser informado '99999999999')	Somente preenchido no caso de parto para reg tipo 2
NU_DN2	297	11	NUMÉRICO	DECLARAÇÃO DE NASCIDO	Número da declaração de nascido (No caso de natimorto deve ser informado '99999999999')	Somente preenchido no caso de parto para reg tipo 2
NU_DN3	308	11	NUMÉRICO	DECLARAÇÃO DE NASCIDO	Número da declaração de nascido (No caso de natimorto deve ser informado '99999999999')	Somente preenchido no caso de parto para reg tipo 2
NU_DN4	319	11	NUMÉRICO	DECLARAÇÃO DE NASCIDO	Número da declaração de nascido (No caso de natimorto deve ser informado '99999999999')	Somente preenchido no caso de parto para reg tipo 2
NU_DN5	330	11	NUMÉRICO	DECLARAÇÃO DE NASCIDO	Número da declaração de nascido (No caso de natimorto deve ser informado '99999999999')	Somente preenchido no caso de parto para reg tipo 2
QT_UTI	341	3	NUMÉRICO	DIAS DE UTI	Número de dias de permanência do paciente em Unidade de Tratamento Intensivo, quando houver	
NU_PRONT	344	12	ALFA	NÚMERO DO PRONTUÁRIO	Número do prontuário do paciente	SIM para regs tipo 2 e 4
DT_CMPT	356	6	NUMÉRICO	COMPETÊNCIA (MMAAAA)	Mês e ano da alta do atendimento no formato (MMAAAA)	SIM para regs tipo 2,4 e 5
QTD_ATENDIMENTO	362	6	NUMÉRICO	QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS PRESTADOS	Quantidade de atendimentos realizados	SIM para regs tipo 2,4 e 5
CO_MODALIDADE	368	2	NUMÉRICO	CODIGO DA MODALIDADE DO ATENDIMENTO	01 - Ambulatorial 02 - Internação	SIM para regs tipo 2 e 4

TABELA DE FONTE DE REMUNERAÇÃO

CÓD	DESCRIÇÃO
1	Convênio Plano Privado
2	Particular Pessoa Física
3	Gratuito
4	Financiado com recurso próprio da SES
5	Financiado com recurso próprio da SMS
6	Convênio Plano Público
8	DPVAT
9	Particular Pessoa Jurídica

Anexo XXIV

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL - SÍNTESE, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Anexo 1)

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL - SÍNTESE, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Formulário padrão com a síntese da investigação de óbito infantil e fetal a ser adotado obrigatoriamente como instrumento de coleta para alimentar o módulo de investigação de óbitos do SIM, para informar a síntese de cada investigação.

Dados de identificação do caso:

A) Número da DO:

B) Município/UF de residência da família:

C) Município/UF de ocorrência do óbito:

Parte I: Investigação do caso

1. Momento do óbito em relação ao parto: (1) Antes (2) Durante (3) Depois (9) Ignorado

1.1. Data de nascimento: ____ / ____ / _____

1.2. Data e hora do óbito: ____ / ____ / _____ Hora: ___ :____

1.3. Idade no momento do óbito: _____ ( ) minutos, ( ) horas, ( ) dias, ( ) meses, ( ) anos

2. Fontes de informações da investigação (marcar mais de uma opção se for necessário):

(1) Entrevista domiciliar (2) Prontuários ambulatoriais (3) Prontuários hospitalares (4) SVO (5) IML (6) Registros do atendimento de urgência/emergência

3. Estabelecimento(s) de saúde onde fez o pré-natal: (1) Não se aplica, pois não fez pré-natal

3.1. Nome:_____Código CNES:_____

Nome:_____Código CNES:_____

Nome:_____Código CNES:_____

3.2. Idade gestacional quando realizou a primeira consulta: em semanas ou meses (9) Ignorado

4. Local do parto: (1) Hospital (2) Domicílio (3) Via pública (4) No trajeto para o serviço de saúde (9) Ignorado

4.1. Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto ou aborto

Nome:_____Código CNES:_____

4.2. Foi utilizado partograma durante o trabalho de parto: (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica

4.3. Foi realizado teste rápido para sífilis (VDRL): (1) Sim (2)Não (3) Não se aplica

5. A criança era acompanhada na atenção básica (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica

5.1. Estabelecimento de saúde onde a criança era acompanhada: (3) Não se aplica

Nome: _____ Código CNES:_____

5.2. A vacinação estava em dia: (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica

6. A investigação alterou ou corrigiu a causa do óbito? (1) Sim (2) Não

7. Causas do óbito após a investigação

PARTE I:

Linha a): _____

Linha b): _____

Linha c): _____

Linha d): _____

PARTE II

Causa básica após a investigação

8. A investigação alterou ou corrigiu outro campo da Declaração de Óbito além das causas do óbito? (1) Sim (2) Não

8.1. Foram alterados campos do Bloco V da Declaração de Óbito e que alterações? (1) Sim (2) Não

Campo ____ Original _____ Após a investigação_____

Campo ____ Original _____ Após a investigação_____

Campo ____ Original _____ Após a investigação_____

8.2. Foram alterados outros campos da Declaração de Óbito e que alterações? (1)Sim (2)Não

Campo ____ Original _____ Após a investigação_____

Campo ____ Original _____ Após a investigação_____

Campo ____ Original _____ Após a investigação_____

9. A investigação alterou ou corrigiu campos da Declaração de Nascido Vivo? (1) Sim (2) Não

9.1. Quais campos e que alterações:

Campo ____ Original _____ Após a investigação_____

Campo ____ Original _____ Após a investigação_____

Campo ____ Original _____ Após a investigação_____

Parte II: Análise do caso

10. Foram identificados problemas após a investigação? (1) Sim (2) Não

Assinalar com um X a alternativa mais adequada quanto à falha no acesso/falha na assistência

10.1. Planejamento familiar (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo

10.2. Pré-natal (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo

10.3. Assistência ao parto (1) Sim (2)Não (3)Inconclusivo

10.4. Assistência ao recém-nascido na maternidade (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo (4) Não se aplica

10.5. Assistência à criança no Centro e Saúde / UBS (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo (4) Não se aplica

10.6. Assistência à criança na urgência (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo (4) Não se aplica

10.7. Assistência à criança no hospital (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo (4) Não se aplica

10.8. Dificuldades da família (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo

10.9. Causas externas (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo (4) Não se aplica

10.10. Organização do sistema / serviço de saúde

a) Cobertura da atenção primária (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo

b) Referência e contrarreferência (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo

c) Pré-natal de alto risco (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo

d) Leito de UTI - gestante (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo

e) Leitos de UTI Neonatal (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo

f) Central de regulação (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo

g) Transporte inter-hospitalar (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo

h) Bancos de sangue (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo

11.Este óbito poderia ter sido evitado? (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo

12.Assinale a classificação de evitabilidade para este caso (mais de uma classificação pode ser assinalada):

Wigglesworth (1) W1 (2) W2 (3) W3 (4) W4 (5) W5 (6) W6 (7) W7 (8) W8 (9) W9

SEADE (1) S1 (2) S2 (3) S3 (4) S4 (5) S5 (6) S6 (7) S7 (8) S8

Lista brasileira (1) 1.1 (2) 1.2.1 (3) 1.2.2 (4) 1.2.3 (5) 1.3 (5) 1.4 (6) 2 (8) 3

13.Data da conclusão do caso:

Anexo XXV

FLUXO ESPECIAL PARA DECLARAÇÕES DE ÓBITO COM INFORMAÇÃO ACERCA DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Anexo 2)

FLUXO ESPECIAL PARA DECLARAÇÕES DE ÓBITO COM INFORMAÇÃO ACERCA DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS

As declarações de óbito com informação acerca de óbito infantil ou fetal deverão seguir fluxo e prazos especiais descritos abaixo, ou o fluxo existente em cada Unidade Federada (UF) desde que obedecidos os prazos estabelecidos, para o cumprimento desta Portaria:

1.O hospital ou serviço onde ocorreu o óbito ou que emitiu

a Declaração de Óbito encaminha a 1ª via, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, para o gestor municipal do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

2.O setor que processa os dados sobre os óbitos ocorridos no Município encaminha, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, cópia da 1ª via da DO para os responsáveis pela vigilância de óbito infantil e fetal da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Regional ou Secretaria Estadual de Saúde (SES), conforme o fluxo definido em cada local e que corresponde a, no máximo, 96 (noventa e seis) horas após o óbito.

3.Os responsáveis pela vigilância do óbito infantil e fetal da SMS iniciam imediatamente a investigação, conforme rotinas e fluxos pactuados junto à SES em cada UF, utilizando para isso as fontes disponíveis e os instrumentos próprios de investigação padronizados para uso no estado ou Município, ou os instrumentos-padrão recomendados pela publicação "Manual de Vigilância do óbito Infantil e Fetal" do Ministério da Saúde ou outros que venham a ser recomendados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

4.Quando o Estado ou Município optar por usar instrumentos de coleta de dados diferentes daqueles recomendados pelo Ministério da Saúde, estes deverão obrigatoriamente informar os quesitos constantes na Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal - Síntese, Conclusões e Recomendações (Anexo I), e que servirá de documento base para alimentar o módulo de investigação de óbitos do SIM.

5.Simultaneamente ao encaminhamento da DO aos responsáveis pela vigilância de óbitos infantis e fetais, o setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município realiza a codificação das causas na declaração de óbito e faz a primeira entrada dos dados no aplicativo do SIM, informando neste momento o conteúdo original da DO, e que o óbito não está investigado.

6.A SES pactuará fluxo com as SMS de modo a garantir que os dados inseridos no SIM sejam transferidos via SISNET (a partir do nível que considerar mais adequado, municipal, regional, ou estadual) no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o óbito, assegurando assim que esses dados estejam disponíveis na base estadual e federal instantaneamente neste momento;

7.Os responsáveis pela vigilância de óbitos infantis e fetais deverão concluir o caso e informar o resultado da investigação dos óbitos no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias após a data do óbito.

8.Informar o resultado da investigação significa encaminhar ao setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município, a Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal - Síntese, Conclusões e Recomendações, constante no Anexo I a esta Portaria, devidamente preenchida.

9.O setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município digitará a síntese da investigação do óbito infantil e fetal no módulo de investigação de óbitos do SIM, oferecido pelo MS em aplicativo digital cuja tela de entrada de dados está baseada na Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal - Síntese, Conclusões e Recomendações, constante no Anexo I a esta Portaria, no prazo máximo de 7 (sete) dias após o recebimento da Ficha, podendo ainda disponibilizar acesso para que os responsáveis pela vigilância de óbitos infantis e fetais alimentem o referido módulo, conforme a decisão de cada local.

10.Caso a investigação aponte para a necessidade de alterar ou complementar a Declaração de Nascido Vivo (DN) ou a DO, estas deverão ser efetuadas e no caso de alteração/atualização das causas de óbito, elas devem passar por um processo de recodificação e nova seleção de causa básica. Outro tipo de alteração diz respeito à faixa etária do indivíduo no momento do óbito, podendo gerar revisões na classificação do tipo de óbito (fetal ou não fetal) no SIM.

Anexo XXVI

PLANO DE DEMANDA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS ESTRATÉGICOS PARA SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Anexo 1)

Plano de Demanda de Medicamentos e Insumos Estratégicos para Saúde
Período Contemplado:
Criado por:
Área Demandante:
Secretaria:

Demanda																		Armazenagem			Distribuição		
Código CATMAT	Descrição Item	Unidade de Fornecimento	Quantidade	Estoque Estratégico	Custo Unitário	Moeda	Custo Estimado Total	Última Modalidade de Compra	Aquisição Vinculada ao PPA?	Funcional Programática	Nome da Ação	Nome do Último Fornecedor	Distribuição Direta do Fornecedor?	Data da 1ª entrega	Leadtime de Produção (em dias)	Característica de Armazenagem	Observações	Data de Entrega	Local de Entrega	Quantidade de Entrega	Data de Distribuição	Local de Distribuição	Quantidade de Distribuição

Anexo XXVII

TERMO DE REFERÊNCIA/CONTRATAÇÕES (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Anexo 2)

TERMO DE REFERÊNCIA/CONTRATAÇÕES

1)NATUREZA DA DEMANDA

( ) Insumo estratégico para saúde

( ) Serviço

2)ELEMENTO DE DESPESA

( ) material de consumo

( ) material permanente

( ) serviço comum

3) REGISTRO DE PREÇOS:

( ) SIM ( ) NÃO

Tendo em vista o Sistema Único de Saúde e a possibilidade de outros entes federativos necessitarem do insumo, opta-se por registro de preços.

4) CRÉDITO ORÇAMENTÁRIO: Informar fonte de recurso/programa de trabalho. Em se tratando de Registro de Preços a informação do crédito orçamentário pode ser dispensada.

5) OBJETO: Definir de forma precisa, suficiente e clara o bem a ser contratado.

Indicar o código CATMAT/CADSER (verificar SIASG ou articular DESD- Mariana/CATMAT)

Código CATMAT verificar:

- se a descrição é completa e compatível com as características que constam no sistema SIASG;
- se a unidade de fornecimento está ativa;
- se o código não se refere ao CATMAT genérico;
- para objetos que não constam no CATMAT solicitar a catalogação.

6) CARACTERÍSTICA DO OBJETO: Elencar todas as características relevantes que o objeto deva ter para o devido atendimento das necessidades da Administração. Não podem ser excessivas, irrelevantes ou desnecessárias.

É vedado o direcionamento a uma determinada marca ou modelo, ou a um único concorrente.

A indicação de marca é hipótese excepcional, que deve ser tecnicamente justificada nos autos. Ademais, em sendo viável tecnicamente, deve a indicação da marca ser seguida pela expressão "ou similar".

7) QUANTITATIVO: Estabelecer o quantitativo com sua devida justificativa. No caso de aquisição de material deverá ser informado o consumo médio, o período de atendimento, e outros dados quantitativos, se for o caso.

8) JUSTIFICATIVA: Justificar pontualmente a necessidade da contratação e, se for o caso, indicar a base legal. Os detalhamentos devem constar no processo em documento anexo sem fazer menção ao TR.

9) FORMA DE FORNECIMENTO

( ) integral

( )parcelado. Neste caso indicar as parcelas e o quantitativo correspondente a cada entrega (cronograma).

Obs: Em se tratando de registro de preços, a Administração, caso entenda conveniente, poderá indicar o cronograma estimativo de contratações, sendo salutar a indicação de um único prazo para as entregas/prestação, a contar de cada contratação efetivada.

10) LOCAL E PRAZO DE ENTREGA: Cidade/UF de entrega do material e/ou realização do serviço. Estipular o(s) prazo(s), em dias após a assinatura do contrato, para a(s) entrega(s), indicando as respectivas parcelas, se for o caso.

No caso de aquisição centralizada, informar se Rio ou Bsb e se o medicamento necessita ou não de refrigeração.

11) CRITÉRIO DE ACEITAÇÃO DO OBJETO: Detalhar condições de aceite do insumo (prazo de validade transcorrido, embalagem etc)

No caso de equipamentos, especificar os prazos de recebimento provisório e definitivo.

12) EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS (apenas qdo contratação de serviços)

Estabelecer todas as condições e a forma de prestação/execução dos serviços.

13) GARANTIA E ASSISTÊNCIA TÉCNICA

Informar o prazo de garantia ou validade, a partir do prazo de garantia/validade praticado no mercado (se for o caso).

Informar as condições para a assistência técnica, se for o caso.

14) PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS (exclusivamente para serviços)

Apresentar planilha de custos e formação de preços que será usada pelos licitantes para apresentarem suas propostas, se for o caso, com a indicação de valor unitário para os itens que compõem a planilha.

15) AMOSTRA

Estipular (se for o caso) as condições e prazo de entrega da amostra (importa lembrar que, no pregão, a amostra somente poderá ser exigida do licitante provisoriamente vencedor).

Justificar a exigência da apresentação da amostra e estabelecer as condições de análise/aceitação da mesma.

Se o objeto a ser adquirido inviabilizar a entrega da amostra, a empresa deve permitir que o MS possa ver o equipamento instalado em local próximo ou verificar por meio de catálogo do equipamento, arcando com os custos de deslocamento de servidores do MS.

16) HABILITAÇÃO TÉCNICA

Indicar as exigências para habilitação técnica dos licitantes nacionais e estrangeiros, se for o caso, bem como do seu representante nacional.

É vedada a exigência de documentos que restrinjam o caráter competitivo (a documentação para a habilitação técnica deve observar o disposto no art. 30 da Lei n° 8.666/1993). (obs. O TCU e a CONJUR recomendaram que o CBPF não pode ser exigido na fase de habilitação técnica.

Elaborado por (autoridade administrativa ou técnico responsável, com indicação do nome completo, cargo, e matrícula SIAPE) Aprovo o presente Termo de Referência (autoridade superior competente, com indicação do nome completo, cargo e matrícula SIAPE).

Anexo XXVIII

DESPACHO REFERENTE À SOLICITAÇÃO DE AQUISIÇÃO DE INSUMOS ESTRATÉGICOS PARA SAÚDE - IES (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Anexo 3)

Despacho referente à solicitação de aquisição de Insumos Estratégicos para Saúde - IES.

Registro SIPAR nº:

Ao Serviço de Protocolo/MS,

Solicito abertura de processo com as informações a seguir, ajustadas no SIPAR:

Interessado: área técnica responsável pelo insumo

Assunto: Aquisição de IES - nome do insumo

Brasília, de de 2011.

FULANO DE TAL [cargo]

Anexo XXIX

PROPOSTA DE ROTINA PARA ESTABELECER O PMA/MS PARA MEDICAMENTOS (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Anexo 4)

PROPOSTA DE ROTINA PARA ESTABELECER O PMA/MS PARA MEDICAMENTOS

1. Identificar o item de compra desejado - código CATMAT, princípio ativo e apresentação desejados - e a modalidade de aquisição adotada nas últimas ocorrências.

2. Identificar a existência de Preço Fábrica estabelecido para o objeto de compra desejado na relação CMED vigente e na relação vigente para o ano anterior.

I. Caso inexista Preço Fábrica

3. Levantar a existência de preços praticados, na modalidade contratualização, junto às áreas finalísticas para a apresentação do medicamento desejada.

4 Levantar preço para a apresentação de medicamento desejada - em bases internacionais (ver seção III) - a partir dos princípios ativos e nomes comerciais existentes.

5. Coletar as cotações de fechamento de venda em real para as moedas locais dos países pesquisados1 no período dos últimos 60 dias úteis e calcular as médias simples.

6 Empregar estas médias para converter os preços das apresentações observadas nas bases internacionais das moedas locais para o Real.

7. Adequar as unidades de fornecimento às unidades farmacológicas desejadas, observando o preço unitário correspondente à apresentação.

8. Para todas as modalidades de aquisição, adotar-se-á o PMA/MS, como o menor preço calculado, dados os procedimentos prévios, a partir das diferentes fontes consultadas.

II - Caso exista o Preço Fábrica

3. Apurar os menores e maiores preços, para a unidade farmacológica desejada, na relação CMED vigente e na relação CMED do ano anterior ao vigente.

4. Verificar a presença do item no rol de produtos vigente para aplicação do Coeficiente de Adequação de Preços - CAP, de acordo com a Resolução CMED nº. 4, de 18 de dezembro de 2006.

1 Disponível no endereço eletrônico Disponível no endereço eletrônico do Banco Central em http://www.bacen.gov.br. Para as fontes de consulta aqui apontadas estas são o Euro, o Dólar dos Estados Unidos, o Dólar Australiano, o Dólar Canadense, o Dólar da Nova Zelândia e o Rande da África do Sul.

5. Extrair os registros de compra das bases de dados do SIASG (Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais) e do BPS (Banco de Preços em Saúde), utilizando-se filtros para: (i) o(s) código(s) CATMAT que apresentam a descrição técnica adequada2, e; (ii) o período de 1 ano que coincida com a relação CMED ao ano anterior ao vigente.

6. Desmembrar uma terceira base, a partir da base de dados do SIASG, contendo somente os registros de compra do DLOG/SE/MS.

7. Eliminar os registros de compra que apresentem inconsistências na unidade de fornecimento declarada (ex. Prednisona, 20mg em frascos de 500 mL ou CLINDAMICINA, 150 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL em comprimido) e aquelas unidades de fornecimento que não se adéqüem ao item de compra desejado3.

8. Adequar aquelas unidades de fornecimento não eliminadas e passíveis de adequação4. 9. Eliminar os registros de compra que apresentarem preço unitário superior ao maior PMVG5, quando este se aplicar, ou ao maior PF6, uma vez que Administração Pública não pode adquirir medicamentos acima destes valores.

9. Calcular para cada base (BPS, SIASG e SIASG-DLOG), separadamente, relativamente ao preço unitário, as variáveis: número de registros, coeficiente de variação (razão do desvio-padrão e média simples), menor e maior preço e média ponderada.

10. Quando identificada a modalidade de aquisição como "contratualização ou internacional", adotar- se-á o PMA como o menor PMVG, quando este se aplicar, ou o menor PF.

11. Quando identificada a modalidade de aquisição como "inexigibilidade ou licitação" e quando aplicável o CAP;

11.1 Se o item não possuir dois ou mais registros numa das bases, adotar-se-á o menor PMVG como PMA;

11.2 Se o item possuir dois ou mais registros numa das bases e a média ponderada das bases é menor que o menor PMVG, empregar-se-á a média ponderada da base que possui o maior

2 Para fim de consulta de preço e para definição do PMA/MS, pode-se consultar por códigos CATMAT ativos e inativos, para se obterem resultados de maior consistência. Dada característica técnica de cada objeto de compra, devese optar pela possibilidade de adequação ou eliminação do registro de compra.

4 Para exemplo, quando se deseja apurar preço unitário para unidade de luva descartável e se defronta com um registro de caixa de 100 unidades, para equiparação, multiplica-se a quantidade por 100 e dividi-se o preço unitário por 100, de modo que o valor total se mantém inalterado.

5 PMVG - Preço Máximo de Venda ao Governo.

6 PF - Preço Fábrica número de registros para apurar o PMA. Em caso de duas ou mais bases com o mesmo número de registros, empregar-se-á a menor média ponderada para apurar o PMA;

11.3 Se o item possuir dois ou mais registros numa das bases e a média ponderada das bases é maior que o menor PMVG, adotarse-á o menor PMVG como PMA.

12. Quando identificada a modalidade de aquisição como "inexigibilidade ou licitação" e quando não aplicável o CAP:

12.1 Se o item não possuir registros nas bases, adotar-se-á o menor PF como PMA;

12.2 Se o item possuir registros numa das bases e a média ponderada for menor que o menor PF, empregar-se-á a menor média ponderada para apurar o PMA;

13. Nos casos em que se empregou a média ponderada (e não o menor PF ou PMVG), apurar-se-á o percentual de desconto (razão da média ponderada e o menor PF ou PMVG - da relação CMED do ano anterior ao vigente -, subtraído de 1) e aplicar-se-á este percentual de desconto sobre o menor PMVG ou PF da relação CMED vigente.

III. Relação de algumas bases internacionais disponíveis para consulta

1) USA, medicamentos contratados entre o governo dos Estados Unidos da América e fornecedores para compras públicas federais, instituído sob o "Public Law 102-585, Veterans Health Care Act of 1992", U.S. Department of Veterans Affairs, disponível em http://www.http://www.pbm.va.gov/DrugPharmaceuticalPrices.aspx, acesso em 16/11/10;

2) AUS, medicamentos subsidiados pelo programa de seguridade social da Comunidade da Austrália - "Scheduleof Pharmaceutical Benefits" (atualizado em 01/11/2010), disponível em http://www.pbs.gov.au, acesso em 19/11/10;

3) CAN, medicamentos subsidiados pelo programa de seguridade social da Província do Quebec/Canadá - Régie de l'assurance maladie du Québec (atualizado em 14/10/2010), disponível em http://ramq.gouv.qc.ca/en.regie/lois/liste_med.shtml#, acesso em 17/11/10;

4) ESP, medicamentos incluídos no Sistema Nacional de Saúde espanhol - "Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad" -, disponível em http://www.msc.es/, acesso em 17/11/10;

5) FRA, medicamentos incluídos, aprovados e reembolsáveis pelo sistema de seguridade francês, disponível emhttp://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/bdm_it/index.php?p?site=AMELI, acesso em 17/11/10;

6) GRC, medicamentos incluídos no Sistema Nacional de Saúde grego - Secretaria-Geral do Comércio, disponível em http://www.gge.gr, acesso em 19/11/10;

7) TA, medicamentos incluídos e aprovados pelo sistema de saúde italiano, disponível em http://www.agenzifarmaco.it/it/content/nuovi-prezzi-dei-farmaci-di-fascia-e-h-vigore-dal-01062010, acesso em 19/11/10;

8) NZL, medicamentos subsidiados e incluídos no programa de saúde da Nova Zelândia, disponível em http://www.pharmac.govt.nz/patients/Schedule, acesso em 19/11/10;

9) PRT, medicamentos aprovadosno sistema de saúde de Portugal, disponível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED, acesso em 19/11/10;

10) ZAF, medicamentos registrados e estabelecidos pelo sistema de saúde da Africa do Sul, disponível em http://www.doh.gov.za/, acesso em 22/11/10;

11) OMS, preços de medicamentos informados por fornecedores, organizações de desenvolvimento internacionais e agências governamentais, consolidados em uma base de dados para consulta, disponível em http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=1.0.htm&module=DMP&language=English, acesso em 19/11/10.

Anexo XXX

PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO E SUA CARACTERIZAÇÃO COMO UMA INFORMAÇÃO ACERCA DE UM CASO DE ÓBITO MATERNO (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Anexo 1)

Preenchimento da Declaração de Óbito e sua Caracterização como uma Informação Acerca de um Caso de Óbito Materno

O adequado preenchimento da Declaração de Óbito (DO) é o que fará com que esta seja caracterizada como uma notificação de óbito materno.

Todos os campos da declaração de óbito são importantes, mas dois conjuntos de informação integrantes do Bloco VI deste intrumento são essenciais para esta finalidade. São eles:

1 - Os campos relativos a óbitos em mulheres:

Campo 43 - o óbito ocorreu durante a gravidez, o parto ou o aborto?

Campo 44 - o óbito ocorreu durante o puerpério?

Uma resposta afirmativa a um desses campos caracteriza uma notificação de caso suspeito de óbito materno, sujeito a investigação para confirmação ou descarte.

2 - Os campos do atestado de óbito com determinados diagnósticos informados:

Uma declaração que tenha informado em qualquer das linhas do atestado de óbito um ou mais dos diagnósticos abaixo elencados, deverá ser considerada uma notificação de caso suspeito de óbito materno, sujeito a investigação para confirmação ou descarte:

2.1 - Diagnósticos constantes do Capítulo XV da CID 10:

CAPÍTULO XV DA CID 10

COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

O00-O08 Gravidez que termina em aborto
O00 Gravidez ectópica
O01 Mola hidatiforme
O02 Outros produtos anormais da concepção
O03 Aborto espontâneo
O04 Aborto por razões médicas e legais
O05 Outros tipos de aborto
O06 Aborto não-especificado
O07 Falha de tentativa de aborto
O08 Complicações conseqüentes a aborto e gravidez ectópica ou molar
O10-O16 Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério
O10 Hipertensão pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério
O11 Distúrbio hipertensivo pré-existente com proteinúria superposta
O12 Edema e proteinúria gestacionais [induzidos pela gravidez], sem hipertensão
O13 Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] sem proteinúria significativa
O14 Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] com proteinúria significativa
O15 Eclâmpsia
O16 Hipertensão materna não-especificada
O20-O29 Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez
O20 Hemorragia do início da gravidez
O21 Vômitos excessivos na gravidez
O22 Complicações venosas na gravidez
O23 Infecções do trato geniturinário na gravidez
O24 Diabetes mellitus na gravidez
O25 Desnutrição na gravidez
O26 Assistência materna por outras complicações ligadas predominantemente a gravidez
O28 Achados anormais do rastreamento ["screening"] antenatal da mãe
O29 Complicações de anestesia administrada durante a gravidez
O30-O48 Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto
O30 Gestação múltipla
O31 Complicações específicas de gestação múltipla
O32 Assistência prestada à mãe por motivo de apresentação anormal, conhecida ou suspeitada, do feto
O33 Assistência prestada à mãe por uma desproporção conhecida ou suspeita
O34 Assistência prestada à mãe por anormalidade, conhecida ou suspeita, dos órgãos pélvicos maternos
O35 Assistência prestada à mãe por anormalidade e lesão fetais, conhecidas ou suspeitadas
O36 Assistência prestada à mãe por outros problemas fetais conhecidos ou suspeitados
O40 Polihidrâmnio
O41 Outros transtornos das membranas e do líquido amniótico
O42 Ruptura prematura de membranas
O43 Transtornos da placenta
O44 Placenta prévia
O45 Descolamento prematuro da placenta [abruptio placentae]
O46 Hemorragia anteparto não-classificada em outra parte
O47 Falso trabalho de parto
O48 Gravidez prolongada
O60-O75 Complicações do trabalho de parto e do parto
O60 Parto pré-termo
O61 Falha na indução do trabalho de parto
O62 Anormalidades da contração uterina
O63 Trabalho de parto prolongado
O64 Obstrução do trabalho de parto devida à má-posição ou má-apresentação do feto
O65 Obstrução do trabalho de parto devida a anormalidade pélvica da mãe
O66 Outras formas de obstrução do trabalho de parto
O67 Trabalho de parto e parto complicados por hemorragia intraparto não classificados em outra parte
O68 Trabalho de parto e parto complicados por sofrimento fetal
O69 Trabalho de parto e parto complicados por anormalidade do cordão umbilical
O70 Laceração do períneo durante o parto
O71 Outros traumatismos obstétricos
O72 Hemorragia pós-parto
O73 Retenção da placenta e das membranas, sem hemorragias
O74 Complicações de anestesia durante o trabalho de parto e o parto
O75 Outras complicações do trabalho de parto e do parto não-classificadas em outra parte
O80-O84 Parto
O80 Parto único espontâneo
O81 Parto único por fórceps ou vácuo-extrator
O82 Parto único por cesariana
O83 Outros tipos de parto único assistido
O84 Parto múltiplo
O85-O92 Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério
O85 Infecção puerperal
O86 Outras infecções puerperais
O87 Complicações venosas no puerpério
O88 Embolia de origem obstétrica
O89 Complicações da anestesia administrada durante o puerpério
O90 Complicações do puerpério não classificadas em outra parte
O91 Infecções mamárias associadas ao parto
O92 Outras afecções da mama e da lactação associadas ao parto
O95-O99 Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte
O95 Morte obstétrica de causa não-especificada
O96 (*) Morte, por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de 1 ano, após o parto
O97 (*) Morte por seqüelas de causas obstétricas diretas
O98 Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério
O99 Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez, o parto e o puerpério

Observações:

O08 - Este código só deve ser usado para classificar morbidade

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

O30 - Não deve ser usado para codificação de causa básica

O32 - Não deve ser utilizado se houver menção de O33. Se isto ocorrer, usar O33

O33.9 - Não deve ser utilizado se houver menção de O 33.0-O 33.3. Nesses casos, usar a O33.0-O33.3

O64 - Não deve ser usado se houver menção de O 65. Se isto ocorrer, usar O 65

O80 - O84 Estes códigos não devem ser utilizados para classificar causa de morte, mas sim para morbidade. Se nenhuma outra causa de morte materna for informada, codifique como complicações não-especificadas de trabalho de parto e parto O75.9

O95 - Usar apenas quando não houver mais nenhuma informação e estiver escrito somente "materna" ou obstétrica.

(*) Embora não entrem no cálculo da Razão de Morte Materna devem ser investigados os óbitos codificados como O96 e O97 (Morte Materna Tardia e Morte por Seqüela de Causa Obstétrica Direta).

2.2 - Diagnósticos fora do Capítulo XV da CID-10 - algumas doenças que não constam no Capítulo XV também devem ser levadas em conta. São elas:

- tétano obstétrico (cód. A34, Cap. I);
- osteomalácia puerperal (cód. M83.0, Cap. XII);
- transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (cód. F53, Cap. V);
- necrose pós-parto da hipófise (cód. E23.0, Cap. IV) - (**);
- mola hidatiforme maligna (cód. D39.2, Cap. II) - (**); e
- doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (cód. B20 a B24, Cap. I.) - (*).

(**) Para estes casos, deve ficar comprovada a relação com o estado gravídico-puerperal e o óbito deve ter ocorrido até 42 dias após o parto.

É importante destacar que, embora sejam raras, existem causas externas (Cap. XX) que comprometem o estado gravídico-puerperal e devem ser considerados óbitos maternos, desde que não haja dúvida em relação a esse comprometimento.

Anexo XXXI

FLUXO ESPECIAL PARA DECLARAÇÕES DE ÓBITO COM INFORMAÇÃO ACERCA DE ÓBITOS MATERNOS DECLARADOS, BEM COMO DE ÓBITOS DE MULHER EM IDADE FÉRTIL (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Anexo 2)

FLUXO ESPECIAL PARA DECLARAÇÕES DE ÓBITO COM INFORMAÇÃO ACERCA DE ÓBITOS MATERNOS DECLARADOS, BEM COMO DE ÓBITOS DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

As declarações de óbito com informação acerca de óbito materno declarado, bem como os óbitos de mulher em idade fértil deverão seguir o fluxo e os prazos especiais descritos abaixo, ou o fluxo existente em cada Unidade da Federação (UF) desde que obedecidos os prazos estabelecidos, para o cumprimento desta Portaria:

1 - O hospital ou serviço onde ocorreu ou que emitiu a Declaração de Óbito (DO) de óbito encaminha a primeira via, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, para o gestor do sistema de informação sobre mortalidade responsável pelo processamento dos dados de mortalidade ocorridos no Município.

2 - O setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município encaminha, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, cópia da primeira via da DO para a equipe de Vigilância de Óbito Materno da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a Regional ou a Secretaria Estadual de Saúde (SES), responsável pela investigação, conforme o fluxo definido em cada local que corresponde a, no máximo, 96 (noventa e seis) horas após o óbito.

3 - A equipe de Vigilância do Óbito Materno da SMS inicia imediatamente a investigação, conforme rotinas e fluxos pactuados junto com a SES em cada UF, utilizando para isso as fontes disponíveis e os instrumentos próprios de investigação padronizados para uso na UF, ou os instrumentos padrão recomendados pela publicação 'Manual dos Comitês de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde' - ficha B para coletar dados em domicilio; ficha C para coletar dados hospitalares e serviços assistenciais de saúde em geral; e ficha D para coletar dados de laudos de necropsia do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) ou do Instituto Médico Legal (IML), quando aplicáveis - ou outros que venham a ser recomendados pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS).

4 - Quando a UF optar por usar instrumentos de coleta de dados diferentes daqueles recomendados pelo Ministério da Saúde, esses deverão obrigatoriamente incluir os quesitos constantes do formulário padronizado, conforme o disposto no Anexo III a esta Portaria, e que servirá de documento base para alimentar o sistema de informação do módulo de investigação de óbitos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM);

5 - Simultaneamente ao encaminhamento da DO à equipe de vigilância de óbitos maternos, o setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município realiza a codificação das causas na declaração de óbitos e faz a primeira entrada dos dados no aplicativo do SIM, informando neste momento o conteúdo original da DO, e que o óbito não está investigado.

6 - A SES pactuará fluxo com as SMS de modo a garantir que os dados inseridos no SIM sejam transferidos via SISNET (a partir do nível que considerar mais adequado, municipal, regional ou estadual) no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o óbito, assegurando assim que esses dados estejam disponíveis na base estadual e federal instantaneamente neste momento.

7 - As equipes de vigilância de óbitos maternos deverão concluir e informar o resultado da investigação epidemiológica no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias após a data do óbito.

8 - Informar o resultado da investigação epidemiológica significa:

a) encaminhar ao setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município o relatório-síntese da investigação epidemiológica de óbitos maternos, constante do Anexo III a esta Portaria, devidamente preenchido; e

b) encaminhar todos os formulários utilizados no processo de investigação (ficha hospitalar e/ou ambulatorial e/ou domiciliar e/ou laudos de necropsia do SVO e/ou laudo do IML) ao Comitê de Morte Materna municipal ou de referência para os óbitos de sua área de abrangência, conforme o fluxo definido em cada UF.

9 - O setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município digitará o sumário da investigação do óbito materno no módulo de investigação de óbitos do SIM, oferecido pelo MS em aplicativo digital cuja tela de entrada de dados está baseada no formulário padrão (Anexo III), no prazo máximo de 7 (sete) dias após o recebimento do relatório-sintese, podendo ainda disponibilizar acesso para que a equipe de vigilância de óbitos maternos alimente o referido módulo, conforme a decisão de cada local.

10 - O setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município realiza a primeira atualização dos dados no aplicativo informatizado do SIM, informando neste momento que o óbito foi investigado, a(s) fonte(s) de dados consultadas durante a investigação e a data da sua conclusão.

11 - Caso a investigação epidemiológica aponte para a necessidade de alterar ou complementar a DO, inclusive com novas causas de óbito, ou permita a codificação de causas não presentes na declaração de óbitos original, as causas deverão ser indicadas e, no caso de alteração/atualização das causas de óbito, estas devem passar por um processo de recodificação, e de nova seleção de causa básica, que poderá confirmar ou descartar o óbito materno previamente informado, ou classificar como materno um óbito originalmente definido apenas como óbito de mulher em idade fértil sem causa materna.

12 - Em complemento, a equipe de vigilância de óbitos maternos deverá acompanhar a conclusão e a emissão de pareceres pelo Comitê de Morte Materna de referência para onde enviaram o resultado de suas investigações epidemiológicas, e comunicar suas conclusões ao setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município para que este possa novamente incorporar possíveis alterações, incluindo nova(s) causa(s) do(s) óbito(s) no SIM.

Anexo XXXII

FORMULÁRIO PADRÃO COM O SUMÁRIO DA INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO MATERNO (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Anexo 3)

FORMULÁRIO PADRÃO COM O SUMÁRIO DA INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO MATERNO

Formulário padrão com o sumário da investigação de óbito materno a ser adotado obrigatoriamente como instrumento de coleta para alimentar o módulo de investigação de óbitos do SIM, para informar a síntese de cada investigação.

Relatório-síntese da investigação epidemiológica de óbitos maternos - Confidencial:

Dados de identificação da investigação:

a) Número da DO:

b) Município/UF de residência da falecida:

c) Município/UF de ocorrência do óbito:

d) Data da conclusão da investigação:

1. Fontes de dados consultadas durante a investigação (marcar mais de uma opção se for necessário):

( ) Entrevista domiciliar, ( ) Registros ambulatoriais, ( ) Prontuários hospitalares, ( ) SVO, ( ) IML,

( ) Entrevistas com profissionais de saúde

1.1 O óbito ocorreu:

( ) durante a gestação, ( ) durante o abortamento, ( ) após o abortamento, ( ) no parto ou até uma hora após o parto, ( ) no puerpério (até 42 dias do término da gestação), ( ) entre o 43 dia e até um ano após o término da gestação, ( ) a investigação não conseguiu identificar o momento do óbito, ( ) mais de um ano após o parto (descartado o caso e encerrada a investigação), ( ) o óbito não ocorreu em nenhuma das circunstâncias acima mencionadas (descartado o caso e encerrada a investigação).

2. Número de vezes que esteve grávida (excluindo a atual) _____

3.Resultado das gestações anteriores:

3.1 Nº de partos vaginais: (_____)

3.2 Nº de partos cesáreos: (_____)

3.3 Nº de abortamentos/perdas fetais (_____)

4. Data da última menstruação:

5. N° de consultas de pré-natal:

6. Data da primeira consulta de pré-natal:

7. Mês de gestação quando realizou a primeira consulta de pré-natal

8. Data da última consulta de pré-natal

9. Idade gestacional na última consulta de pré-natal (em semanas):

10. Idade gestacional no momento do óbito (em semanas)

11. Em caso de óbito durante ou após abortamento (na pergunta anterior), o aborto foi: ( ) espontâneo ( ) induzido legalmente ( ) provocado ( ) não sabe

12. Em caso de óbito durante parto, ou puerpério, qual foi o tipo de parto?

( ) parto vaginal ( ) cesariana ( ) não sabe

13. Estabelecimento (s) de saúde onde fez o pré-natal:

Nome: _____ Código CNES: _____

Nome: _____ Código CNES: _____

Nome: _____ Código CNES: _____

14. Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto ou o aborto

Nome: _____ Código CNES: _____

15. A investigação permitiu o resgate de alguma causa de óbito não-informada ou a correção de alguma antes informada?

( ) Não acrescentou nem corrigiu informação,

( ) Sim permitiu o resgate de novas informações

( ) Sim permitiu a correção de alguma das causas informadas originalmente

16. Causas do óbito levantadas/confirmadas na investigação para revisão da declaração de óbito original:

Descrição dos diagnósticos e CID opcional (caso necessário, pode-se anotar mais de um diagnóstico por linha)

PARTE I:

16.1 Linha A): _____

16.2 Linha B): _____

16.3 Linha C): _____

16.4 Linha D): _____

PARTE II

16.5 Descrição e CID: _____ _____ _____

17. A investigação permitiu a alteração de alguma outra variável da declaração de óbitos além da causa e dos campos 43 e 44:

( ) NÃO ( ) SIM

Caso afirmativo, quais campos e que alterações?

Campo __ Estava ____ Investigação alterou para _____Campo __ Estava ____ Investigação alterou para _____Campo __ Estava ____ Investigação alterou para _____Campo __ Estava ____ Investigação alterou para _____Campo __ Estava ____ Investigação alterou para _____Campo __ Estava ____ Investigação alterou para _____.

18. O caso foi encaminhado para o Comitê de Morte Materna?

( ) SIM ( ) NÃO

19. Data do encaminhamento ao comitê (em caso afirmativo)

( ) SIM ( ) NÃO

20. O comitê de morte materna deu parecer?

( ) SIM ( ) NÃO

21. Em caso afirmativo para a pergunta 20, as causas do óbito corrigidas acima expressam o parecer do comitê de morte materna?

( ) SIM, ( ) NÃO, ( ) Não se aplica, o comitê não emitiu parecer ainda, ( ) Não se aplica, a vigilância não teve acesso ao parecer emitido pelo comitê.

Anexo XXXIII

PRÊMIO DE QUALIDADE EM ASSISTÊNCIA HOSPITALAR (Origem: PRT MS/GM 935/2002, Anexo 1)

REGULAMENTO

I - Do Objeto do Prêmio

O objeto do Prêmio de Qualidade em Assistência Hospitalar é, em suas respectivas categorias - Nacional e Estadual - o reconhecimento público, por parte do Ministério da Saúde, àquelas instituições hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde que tenham se destacado pela qualidade da assistência prestada aos pacientes, segundo a avaliação de seus próprios usuários, apurada por meio de Pesquisa de Satisfação dos Usuários, pelo Sistema de Cartas aos Usuários do SUS e pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares-PNASH, programas conduzidos pela Secretaria de Assistência à Saúde/SAS.

II - Das Categorias

São duas as categorias de concessão do Prêmio de Qualidade em Assistência Hospitalar:

-NACIONAL: será concedido as 10 (dez) instituições hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde que, dentre todas as existentes no país, tenham obtido as melhores avaliações de qualidade assistencial por parte de seus usuários, e também o Prêmio Destaque da Qualidade ao hospital que tiver a melhor avaliação no País, e

-ESTADUAL - concedido as 03 (três) instituições hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde que e que, dentre todas as existentes em seu respectivo estado tenham obtido a melhor avaliação de qualidade assistencial por seus usuários.

A instituição hospitalar premiada na Categoria Nacional não participará do Concurso na Categoria Estadual.

III - Dos Requisitos para o Concurso

-Ser hospital integrante do Sistema Único de Saúde;

-Ter realizado internações hospitalares de pacientes do Sistema Único de Saúde no ano com um número mínimo de 20 (vinte) respostas à pesquisa de satisfação encaminhadas ao Ministério da Saúde.

A participação no Concurso para os hospitais que cumpram os requisitos supramencionados é automática, não necessitando, portanto, de inscrição prévia.

IV - Dos Critérios de Avaliação/Concessão

A pontuação para a classificação dos hospitais será o resultado da média ponderada dos itens:

1. Pesquisa de satisfação corresponderá a 60% dos pontos. Será atribuído a cada hospital um valor com variação de 0 a 10 decorrentes do resultado às 05 (cinco) perguntas formuladas no cartão resposta da pesquisa de satisfação.

2. Sistema de Cartas corresponderá a 20% dos pontos. Será

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

atribuído a cada hospital um valor com variação de 0 a 10 decorrentes do quantitativo de denúncias recebidas pela Secretaria de Assistência à Saúde-SAS proporcionalmente ao número de cartas enviadas aos usuário do SUS.

3. PNASH corresponderá a 20% dos pontos. Será atribuído a cada hospital um valor com variação de 0 a 10 decorrentes do resultado do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, no componente que se refere a entrevistas com os pacientes realizadas no próprio hospital.

Serão premiadas aquelas instituições que, segundo suas categorias estabelecidas no item "Das Categorias" deste Regulamento, obtiverem os melhores escores de avaliação de seus usuários.

V - Do Prêmio e sua Entrega

O Prêmio de Qualidade Hospitalar, em suas respectivas categorias - Nacional e Estadual - será entregue uma vez por ano pelo Ministério da Saúde em cerimônia específica de premiação.

O Prêmio consistirá na outorga, pelo Ministério da Saúde às instituições selecionadas, de Diploma - Prêmio de Qualidade Hospitalar na respectiva categoria - Nacional ou Estadual, referente ao ano de realização das pesquisas de satisfação.

Anexo XXXIV

TABELA DE FORMA DE CONTRATAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 1321/2016, Anexo 1)

FORMA DE CONTRATAÇÃO COM O ESTABELECIMENTO	FORMA DE CONTRATAÇÃO COM O EMPREGADOR	DETALHAMENTO DA FORMA DE CONTRATAÇÃO	CONCEITO	REFERENCIA NA RAIS	OUTRAS REFERÊNCIAS	SOLICITA CNPJ	TIPO DE FORMA DE CONTRATAÇÃO ACEITO EM ESTABELECIMENTOS COM NATUREZA JURIDICA
01 VINCULO EMPREGATICIO	01 ESTATUTARIO EFETIVO	01 SERVIDOR PRÓPRIO	Servidor da Administração Pública Direta ou Indireta, ocupante de cargo efetivo do próprio ente público regido pelo Regime Jurídico Único (federal, estadual e municipal) e militar, vinculado a Regime Próprio de Previdência ou ao Regime Geral de Previdência Social.	30 e 31	Art.37 da Constituição Federal 1988; Lei 8.112 de 1990; outras leis específicas federais, municipais ou estaduais.	NÃO	Grupo 1 (exceto 121-0, 122-8, 125-2, 126-0 e 127-9)
		02 SERVIDOR CEDIDO	Servidor da Administração Pública Direta ou Indireta ocupante de cargo efetivo, cedido por outro ente público, regido pelo Regime Jurídico Único (federal, estadual e municipal) e militar, vinculado a Regime Próprio de Previdência ou ao Regime Geral de Previdência Social.			SIM	Grupo 1, 201-1, 203-8
	02 EMPREGADO PÚBLICO CELETISTA	02 PRÓPRIO	Empregado público do próprio ente/entidade pública da Administração Pública Direta ou Indireta, ocupante de emprego público, contratado pelo regime CLT por prazo indeterminado.	10	Art.37 da Constituição Federal 1988; decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943 (clt); Lei nº 9.962, de 22 de fevereiro de 2000; outras leis específicas federais, municipais ou estaduais.	NÃO	Grupo 1, 201-1, 203-8
		03 CEDIDO	Empregado público, cedido por outro ente/entidade pública da Administração Direta ou Indireta, ocupante de emprego público, contratado pela CLT por prazo indeterminado.			SIM	Grupo 1, 201-1, 203-8
	<03 CONTRATADO TEMPORARIO OU POR PRAZO / TEMPO DETERMINADO	<01 PÚBLICO	<Trabalhador temporário, contratado pela Administração Pública Direta ou Indireta por prazo/tempo determinado, regido por lei específica (federal, estadual, distrital ou municipal) ou pela CLT.	<95 - 96 - 97	<Lei nº 8.745/1993; decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943 (clt); art. 37, inciso ix da Constituição da República, outras leis específicas federais, municipais ou estaduais.	<NÃO	<Grupo 1, 201-1, 203-8
		<02 PRIVADO	<Trabalhador temporário, contratado por pessoa física ou jurídica por prazo determinado, regido pela CLT.	<40 - 50 - 55 - 60 - 65 -70 - 75 - 80 - 90	<Lei nº 9.601, de 21 de janeiro de 1998 (contrato prazo determinado); lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974 (temporário); decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943 (clt); decreto nº 2.490, de 4 de fevereiro de 1998, outras legislações aplicáveis.	<NÃO	<Grupos 2 (exceto 201-1, 203-8), 3, 4 e 5
	04 CARGO COMISSIONADO	03 SERVIDOR PÚBLICO PRÓPRIO	Servidor ou empregado público efetivo, próprio do ente ou entidade pública da Administração Direta ou Indireta, ocupante de cargos de livre nomeação e exoneração.	35 + 30 - 31 -10	Art.37 da Constituição Federal 1988; lei 8.112 de 1990; outras leis específicas federais municipais ou estaduais.	NÃO	Grupo 1, 201-1, 203-8
		04 SERVIDOR PÚBLICO CEDIDO	Servidor ou empregado público efetivo da Administração Pública Direta ou Indireta, cedido por outro ente ou entidade pública, ocupante de cargos de livre nomeação e exoneração.	35 + 30 - 31 - 10		SIM	Grupo 1, 201-1, 203-8
		05 SEM VÍNCULO COM O SETOR PÚBLICO	Trabalhador não efetivo ocupante de cargos de livre nomeação e exoneração, sem vínculo com setor público.	35		NÃO	Grupo 1, 201-1, 203-8
	05 CELETISTA	00 NÃO SE APLICA	Trabalhador vinculado a empregador pessoa jurídica de natureza privada ou pessoa física, por contrato de trabalho regido pela CLT, por prazo indeterminado.	10 - 15 - 20 - 25	Decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943 (CLT).	NÃO	Grupos 2 (exceto 201-1, 203-8), 3, 4 e 5
02 AUTONOMO	09 PESSOA JURÍDICA	00 NÃO SE APLICA	Trabalhador pessoa jurídica, sem vínculo empregatício com seu contratante, proprietário/sócio de empresa privada.	Não se aplica	Lei complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960.	SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
	10 PESSOA FISICA	00 NÃO SE APLICA	Trabalhador pessoa física, sem vínculo empregatício, contratado para prestação de apoio técnico/serviços com objetivos específicos durante determinado prazo.	Não se aplica	Lei nº 8.212, de 11 de dezembro de 1990; lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960. outras legislações aplicáveis.	NÃO	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
	11 COOPERADO	00 NÃO SE APLICA	Trabalhador associado à cooperativa e que presta serviços na rede própria da cooperativa, sem vínculo empregatício.	Não se aplica	Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971; art. 442 do decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943 (clt). outras legislações aplicáveis.	SIM	Apenas 214-3
05 RESIDENCIA	01 RESIDENTE	01 PRÓPRIO	Profissional cursando residência médica ou multiprofissional, caracterizada por treinamento em serviço, com bolsa financiada pela instituição (pública ou privada) responsável pelo estabelecimento.	Não se aplica	Lei no 6.932, de 7 de julho de 1981 (residência médica) / Lei n°11.129 de 2005 (residência multiprofissional), outras legislações aplicáveis.	NÃO	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
		02 SUBSIDIADO POR OUTRO ENTE/ENTIDADE	Profissional cursando residência médica ou multiprofissional, caracterizada por treinamento em serviço, com bolsa subsidiada por outro ente/entidade.			SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
06 ESTAGIO	01 ESTAGIARIO	01 PRÓPRIO	Estudante de instituições de educação superior, educação profissional, ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, desenvolvendo atividades curriculares obrigatórias ou não obrigatórias, em ambiente de trabalho na modalidade profissional da educação de jovens e adultos. Pode ser remunerado, ou não, pela instituição (pública ou privada) responsável pelo estabelecimento. Regido pela Lei nº 11.788/2008.	Não se aplica	Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008 e outras legislações aplicáveis.	NÃO	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5

		02 SUBSIDIADO POR OUTRO ENTE/ENTIDADE	Estudante de instituições de educação superior, educação profissional, ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, desenvolvendo atividades curriculares obrigatórias ou não obrigatórias, em ambiente de trabalho na modalidade profissional da educação de jovens e adultos. Pode ser remunerado, ou não, por outro ente/entidade (pública ou privada). Regido pela Lei nº 11.788/2008 (Lei do estágio).			SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
07 BOLSA	01 BOLSISTA	01 PRÓPRIO	Profissional ou estudante que desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão/ensino-serviço financiada por instituição (pública ou privada) responsável pelo estabelecimento. Não regido pela Lei nº 11.788/2008 (Lei do estágio).	Não se aplica	Não regidos pela lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008.	NÃO	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
		02 SUBSIDIADO POR OUTRO ENTE/ENTIDADE	Profissional ou estudante que desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão/ensino-serviço financiada por outro ente/entidade (pública ou privada). Não regido pela Lei nº 11.788/2008 (Lei do estágio).			SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
08 INTERMEDIADO	01 EMPREGADO PUBLICO CELETISTA	00 NÃO SE APLICA	Empregado público intermediado por ente/entidade pública, ocupante de emprego público, contratado pelo regime CLT por prazo indeterminado.	10	Art.37 da constituição federal 1988; outras leis específicas municipais ou estaduais e outras legislações aplicáveis.	SIM	Grupos 1, 2, 3 e 5
	02 CONTRATADO TEMPORARIO OU POR PRAZO / TEMPO DETERMINADO	00 NÃO SE APLICA	Trabalhador temporário intermediado pela administração pública ou por pessoa física ou pessoa jurídica por prazo determinado, regido por lei específica (ente público) ou pela CLT.	40-50-55-60-65-70-75-80-90-95-96-97	Público: lei nº 8.745/1993 e outras normas específicas e regulamentares; Privado: lei nº 9.601, de 21 de janeiro de 1998 (contrato prazo determinado) / lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974 (temporário); decreto nº 2.490, de 4 de fevereiro de 1998. outras legislações aplicáveis.	SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
	03 CARGO COMISSIONADO	00 NÃO SE APLICA	Trabalhador sem vínculo ou servidor ou empregado público efetivo, ocupante de cargo de livre nomeação e exoneração intermediado por órgãos ou entidade da Administração Pública Direta ou Indireta.	35 ou 35+30 ou 35+31 ou 35+10	Art.37 da constituição federal 1988; lei 8.112 de 1990, outras leis específicas municipais ou estaduais e outras legislações aplicáveis.	SIM	Grupos 1, 2, 3 e 5
	04 CELETISTA	00 NÃO SE APLICA	Trabalhador intermediado vinculado a empregador pessoa jurídica de natureza privada ou pessoa física, por contrato de trabalho regido pela CLT, por prazo indeterminado.	10-15-20-25	Decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943 e outras legislações aplicáveis	SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
	05 AUTONOMO	01 PESSOA JURÍDICA	Trabalhador pessoa jurídica, sem vínculo empregatício com o contratante intermediador, proprietário/sócio de empresa privada.	Não se aplica	Lei complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960.	SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
		02 PESSOA FÍSICA	Trabalhador pessoa física, sem vínculo empregatício com o intermediador, contratado para prestação de apoio técnico/serviços com objetivos específicos durante determinado prazo.	Não se aplica	Lei nº 8.212, de 11 de dezembro de 1990; lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960 e outras legislações aplicáveis.	SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
	06 COOPERADO	00 NÃO SE APLICA	Trabalhador associado à cooperativa intermediadora que presta serviços na rede de saúde.	Não se aplica	Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971; art. 442 do decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943 (CLT)	SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
	07 SERVIDOR PUBLICO	01 CEDIDO	Servidor da Administração Pública Direta ou Indireta ocupante de cargo efetivo, cedido por outro ente público, regido pelo Regime Jurídico Único (federal, estadual e municipal) e militar, vinculado a Regime Próprio de Previdência ou ao Regime Geral de Previdência Social.	30 e 31	Art.37 da Constituição Federal 1988; Lei 8.112 de 1990; outras leis específicas federais, municipais ou estaduais.	SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
09 INFORMAL	01 CONTRATADO VERBALMENTE	00 NÃO SE APLICA	Profissional sem contrato formal com o empregador, aguardando sua regularização (situação excepcional).	Não se aplica	-	NÃO	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
	02 VOLUNTARIADO	00 NÃO SE APLICA	Profissional sem contrato formal com o empregador que atue de forma gratuita.	Não se aplica	-	NÃO	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
10 SERVIDOR PÚBLICO CEDIDO PARA INICIATIVA PRIVADA	01 SERVIDOR CEDIDO	00 NÃO SE APLICA	Servidor da Administração Pública Direta ou Indireta ocupante de cargo efetivo, cedido por ente público, regido pelo Regime Jurídico Unico (federal, estadual e municipal) e militar, vinculado a Regime Próprio de Previdência ou ao Regime Geral de Previdência Social.	30 e 31	Art.37 da Constituição Federal 1988; Lei 8.112 de 1990; outras leis específicas federais, municipais ou estaduais.	SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
	02 EMPREGADO PÚBLICO CELETISTA	00 NÃO SE APLICA	Empregado público, cedido por ente/entidade pública da Administração Direta ou Indireta, ocupante de emprego público, contratado pela CLT por prazo indeterminado.	10	Art.37 da Constituição Federal 1988; decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943 (clt); Lei nº 9.962, de 22 de fevereiro de 2000; outras leis específicas federais, municipais ou estaduais.	SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
	03 CARGO COMISSIONADO	00 NÃO SE APLICA	Trabalhador sem vínculo ou servidor ou empregado público efetivo, ocupante de cargo de livre nomeação e exoneração intermediado por órgãos ou entidade da Administração Pública Direta ou Indireta.	35 ou 35+30 ou 35+31 ou 35+10	Art.37 da constituição federal 1988; lei 8.112 de 1990, outras leis específicas municipais ou estaduais e outras legislações aplicáveis.	SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5

Anexo XXXV

CONJUNTO DE DADOS E EVENTOS REFERENTES AOS MEDICAMENTOS E INSUMOS DA RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME) (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Anexo 1)

CONJUNTO DE DADOS E EVENTOS REFERENTES AOS MEDICAMENTOS E INSUMOS DA RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME)

POSIÇÃO ESTOQUE
Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)*
Código de identificação do produto[4]
Quantidade do produto em estoque do último dia do mês
Lote
Data de validade do produto
Programa de saúde vinculado ao produto[1;3]
IUM (Identificador Único de Medicamento) do produto[1]

ENTRADAS
Código do CNES do estabelecimento que registrou a entrada
Código de identificação do tipo de estabelecimento[3]
Código de identificação do produto[4]
Número do CNPJ do fabricante
Número documento fiscal ou simples remessa
Lote
Valor monetário unitário do produto adquirido

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300058

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Data de validade do produto
Quantidade do produto recebida
Programa de saúde vinculado ao produto [1;3]
Quantidade do produto recebida
Data recebimento do produto
IUM (Identificador Único de Medicamento) do produto[1]
Número do CNPJ do distribuidor[3]
Tipo de entrada do produto no estoque[3]

SAÍDAS
Código do CNES do estabelecimento que registrou a saída
Código de identificação do tipo de estabelecimento[3]
Código de identificação do produto[3]
Número do CNPJ do fabricante[3]
Lote
Data de validade do produto
Programa de saúde vinculado ao produto[1;3]
Lote
Data de validade do produto
Programa de saúde vinculado ao produto[1;3]
Quantidade da saída do produto
Data de saída do produto
IUM (Identificador Único de Medicamento) do produto[1]
Código do CNES do estabelecimento destino
Tipo de saída do produto no estoque[3]

DISPENSAÇÕES
Código do CNES ou CNPJ[2] do estabelecimento que registrou a dispensação
Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do usuário SUS
Peso e altura do usuário SUS[4]
CID-10[4]
Código de identificação do produto[3]
Programa de saúde vinculado ao produto[1;3]
Lote
Data de validade do produto
IUM (Identificados Único de Medicamentos) do produto[1]
Quantidade dispensada do produto[3]
Data de dispensação do produto[3]
Competência da dispensação[4]
Código do CNS do profissional solicitante[4]
Número do registro no CRM do prescritor[2;4]
UF do CRM do prescritor[2;4]

AVALIAÇÕES DEFERIDAS**
Quantidade avaliada por competência do LME
Código do Procedimento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde
Data da avaliação
Código do CNES do estabelecimento avaliador
Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do usuário SUS
Avaliação de Adequação[3]

**Conforme § 1º do Art. 2º

[1]Dados não obrigatórios.

[2]Dados que compõem o conjunto do Programa Farmácia Popular.

[3]Instruções sobre os dados: www.saude.gov.br/eixoinformacao.

[4]Dados específicos para medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

'Anexo XXXVI

REGULAMENTO DO PRÊMIO SÉRGIO AROUCA DE GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1)

CAPÍTULO I

DO OBJETIVO

(Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, CAPÍTULO I)

Art. 1º O Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS tem por objetivo incentivar a gestão participativa, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Gestão Participativa - ParticipaSUS (Anexo II), por meio do reconhecimento, da premiação e da divulgação de trabalhos que relatem e analisem experiências bem-sucedidas de gestão participativa em serviços, organizações ou sistemas de saúde, e de trabalhos acadêmicos sobre o tema da gestão participativa no Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 1º)

CAPÍTULO II

DA PROMOÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, CAPÍTULO II)

Art. 2º O Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS é uma promoção da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 2º)

CAPÍTULO III

DAS CATEGORIAS

(Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, CAPÍTULO III)

Art. 3º O Prêmio está organizado em duas categorias: (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 3º)

I - Artigos sobre Experiências Bem-Sucedidas, que relatem e analisem experiências de gestão participativa, acumuladas em pelo menos 1 (um) ano de duração, em serviços, organizações ou sistemas de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 3º, I)

II - Trabalhos Acadêmicos, em forma de artigo, sobre o tema da gestão participativa no Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 3º, II)

Parágrafo Único. Os Artigos sobre Experiências Bem-Sucedidas e os Trabalhos Acadêmicos apresentados para concorrer ao prêmio deverão ser inéditos, isto é, não terem sido publicados em meio impresso ou eletrônico. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º A categoria Artigos sobre Experiências Bem-Sucedidas é aberta a gestores do SUS, profissionais de saúde, usuários do SUS, conselheiros de saúde, estudantes e outros interessados na apresentação de experiências vivenciadas como gestores, integrantes de equipes, conselheiros, usuários, pesquisadores ou observadores externos. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 4º)

Art. 5º A categoria Trabalho Acadêmico sobre o tema da gestão participativa no SUS é aberta a pesquisadores e estudiosos, para apresentação de artigos inéditos referentes à temática de gestão participativa, sendo aceitas diversas abordagens como, por exemplo, revisão bibliográfica; reflexão crítica, conceitual e experimental, entre outros. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 5º)

CAPÍTULO IV

DAS INSCRIÇÕES

(Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, CAPÍTULO IV)

Art. 6º As inscrições serão para cada uma das categorias: Artigos sobre Experiências Bem-Sucedidas e Trabalhos Acadêmicos. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 6º)

Parágrafo Único. Os Artigos sobre Experiências Bem-Sucedidas e os Trabalhos Acadêmicos devem ser inscritos em nome do(s) autor(es), pessoa(s) física(s), ainda que se refiram a experiências desenvolvidas por uma ou mais organizações. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 7º As inscrições devem ser feitas por intermédio dos endereços eletrônicos: www.saude.gov.br/premiosergio arouca e www.conasems.org.br, mediante: (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º)

I - preenchimento da ficha de inscrição; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, I)

II - inserção do trabalho no sistema, sem identificação de autoria, observando o limite de 30 (trinta) laudas, não sendo admitida nenhuma ilustração, gráficos ou tabelas; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, II)

III - os autores cujos trabalhos forem selecionados pelo processo avaliativo deverão remeter, no prazo a ser estipulado, uma versão final do trabalho, via e-mail, comportando ilustrações, gráficos e tabelas, e não deve ultrapassar 30 laudas; e (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, III)

IV - para a categoria Experiências Bem-Sucedidas, o trabalho completo deve obedecer à seguinte estrutura de texto: (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, IV)

a) título; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, IV, a)

b) introdução (contextualização, justificativa e coerência com as Marcas e Diretrizes do ParticipaSUS); (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, IV, b)

c) objetivo da experiência; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, IV, c)

d) apresentação da experiência (a apresentação deverá contemplar as características do processo adotado: atores envolvidos, abrangência da experiência, descrição do processo e métodos utilizados); (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, IV, d)

1. potencial inovador com as Marcas e Diretrizes do ParticipaSUS; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, IV, d, 1)

2. caráter multiplicador (ações que poderão garantir ou permitir a continuidade/ampliação da experiência e dificuldades encontradas); (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, IV, d, 2)

e) resultados e discussão; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, IV, e)

f) conclusões; e (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, IV, f)

g) referências bibliográficas. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, IV, g)

V - na categoria Trabalhos Acadêmicos, a estrutura do trabalho completo deve contemplar os seguintes tópicos: (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, V)

a) título; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, V, a)

b) introdução (apresentação do trabalho e objetivo); (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, V, b)

c) justificativa (relevância e contribuição do trabalho para o ParticipaSUS); (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, V, c)

d) revisão de literatura; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, V, d)

e) desenvolvimento (método, processo, resultados e discussão); (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, V, e)

f) conclusões; e (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, V, f)

g) referencias bibliográficas. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, V, g)

Parágrafo Único. Inscrições de Artigos sobre Experiências Bem-Sucedidas ou Trabalhos Acadêmicos que não observem um ou mais itens do art. 7 serão excluídas e não participarão da avaliação. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 8º Cada autor poderá inscrever-se, no máximo, com 3 (três) trabalhos, incluindo co-autoria. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 8º)

CAPÍTULO V

DOS PRAZOS

(Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, CAPÍTULO V)

Art. 9º As inscrições estarão abertas no período de 29 de abril de 2005 a 20 de junho de 2005. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 9º)

Art. 10. A relação dos trabalhos selecionados será divulgada no dia 1° de agosto de 2005, nos endereços eletrônicos: www.saude.gov.br/premiosergioarouca e www.conasems.org.br (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 10)

Art. 11. A cerimônia de premiação será realizada em agosto de 2005, em Brasília/DF. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 11)

CAPÍTULO VI

DA AVALIAÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, CAPÍTULO VI)

Art. 12. A Comissão de Avaliação será composta por avaliadores convidados pelo Comitê Executivo, entre profissionais de reconhecida capacidade e experiência no campo da saúde e da gestão participativa, com as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 12)

I - analisar e pontuar os trabalhos segundo os critérios pré-definidos pelo Comitê Executivo; e (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 12, I)

II - contribuir para a classificação dos finalistas. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 12, II)

Art. 13. É vedada a participação dos integrantes do Comitê Executivo e da Comissão de Avaliação como candidatos ao Prêmio, em quaisquer categorias, na condição de autor ou coautor. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 13)

CAPÍTULO VII

DA PREMIAÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, CAPÍTULO VII)

Art. 14. Serão conferidos diplomas e prêmios de R$ 5.000,00 (cinco mil reais) para 5 (cinco) Artigos sobre Experiências Bem-Sucedidas, classificados pela Comissão de Avaliação, para premiação entre os 15 (quinze) selecionados em sua categoria. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 14)

Art. 15. Será conferida Menção Honrosa aos 10 (dez) Artigos sobre Experiências Bem-Sucedidas, entre os 15 (quinze) trabalhos selecionados nessa categoria. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 15)

Art. 16. Serão conferidos diplomas e prêmio de R$ 5.000,00 (cinco mil reais) aos 5 (cinco) Trabalhos Acadêmicos classificados pela Comissão de Avaliação, para premiação entre os 15 (quinze) selecionados em sua categoria. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 16)

Art. 17. Será conferida Menção Honrosa aos 10 (dez) Trabalhos Acadêmicos, na forma de Artigo, selecionados entre todos os trabalhos regularmente inscritos em sua categoria, por meio de pontuação pela Comissão de Avaliação. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 17)

Art. 18. Os diplomas e os prêmios serão entregues ao autor identificado como autor principal na ficha de inscrição, inclusive na existência de coautoria. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 18)

Parágrafo Único. Nos diplomas constarão os nomes de todos os autores. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 18, Parágrafo Único)

Art. 19. Os 5 (cinco) trabalhos premiados em cada categoria serão publicados pelo Ministério da Saúde e o CONASEMS, e todos os selecionados participarão do Seminário e da Mostra Nacional de Gestão Participativa. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 19)

CAPÍTULO VIII

DOS RECURSOS

(Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, CAPÍTULO VIII)

Art. 20. O Comitê-Executivo é a instância máxima de recursos. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 20)

Art. 21. O prazo para interposição de recurso será de 2 (dois) dias úteis após a divulgação da relação dos trabalhos vencedores. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 21)

Art. 22. Admitir-se-á um único recurso por candidato, devidamente fundamentado, sendo desconsiderado recurso de igual teor. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 22)

Art. 23. Os recursos deverão ser enviados para o correio eletrônico premiosa@saude.gov.br e estes estarão sob responsabilidade do Comitê-Executivo. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 23)

Art. 24. O recurso interposto fora do respectivo prazo não será aceito, sendo considerada, para tanto, a data da confirmação do recebimento do recurso, esta será através de mensagem eletrônica resposta enviada pelo Comitê-Executivo. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 24)

Art. 25. Não serão aceitos recursos interpostos por outro meio que não seja o especificado neste Edital. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 25)

Art. 26. Os recursos interpostos em desacordo com as especificações contidas neste Capítulo não serão avaliados. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 26)

Art. 27. As decisões dos recursos serão disponibilizadas no endereço eletrônico www.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 27)

Anexo XXXVII

MARCAS DA POLÍTICA NACIONAL DE GESTÃO PARTICIPATIVA (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 2)

MARCAS DA POLÍTICA NACIONAL DE GESTÃO PARTICIPATIVA:

Reafirmação dos pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito universal à saúde como responsabilidade do Estado.

Construção de um pacto de promoção da gestão participativa entre as três esferas de governo.

Ampliação dos mecanismos de participação popular nos processos de gestão do SUS, de forma a garantir sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular.

Adoção de mecanismos e práticas de gestão participativa, nas três esferas de gestão do SUS, envolvendo gestores, prestadores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS.

Estímulo a mecanismos de escuta e interação permanente entre gestores e prestadores com os trabalhadores de saúde e os usuários do SUS de forma que suas opiniões, percepções e demandas sejam valorizadas nos processos de gestão.

Valorização e fortalecimento dos mecanismos instituídos para controle social no SUS incluindo Conselhos de Saúde e Conferências.

Efetivação de conferências de saúde nos âmbitos municipal, estadual e nacional, como instrumentos para a formulação das respectivas políticas de saúde.

Promoção de espaços compartilhados de atuação que envolvam outros setores de governo comprometidos com a produção de saúde, construindo práticas de articulação intersetorial.

DIRETRIZES DE GESTÃO PARTICIPATIVA PARA O SUS:

1. Promover a ampliação dos direitos da população à saúde, comprometendo a sociedade e os distintos setores de governo com a produção de saúde e com o SUS.

A avaliação dos avanços e retrocessos do processo da Reforma Sanitária Brasileira constitui iniciativa estratégica para a sua consolidação. Nessa direção, serão promovidos estudos que recuperem o conceito de saúde ampliado, nos moldes defendidos pela Reforma, assim como estudos que contribuam para a identificação dos problemas e dificuldades na implementação do SUS.

A exigibilidade do direito à saúde requer que a população se aproprie da consciência sanitária, assim como dos princípios, diretrizes e avanços do SUS. Nesse sentido particular, deverão ser desenvolvidas ações de mídia, difundindo informações sobre o direito à saúde, ao SUS e ao controle social. Com o mesmo objetivo serão promovidos periodicamente, eventos que contribuam para a consolidação da reforma sanitária e do SUS. Igual ênfase será dada à formação dos profissionais de saúde no tocante à apropriação desses conhecimentos e valores sociais.

Para garantir a consolidação do SUS como política de inclusão social e conquista popular, serão estimulados novos mecanismos de participação social.

A estratégia da intersetorialidade torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde, já que esta é o produto resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida. A intersetorialidade, como prática de gestão na saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde, na formulação, na implementação e no acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população.

No contexto da intersetorialidade, deverão ser estimulados também os mecanismos de envolvimento da sociedade, promovendo sua participação nos processos decisórios sobre sua qualidade de vida e saúde.

2. Construir um pacto de Gestão Participativa comprometendo as três esferas de governo com a implementação da Política de Gestão Participativa, envolvendo gestores, prestadores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS.

Os princípios e diretrizes da Política de Gestão Participativa deverão constituir práticas transversais, mediando os processos co-

tidianos do SUS, e ser adotados pelo conjunto dos serviços e instâncias do sistema.

Dessa forma, deverão ser introduzidos aos novos pactos de gestão as praticas e os mecanismos participativos, entendendo que essa estratégia contribui para a constituição do modelo de atenção à saúde comprometido com as necessidades e as demandas da população, a universalização do acesso, a eqüidade e a integralidade da atenção. A ampliação dos mecanismos de deliberação colegiada com participação social aproxima os interesses dos diversos atores da saúde, permite o diálogo entre eles e resulta em mais chances para a constituição do modelo de atenção adequado a cada território.

As Comissões Intergestores, no âmbito federal (Tripartite) e estadual (Bipartites), sob as diretrizes dos respectivos conselhos de saúde e as indicações das conferencias de saúde, podem ser caracterizadas, no presente, como as principais instâncias de decisões compartilhadas e, portanto, fóruns inegáveis de pactuação na gestão da saúde.

Deverão ser estimulados a criação e o fortalecimento de outras instâncias e de decisão conjunta, nas diversas modalidades como as plenárias regionais, mesas de negociação, câmaras setoriais, comitês técnicos e colegiados de gestão integrantes de cada instituição e órgão do SUS.

Entre os processos participativos de gestão, destacam-se os conselhos gestores, que devem estar integrados à dinâmica funcional de cada instituição e órgão do SUS. Representam um dos mecanismos de gestão promotor da co-responsabilidade, ao integrar os segmentos de trabalhadores da saúde, usuários e gestores do SUS na condução das práticas de saúde.

Nessa perspectiva, promover-se-á a implantação de conselhos de gestão nos estabelecimentos de saúde ambulatoriais, hospitalares, públicos, conveniados e contratados.

Ainda como participação imprescindível na constituição do pacto de gestão participativa, deverão ser desenvolvidas articulações especiais com o Poder Legislativo, o Ministério Público e o Poder Judiciário, nas diferentes esferas de gestão do SUS.

Para estimular novos mecanismos de gestão participativa serão disseminadas as experiências municipais, regionais e estaduais bem-sucedidas, por meio de uma rede de intercâmbio e cooperação entre instituições envolvendo o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS.

Outras iniciativas deverão ser promovidas pela Secretaria de Gestão Participativa que visem estimular, acelerar, avaliar e aperfeiçoar as práticas de gestão participativa. Nesse sentido, será estruturada uma Rede Nacional de Observatórios de Gestão Participativa do SUS, para acompanhamento estratégico e divulgação de políticas, ações e programas governamentais.

As experiências municipais bem-sucedidas de gestão participativa deverão ser reconhecidas nacionalmente por meio de premiação criada especificamente para tal fim. Além disso, serão estimulados estudos e pesquisas acadêmicas sobre o tema, que constitui prioridade da Agenda de pesquisas do Ministério da Saúde.

Deverão ainda ser utilizados outros instrumentos de divulgação sobre gestão participativa, tais como periódicos nacionais e edição de vídeos.

3. Ampliar e fortalecer o acesso da população às informações sobre sua saúde, sobre o SUS e os direitos sociais.

Trata-se de socializar informações sobre os princípios, diretrizes, mecanismos de financiamento e gestão do SUS, instrumentalizando a população para defender o direito à saúde.

Dessa forma, diferentes meios de comunicação deverão ser utilizados para difusão, à população, de conteúdos informativos sobre a saúde e o SUS e seus mecanismos de gestão. Ainda serão estimuladas novas formas de acesso da população a essas informações e promovidos novos espaços para a escuta, o diálogo, a articulação e a sensibilização entre gestores, prestadores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS.

Ênfase especial será dada aos movimentos sociais organizados que, por meio de um processo de sensibilização sobre processos de saúde e doença e sobre o funcionamento do SUS, deverão participar como parceiros e multiplicadores desses processos junto à população.

A articulação de redes de movimentos sociais pelo direito à saúde e à qualidade de vida e de apoio ao SUS, além de ampliar a rede social em defesa da saúde permite ainda aperfeiçoar o processo de controle social.

Para tanto, serão desenvolvidos processos de sensibilização para que se instale capacidades em controle social das políticas de saúde e em defesa do SUS, especialmente em regiões mais excluídas e entre grupos sociais com menor participação em saúde: mulheres, negros, gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais (GLTB); indígenas e população rural, entre outros.

Para a divulgação de conhecimentos, das ações dos conselhos de saúde e sensibilização da população, deverá ser dado prioridade ao uso da mídia televisiva e radiofônica, nesta, com destaque para as rádios comunitárias. Com essa finalidade será também promovida a sensibilização de programadores e radialistas de emissoras de rádio, entre outros.

O código de proteção dos usuários de saúde configurará instrumento privilegiado tanto para a melhoria contínua das ações e serviços de saúde, quanto para a participação social. Para tanto, deverão ser implementadas as medidas necessárias ao seu estabelecimento, mediante uma articulação com o Congresso Nacional, com os gestores e as instâncias formais de participação social no SUS.

Paralelamente ao estabelecimento do código, serão tomadas as providências para sua implementação plena, bem como para o atendimento e a resolução das demandas dela advinda. Nesse aspecto, serão buscadas a cooperação e a integração com os órgãos envolvidos com a questão, entre os quais o Ministério Público.

4. Fortalecer e qualificar as instâncias de participação da sociedade civil e do controle social.

A criação de mecanismos e estratégias para fortalecimento da representatividade do controle social no SUS é uma prioridade de atuação, tanto em relação aos Conselhos de Saúde quanto em relação às Conferências de Saúde e outras formas de participação social.

Deverão ser implementados processos de acompanhamento das atividades desenvolvidas pelos Conselhos de Saúde e por outras instâncias organizadas de representação social, como também adotadas metodologias de monitoramento e avaliação do controle social no SUS.

Para tanto, será estabelecido o perfil dos Conselhos de Saúde em funcionamento no País e um banco de dados que subsidie a criação de um sistema de acompanhamento dos Conselhos de Saúde. Também serão desenvolvidos processos de monitoramento, comportando análises referentes à atuação, à composição, dos mecanismos de escolha dos membros, à interação com os segmentos que representam, ao grau de institucionalização, à regularidade de funcionamento e à interação com os mecanismos de participação da sociedade.

Paralelamente, será criado o sistema de informação em controle social em saúde.

O processo de educação permanente de conselheiros de saúde, delegados das conferências e das entidades representativas da sociedade civil, a criação de uma rede de cooperação e intercâmbio de informações entre Conselhos de Saúde, além da divulgação de iniciativas inovadoras e bem-sucedidas desses Conselhos, são estratégias de fortalecimento dessas instâncias.

Deverá ser consolidado o caráter deliberativo dos Conselhos, na busca de meios que assegurem as condições operacionais e políticas para sua qualificação e seu aperfeiçoamento.

Para dar continuidade ao processo de desenvolvimento do controle social no SUS, é de fundamental relevância que sejam adotadas medidas para melhorar o trabalho dos Conselhos de Saúde. Nesse sentido, serão acionados os meios necessários para a efetiva implementação dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, assegurando-lhes condições adequadas de funcionamento.

Serão promovidas Plenárias Regionais de Conselhos de Saúde para estímulo à participação no processo da regionalização da atenção integral à saúde.

Alem disso, a promoção de conferências, a divulgação dos compromissos e o acompanhamento das recomendações oriundas dessas conferências constituem estratégias prioritárias.

5. Qualificar as relações e ampliar os canais de comunicação entre os gestores do SUS, os trabalhadores da saúde que compõem a equipe de atenção, e os usuários, fundamentados em valores da humanização e da solidariedade e promover a co-responsabilidade destes com o processo de produção social da saúde, de garantia do acesso integral e da eqüidade.

Serão promovidos novos espaços para a escuta, o diálogo, a articulação e a sensibilização dos trabalhadores da saúde, prestadores, usuários e gestores do SUS, na constituição de processos de gestão participativa na saúde. Esses processos, caracterizados pela co-responsabilidade entre seus diferentes atores, devem confluir para a formação da cultura da solidariedade, gerando mudanças nas relações entre trabalhadores, gestores e usuários e melhorando a produção da saúde individual e coletiva.

Nesse sentido, deverão ser incorporados os princípios e diretrizes traçados pela Política Nacional de Humanização, como eixo norteador das práticas de atenção e gestão e para a produção de um novo tipo de interação entre esses atores.

Os processos de participação social e de gestão participativa já em desenvolvimento e novos mecanismos de interação permanente entre gestores, prestadores, trabalhadores da saúde e usuários do SUS deverão ser estimulados, de forma que sejam adotadas atitudes de co-responsabilidade de todos esses atores na promoção da saúde.

Nesse sentido, os espaços compartilhados de controle social e de gestão do SUS deverão assumir o desafio de formação de uma cultura de co-responsabilidade, estruturada na concepção da saúde como bem público, direito social e dever do Estado, incluindo governo e sociedade.

6. Promover o desenvolvimento de novos canais e formas de mobilização social e participação popular na saúde e apoiar instâncias organizadas de representação social.

A consolidação do SUS como política de efetiva universalização dos direitos de cidadania exigirá, o estágio atual, o aperfeiçoamento dos processos de mobilização social e a busca de novos canais de escuta da população. Outras formas de participação deverão ser desenvolvidas nos campos da co-gestão, da gestão colegiada, e de ouvidorias, entre outros.

Serão propostas novas formas e novos métodos de mobilização social, por meio da identificação de grupos vulneráveis e territórios estratégicos prioritários para o desenvolvimento de iniciativas que motivem a população e as instâncias organizadas de representação social a participarem da gestão do SUS.

Nesse sentido, serão desenvolvidos seminários de gestão participativa no SUS, em regiões metropolitanas e macrorregiões, para a constituição de processos decisórios participativos de planos regionais de saúde, na perspectiva das necessidades da população, que se expressem em uma agenda pública de metas sociais em saúde compartilhadas pelos parceiros locais e regionais.

7. Realizar escuta contínua das necessidades e demandas da população, processando essas informações para serem utilizadas como ferramentas para a gestão nas distintas esferas do SUS.

A implantação do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS constitui parte dos novos desafios para a gestão participativa.

Nesse aspecto, deverá ser estabelecida a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde e apoiada a implantação e o desenvolvimento de estruturas similares em estados e municípios. O conjunto de Ouvidorias em Saúde deverá atuar de forma integrada e sistêmica. Esse processo de configuração de um Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS em nível nacional, nos estados e nos municípios, requer desenvolvimento no estabelecimento de modelos tecnológicos de serviços de ouvidoria e de padrões para a escuta espontânea, o processamento e o tratamento das demandas.

Além disso, novas metodologias para escuta ativa da população deverão ser adotadas. Nesse sentido, serão desenvolvidos processos permanentes de captação de opiniões e de aferição da percepção do usuário acerca do desempenho e da qualidade dos serviços de saúde.

O desenvolvimento desses estudos e dos métodos de análise das informações, mediante parcerias com instituições de ensino-pesquisa, produzirão insumos de relevância para a efetivação das políticas de saúde

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

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

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

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

CAPÍTULO I

DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Seção I

Das Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde

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

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

II - Política Nacional de Vigilância em Saúde;

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

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

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

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

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

Seção II

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

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

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

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

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

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

Seção III

Das Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Seção IV

Das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde

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

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

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

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

CAPÍTULO II

DAS POLÍTICAS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Seção I

Das Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Seção II

Das Políticas de Atenção a Agravos Específicos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO III

DAS POLÍTICAS DE ORGANIZAÇÃO DO SUS

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RICARDO BARROS

Anexo I

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

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

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300064

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO II

DO COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo II

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

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

CAPÍTULO I

DO COLEGIADO NACIONAL DE COORDENADORES DE SAÚDE MENTAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO II

DO FÓRUM NACIONAL SOBRE SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

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

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

II - estabelecer diretrizes políticas nacionais para o orde-

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

namento do conjunto de práticas que envolvam o campo da atenção à saúde mental infantojuvenil; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º, II)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo III

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

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

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

CAPÍTULO I

DA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 2º A peridiocidade de avaliação para certificação de equi-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO II

DOS BANCOS DE LEITE HUMANO (BLH)

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

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

CAPÍTULO III

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IV

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300067

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

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

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

Anexo 1 do Anexo III

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

Política Nacional de Alimentação e Nutrição

APRESENTAÇÃO

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

A população brasileira, nas últimas décadas, experimentou grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e consumo alimentar. Essas transformações acarretaram impacto na diminuição da pobreza e exclusão social e, consequentemente, da fome e desnutrição. Por outro lado, observa-se aumento vertiginoso do excesso de peso em todas as camadas da população, apontando para um novo cenário de problemas relacionados à alimentação e nutrição.

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

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

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

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

Brasília, 17 de novembro de 2011

Ministério da Saúde

1 INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O desenvolvimento econômico deve ser acompanhado pelo

setor saúde para que as populações que tenham incremento de renda também tenham melhorias de acesso e condições de saúde.

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

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

2 PROPÓSITO

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

3 PRINCÍPIOS

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

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

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

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

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

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

4 DIRETRIZES

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

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

4.1 Organização da Atenção Nutricional

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2 Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

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

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

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

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

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

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

Nesse sentido, pressupõe-se o compromisso do setor saúde na articulação e desenvolvimento de ações intersetoriais em diferentes

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300069

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

esferas de governo e junto à sociedade. Organizar as ações de PAAS implica desenvolver mecanismos que apoiem os sujeitos a adotar modos de vida saudáveis, identificar e analisar de forma crítica, além de enfrentar hábitos e práticas não promotoras de saúde, aos quais muitas vezes estão submetidos.

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

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

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

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

4.3 Vigilância Alimentar e Nutricional

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4 Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para essa finalidade, a construção do monitoramento das ações da PNAN parte da identificação da produção e dos processos desenvolvidos pela gestão federal, acrescidos em cada esfera dos processos próprios e específicos de apreensão e adequação das diretrizes emanadas da política nacional. Deverá levar em conta os problemas nutricionais priorizados, a participação e o acesso da população aos programas e ações da PNAN. Esse processo exigirá a definição de prioridades, objetivos, estratégias e metas para a atenção nutricional.

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

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

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

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

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

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

4.5 Participação e Controle Social

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

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

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

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

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

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

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

4.6 Qualificação da Força de Trabalho

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

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

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300070

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

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

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

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

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

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

4.7 Controle e Regulação dos Alimentos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.8 Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição

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

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

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

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

4.9 Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional

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

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

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

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

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

5 RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

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

5.1 Responsabilidades do Ministério da Saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2 Responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal

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

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

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

Destinar recursos estaduais para compor o financiamento tri-

partite das ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde no âmbito estadual;

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

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

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

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

5.3 Responsabilidades das Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal

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

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

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

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

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

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

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

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

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

GLOSSÁRIO

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

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

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

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

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

Atenção integral à saúde: conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, orientadas pelas necessidades da população, e que incluem a atitude do profissional no encontro com os usuários, a organização dos serviços de saúde e a construção de políticas públicas capazes de incidir sobre os determinantes sociais de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS): compreende o conjunto de ações, definidas na Lei nº 8080/1990, executado por instituições da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária.

Soberania Alimentar: De acordo com a Declaração de Nyélény (2007), "é um direito dos povos a alimentos nutritivos e culturalmente adequados, acessíveis, produzidos de forma sustentável e ecológica, e seu direito de decidir seu próprio sistema alimentar e produtivo. Isso coloca aqueles que produzem, distribuem e consomem alimentos no coração dos sistemas e políticas alimentares, acima das exigências dos mercados e das empresas. (...) A soberania alimentar promove o comércio transparente, que garanta uma renda digna para todos os povos, e os direitos dos consumidores de controlarem sua própria alimentação e nutrição. Garante que os direitos de acesso e a gestão da terra, territórios, águas, sementes, animais e a biodiversidade estejam nas mãos daqueles que produzem os alimentos. A soberania alimentar supõe novas relações sociais livres de opressão e desigualdades entre homens e mulheres, grupos raciais, classes sociais e gerações".

Suplementos Nutricionais: alimentos que servem para complementar, com calorias e ou nutrientes a dieta diária de uma pessoa saudável, em casos em que sua ingestão, a partir da alimentação, seja insuficiente, ou quando a dieta requiser suplementação.

Suplementos Vitamínicos e/ou Minerais: alimentos que servem para complementar, com outros nutrientes, a dieta diária de uma pessoa saudável, em casos em que sua ingestão, a partir da alimentação, seja insuficiente, ou quando a dieta requiser suplementação; devem conter um mínimo de 25% e no máximo 100% da ingestão diária recomendada (IDR) de vitaminas e/ou minerais, na porção diária indicada pelo fabricante, não podendo substituir os alimentos, nem serem considerados como dieta exclusiva.

Terapia nutricional: conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral ou Enteral.

Territorialização: processo de demarcação das áreas de atuação dos serviços de saúde; de reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existente nessas áreas; e de identificação e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços e equipamentos sociais do território.

Transtornos alimentares: desvios do comportamento alimentar que podem levar ao emagrecimento extremo (caquexia) ou à obesidade, entre outros problemas físicos e incapacidades. Incluem: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Ortorexia, Vigorexia, Transtorno Obsessivo Compulsivo por alimentos, entre outros.

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

COLABORADORES

Colaboradores	Instituições*
Alexandre Soares de Brito	CGAN/DAB/SAS/MS
Ana Beatriz Vasconcellos	CGAN/DAB/SAS/MS
Ana Carolina Feldenheimer	CGAN/DAB/SAS/MS
Ana Maria Cavalcante de Lima	CGAN/DAB/SAS/MS
Aristel Gomes Bordini Fagundes	CGPO/SE/MS
Carlos Augusto Monteiro	Consultor
Carolina Belomo de Souza	CGAN/DAB/SAS/MS
Célio Luiz Cunha	CGAN/DAB/SAS/MS
Cora Araújo	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFPEL
Denise Cavalcante de Barros	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - FIOCRUZ
Denise Eduardo Oliveira	CGAN/DAB/SAS/MS
Denise Oliveira e Silva	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - FIOCRUZ
Dillian Adelaine Cesar da Silva	CGAN/DAB/SAS/MS
Dirceu Ditmar Klitzke	CGAN/DAB/SAS/MS
Edite Schutz	CGAN/DAB/SAS/MS
Eduardo Alves Melo	CGGAB/DAB/SAS/MS
Eduardo Augusto Fernandes Nilson	CGAN/DAB/SAS/MS
Élida Amorim Valentim	CGAN/DAB/SAS/MS
Elisabetta Recine	Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos - ABRANDH
Estelamaris Monego	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFG
Gilson Carvalho	Consultor
Gisele Bortolini	CGAN/DAB/SAS/MS
Helen Altoé Duar	CGAN/DAB/SAS/MS

Inês Rugani	Grupo de Trabalho Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva da ABRASCO
Ivanira Amaral Dias	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFPA
Janine Coutinho	Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS
José Divino Lopes Filho	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFMG
José Eudes Barroso Vieira	CGAN/DAB/SAS/MS
Juliana Amorim Ubarana	CGAN/DAB/SAS/MS
Juliana Rochet	Consultora
Karla Lisboa Ramos	CGAN/DAB/SAS/MS
Kathleen Sousa Oliveira	CGAN/DAB/SAS/MS
Kelly Poliany de Souza Alves	CGAN/DAB/SAS/MS
Letícia de Oliveira Cardoso	Consultora
Luciene Burlandy	Consultor
Luis Fernando Rolim Sampaio	Consultor
Márcia Fidélix	Assossiação Brasileira de Nutrição - ASBRAN
Maria da Conceição Monteiro da Silva	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFBA
Maria Teresa Gomes de Oliveira Ribas	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Mariana Carvalho Pinheiro	CGAN/DAB/SAS/MS
Marília Leão	Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos - ABRANDH
Michele Lessa de Oliveira	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA
Nildes de Oliveira Andrade	Conselho Nacional de Saúde
Patrícia Chaves Gentil	CGAN/DAB/SAS/MS
Patrícia Constante Jaime	Centro de Referência em Alimentação e Nutrição - USP
Paula Jeane Araújo	CGAN/DAB/SAS/MS
Pedro Israel Cabral de Lira	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFPE
Regina Maria Ferreira Lang	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFPR
Regina Miranda	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA
Rosane Nascimento	Conselho Federal de Nutricionistas - CFN
Sara Araújo da Silva	CGAN/DAB/SAS/MS
Silvia Ângela Gugelmin	Consultor
Sônia Lucena	Associação Brasileira de Nutrição - ASBRAN
Vanessa de C. Figueiredo	Conselho Federal de Nutricionistas - CFN
Vanessa Schottz Rodrigues	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA
Vanessa Thomaz Franco	CGAN/DAB/SAS/MS

*Instituições que os colaboradores representavam no momento da revisão da PNAN

COLOFÃO (INFORMAÇÕES DA GRÁFICA)

ISBN 978-85-334-1911-7

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde www.saude.gov.br/bvs

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Brasília - DF 2012

Anexo 2 do Anexo III

DEFINIÇÃO DA ESTRUTURA E ATUAÇÃO DOS BANCOS DE LEITE HUMANO (BLH) (Origem: PRT MS/GM 2193/2006, Anexo 1)

Definição da estrutura e atuação dos Bancos de Leite Humano (BLH)

1. A estruturação dos Bancos de Leite Humano (BLH) no País será definida conforme as normas e orientações a seguir descritas.

a) a coordenação do processo de formulação da política pública de saúde referente a Bancos de Leite Humano, bem como a elaboração de critérios para implantação e implementação destas unidades são responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) por meio da Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno;

b) para o cumprimento dessa responsabilidade, a Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno contará com instâncias consultivas e assessoras, representadas pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), pela Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH) e pelo Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano (CRNBLH).

c) a Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH) será composta por 7 (sete) membros designados pela SAS conforme os seguintes critérios:

- coordenador da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (REDEBLH);

- um representante da Associação Brasileira de Profissionais de Bancos de Leite Humano (ABPBLH); e

- um representante de cada Região (Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul), escolhido entre os coordenadores dos bancos de leite humano da região.

2. Compete ao Banco de Leite Humano:

a) promover, proteger e apoiar o aleitamento materno;

b) operacionalizar, de forma otimizada, o excedente da produção láctica de suas doadoras;

c) executar as operações de coleta, seleção e classificação, processamento, controle clínico, controle de qualidade e distribuição do Leite Humano Ordenhado (LHO), em conformidade com os dispositivos legais vigentes;

d) responder pelo funcionamento dos Postos de Coleta a ele vinculados;

e) buscar a certificação da qualidade dos produtos e processos sob sua responsabilidade; e

f) a licença para funcionamento do Banco de Leite Humano condiciona-se à designação de um coordenador local de nível superior.

3. Compete à FIOCRUZ:

a) manter o Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano como instância responsável pela retroalimentação técnico-científica das ações relacionadas a Bancos de Leite Humano em todo o território nacional;

b) manter a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano como instância de articulação com o SUS para implantação e implementação das ações estratégicas definidas na política nacional de saúde para o setor;

4. Compete à Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH):

a) assessorar a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno da SAS na formulação, controle e avaliação da política relativa aos Bancos de Leite Humano, incluindo seus aspectos econômicos e financeiros;

b) discutir diretrizes, identificar necessidades e coordenar a produção de documentos técnicos e científicos;

c) assessorar o monitoramento das atividades, participar do redirecionamento de estratégias, apoiar o processo de articulação, mobilizando e sensibilizando setores do Governo e da sociedade civil para o desenvolvimento de ações inerentes ao tema; e

d) propor medidas sobre assuntos a ela submetidos pela SAS e pelos membros da Comissão.

5. O Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano (CRNBLH) é o Banco de Leite Humano do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, órgão de pesquisa e instância assessora e executora das ações planejadas para os bancos de leite humano pela Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno da SAS.

6. Caberá às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) designar as Comissões Estaduais de Bancos de Leite Humano (CEBLH) e os Centros de Referência Estaduais em Banco de Leite Humano (CREBLH), vinculando-os à área competente que coordena as ações de aleitamento materno no seu âmbito respectivo.

7. As Comissões Estaduais de Bancos de Leite Humano terão por finalidade prestar assessoramento à área correspondente da Secretaria Estadual de Saúde no planejamento, no controle e na avaliação das ações de Bancos de Leite Humano.

8. Os Centros de Referência Estaduais de Bancos de Leite Humano são órgãos de pesquisa e instâncias executoras das ações planejadas pela área correspondente da Secretaria Estadual de Saúde.

Anexo IV

Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Origem: PRT MS/GM 1102/2010)

Art. 1º Fica instituída a Comissão Técnica e Multidisciplinar de elaboração e atualização da Relação Nacional de Plantas Medicinais (Renaplam) e da Relação Nacional de Fitoterápicos (Renafito) (COMAFITO), a ser coordenada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e integrada por um representante de cada um dos seguintes órgãos, entidades e instituições, com total de 14 (quatorze) membros: (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I)

a) Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, a)

b) Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, b)

c) Departamento de Ciência e Tecnologia ; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, c)

d) Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, d)

e) Secretaria-Executiva; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, e)

f) Fundação Oswaldo Cruz; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, f)

g) Agência Nacional de Vigilância Sanitária; e (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, g)

h) Farmacopéia Brasileira; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, h)

II - sociedade científica (1 representante); e (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, II)

III - universidades (5 representantes) (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, III)

Art. 2º A natureza, as competências, a composição e o funcionamento da Comissão de que trata o art. 1º serão definidos em regimento interno a ser aprovado por ato do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 2º)

Art. 3º A Secretaria Executiva da COMAFITO será exercida por representante do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, que terá a função de organizar as atividades administrativas e de encaminhar outros assuntos de rotina que não necessitem da convocação de seus membros. (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 3º)

Parágrafo Único. A coordenação da COMAFITO deve ser exercida pelo coordenador da Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (COMARE). (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 3º, Parágrafo Único)

Anexo V

Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) (Origem: PRT MS/GM 2761/2013)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Art. 2º A PNEPS-SUS reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 2º)

Art. 3º A PNEPS-SUS é orientada pelos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º)

I - diálogo; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, I)

II - amorosidade; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, II)

III - problematização; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, III)

IV - construção compartilhada do conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, IV)

V - emancipação; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, V)

VI - compromisso com a construção do projeto democrático e popular. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, VI)

§ 1º Diálogo é o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Amorosidade é a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A problematização implica a existência de relações dialógicas e propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A construção compartilhada do conhecimento consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 4º)

§ 5º A emancipação é um processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 5º)

§ 6º O compromisso com a construção do projeto democrático e popular é a reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 6º)

Art. 4º São eixos estratégicos da PNEPS-SUS: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º)

I - participação, controle social e gestão participativa; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, I)

II - formação, comunicação e produção de conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, II)

III - cuidado em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, III)

IV - intersetorialidade e diálogos multiculturais. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, IV)

§ 1º O eixo estratégico da participação, controle social e gestão participativa tem por objeto fomentar, fortalecer e ampliar o protagonismo popular, por meio do desenvolvimento de ações que envolvam a mobilização pelo direito à saúde e a qualificação da participação nos processos de formulação, implementação, gestão e controle social das políticas públicas. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O eixo estratégico da formação, comunicação e produção de conhecimento compreende a ressignificação e a criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular, a produção de novos conhecimentos e a sistematização de saberes com diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, produzindo ações comunicativas, conhecimentos e estratégias para o enfrentamento dos desafios ainda presentes no SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 2º)

§ 3º O eixo estratégico do cuidado em saúde tem por objeto fortalecer as práticas populares de cuidado, o que implica apoiar sua sustentabilidade, sistematização, visibilidade e comunicação, no intuito de socializar tecnologias e perspectivas integrativas, bem como de aprimorar sua articulação com o SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 3º)

§ 4º O eixo estratégico da intersetorialidade e diálogos multiculturais tem por objeto promover o encontro e a visibilidade dos diferentes setores e atores em sua diversidade, visando o fortalecimento de políticas e ações integrais e integralizadoras. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 4º)

Art. 5º A PNEPS-SUS tem como objetivo geral implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 5º)

Art. 6º São objetivos específicos da PNEPS-SUS: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º)

I - promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, I)

II - fortalecer a gestão participativa nos espaços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, II)

III - reconhecer e valorizar as culturas populares, especialmente as várias expressões da arte, como componentes essenciais das práticas de cuidado, gestão, formação, controle social e práticas educativas em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, III)

IV - fortalecer os movimentos sociais populares, os coletivos de articulação social e as redes solidárias de cuidado e promoção da saúde na perspectiva da mobilização popular em defesa do direito universal à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, IV)

V - incentivar o protagonismo popular no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, V)

VI - apoiar a sistematização, a produção de conhecimentos e o compartilhamento das experiências originárias do saber, da cultura e das tradições populares que atuam na dimensão do cuidado, da formação e da participação popular em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, VI)

VII - contribuir com a implementação de estratégias e ações de comunicação e de informação em saúde identificadas com a realidade, linguagens e culturas populares; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, VII)

VIII - contribuir para o desenvolvimento de ações intersetoriais nas políticas públicas referenciadas na Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, VIII)

IX - apoiar ações de Educação Popular na Atenção Primária em Saúde, fortalecendo a gestão compartilhada entre trabalhadores e comunidades, tendo os territórios de saúde como espaços de formulação de políticas públicas; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, IX)

X - contribuir com a educação permanente dos trabalhadores, gestores, conselheiros e atores dos movimentos sociais populares, incorporando aos seus processos os princípios e as práticas da educação popular em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, X)

XI - assegurar a participação popular no planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias para a implementação da PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, XI)

Art. 7º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º)

I - implementar as ações da PNEPS-SUS, incorporando-as no Plano Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, I)

II - estabelecer estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas no âmbito do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS); (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, II)

III - garantir financiamento para implementação integral da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, III)

IV - promover a articulação intrasetorial permanente para a implementação da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, IV)

V - promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com a PNEPS-SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, V)

VI - apoiar tecnicamente as Secretarias Estaduais de Saúde na implementação da PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, VI)

Art. 8º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º)

I - garantir a inclusão da PNEPS-SUS nos respectivos Planos Estadual e Plurianual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, I)

II - estabelecer estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas de forma participativa com atores da sociedade civil implicados com a Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, II)

III - apoiar tecnicamente as secretarias municipais de saúde na implementação da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, III)

IV - garantir financiamento complementar aos municípios para a implantação da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, IV)

V - promover a articulação intrasetorial permanente no âmbito estadual para a implementação da PNEPS-SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, V)

VI - promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com a PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, VI)

Art. 9º Compete às secretarias municipais de saúde: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º)

I - garantir a inclusão da PNEPS-SUS nos respectivos Planos Municipal Plurianual de Saúde, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, I)

II - estabelecer e implementar estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas de forma participativa com atores da sociedade civil implicados com a Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, II)

III - implementar o Plano Operativo da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, III)

IV - garantir financiamento solidário para a implantação da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, IV)

V - promover a articulação intrasetorial permanente no âmbito estadual para a implementação da PNEPS-SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, V)

VI - promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com a PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, VI)

Art. 10. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal compete as atribuições reservadas às secretarias de saúde dos estados e dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 10)

Art. 11. Compete às Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regional (CIR) avaliar e aprovar os Planos Operativos da Educação Popular em Saúde, considerando as especificidades locais e a PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 11)

Art. 12. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) articulará, no âmbito do Ministério da Saúde a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessários à implementação da PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 12)

CAPÍTULO II

DO COMITÊ NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Art. 13. Fica instituído o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), com os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º)

I - participar da formulação, bem como acompanhar a implementação e a avaliação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, I)

II - colaborar com a elaboração de estratégias de mobilização, a fim de garantir a construção democrática e descentralizada da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, II)

III - acompanhar os acordos negociados entre o Ministério da Saúde e os movimentos sociais referentes às práticas de Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, III)

IV - apoiar os movimentos, as entidades e instituições com vistas ao desenvolvimento da Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, IV)

V - contribuir para o fortalecimento da luta pelo direito à saúde e em defesa do SUS, por meio da participação popular, identificando, divulgando e promovendo novos canais de participação popular e controle social, assim como colaborando com os já instituídos conselhos e conferências; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, V)

VI - participar e colaborar com as iniciativas do Ministério da Saúde que visem à incorporação da Educação Popular em Saúde como prática democrática na construção de políticas públicas de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, VI)

VII - apoiar e colaborar com a implementação do Programa Nacional de Inclusão Digital (PID) e com os processos de Educação Permanente para o Controle Social no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, VII)

VIII - contribuir, por meio dos princípios da Educação Popular em Saúde, com a construção das bases pedagógicas para a transformação das práticas de educação em saúde desenvolvidas no SUS, fortalecendo a autonomia da população e a relação fraterna e solidária entre gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, VIII)

IX - contribuir com as ações de extensão universitária, pesquisa e ensino das instituições e dos centros de ensino (universidades, faculdades, escolas técnicas, entre outras), que tenham a Educação Popular em Saúde como princípio ético na formação dos profissionais e educadores articulados com a realidade da população, em função da importância das práticas populares de saúde e da participação popular para a efetivação do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, IX)

Art. 14. O Comitê será composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos, entidades e organizações não governamentais a seguir indicados: (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º)

I - Ministério da Saúde (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I)

a) 2 (dois) representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), sendo um deles o Coordenador do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, a)

b) 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, b)

c) 2 (dois) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, c)

d) 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, d)

e) 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, e)

f) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, f)

II - 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante da Agência Nacional de Saúde (ANS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, V)

VI - 2 (dois) representantes da Articulação Nacional de Educação Popular e Saúde (ANEPS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, VI)

VII - 1 (um) representante da Rede de Educação Popular e Saúde (REDEPOP); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, VII)

VIII - 1 (um) representante da Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), por meio de seu Grupo de Trabalho de Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, IX)

X - 1 (um) representante do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, X)

XI - 1 (um) representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XI)

XII - 1 (um) representante do Movimento Popular de Saúde (MOPS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XII)

XIII - 1 (um) representante do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XIII)

XIV - 1 (uma) representante do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XIV)

XV - 1 (um) representante da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XV)

XVI - 1 (um) representante da Central de Movimentos Populares (CMP); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XVI)

XVII - 1 (um) representante da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XVII)

XVIII - 1 (um) representante do segmento das parteiras tradicionais; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XVIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 3075/2010)

XIX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XIX)

XX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); e (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XX)

XXI - 1 (um) representante do Fórum Permanente dos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi). (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XXI) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3075/2010)

Parágrafo Único. Os membros, titulares e suplentes, do Comitê deverão ser indicados respectivamente, pelos órgãos, entidades e organizações não governamentais à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, que os designará por meio de ato do seu titular. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 15. Caberá à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), do Ministério da Saúde, apoiar, técnica e administrativamente o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 3º)

Art. 16. O Comitê poderá convidar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas ao objeto deste Capítulo, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 4º)

Art. 17. As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 5º)

Art. 18. O CNEPS elaborará, em sua primeira reunião, proposta de cronograma de trabalho e agenda de atividades a ser submetida à SGEP, bem como constituirá uma comissão para elaborar proposta de regimento interno a ser aprovado pelos seus membros. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 6º)

Art. 19. O CNEPS reunirá, ordinariamente, 2 (duas) vezes ao ano e, extraordinariamente, quando se fizer necessário, observada a disponibilidade orçamentária e financeira. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 7º)

Anexo VI

Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública (Origem: PRT MS/GM 149/2016)

Art. 1º Ficam aprovadas as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, com a finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde quanto à gestão, planejamento, uniformização, monitoramento e avaliação no que se refere ao acolhimento, diagnóstico, tratamento e cura, prevenção de incapacidades e organização do serviço. (Origem: PRT MS/GM 149/2016, Art. 1º)

Art. 2º As Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase visam ao fortalecimento das ações de vigilância e atenção da hanseníase, bem como à organização da rede de atenção integral e promoção da saúde, com base na comunicação, educação e mobilização social. (Origem: PRT MS/GM 149/2016, Art. 2º)

Art. 3º As Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública estarão elencadas no Manual Técnico Operacional disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/svs. (Origem: PRT MS/GM 149/2016, Art. 3º)

Anexo VII

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Origem: PRT MS/GM 737/2001)

Art. 1º Fica instituída, na forma do Anexo 1 do Anexo VII , a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política de que trata este artigo tem como objetivo a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas. (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Art. 2º)

Anexo 1 do Anexo VII

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

I. INTRODUÇÃO

Os acidentes e as violências no Brasil configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população.

A presente Política Nacional, instrumento orientador da atuação do setor saúde nesse contexto, adota como expressão desses eventos a morbimortalidade devida ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde. Acresce a esse grupo de eventos aqueles que, mesmo não chegando aos serviços de saúde, são do conhecimento de outros setores da sociedade (polícias, hospitais não credenciados ao Sistema Único de Saúde - SUS, entre outros).

Assim delimitada, esta Política estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais.

Os acidentes e as violências resultam de lições ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais. Ao considerar que se trata de fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, este documento assume como violência o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros (Minayo e Souza, 1998). Nesse sentido, apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos. Há diversas formas de expressão da violência: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional. Os diversos grupos populacionais são atingidos por diferentes tipos de violência com conseqüências distintas. Os homens sofrem mais violência que levam a óbito e tornam-se visíveis nos índices de mortalidade. Em outros segmentos, porém, sobretudo o de criança, adolescente, mulher e idoso, as violências não resultam necessariamente em óbito, mas repercutem, em sua maioria, no perfil de morbidade, devido ao seu impacto sobre a saúde.

De outra parte, acidente é entendido como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, conto o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer. Os acidentes também se apresentam sob formas concretas de agressões heterogêneas quanto ao tipo e repercussão. Entretanto, em vista da dificuldade para estabelecer, com precisão, o caráter de intencionalidade desses eventos, reconhece-se que os dados e as interpretações sobre acidentes e violências comportarão sempre um certo grau de imprecisão. Esta Política adota o termo acidente em vista de estar consagrado pelo uso, retirando-lhe, contudo, a conotação fortuita e casual que lhe pode ser imputada. Assume-se, aqui, que tais eventos são, em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis e preveníveis.

Os acidentes e as violências configuram, assim, um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais - devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes - e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças - CID. (OMS, 1985 e OMS, 1995) - sob a denominação de causas externas. Quanto à natureza da lesão, tais eventos e ou agravos englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros.

O tema inclui-se no conceito ampliado de saúde que, segundo a Constituição Federal e a legislação dela decorrente, abrange não só as questões médicas e biomédicas, mas também aquelas relativas a estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais nos quais a sociedade brasileira vive, trabalha, relaciona-se e projeta seu futuro.

Ao incorporar os dois temas como problemas de saúde pública, o setor o faz, de um lado, assumindo a sua participação - com os outros setores e com a sociedade civil - na construção da cidadania e da qualidade de vida da população e, de outro, o seu papel específico, utilizando os instrumentos que lhe são próprios: as estratégias de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, bem como a melhor adequação das ações relativas à assistência, recuperação e reabilitação,

Na década de 80, as mortes por acidentes e violências passaram a responder pela segunda causa de óbitos no quadro de mortalidade geral, ensejando a discussão de que se tratava de um dos mais graves problemas de saúde pública a ser enfrentado. A partir de então, essas mortes representam cerca de 15% dos óbitos-registrados no País, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório. Em 1996 e 1997, os acidentes e as violências foram responsáveis por aproximadamente, 120 mil óbitos anuais.

Na ampla faixa etária dos 5 aos 39 anos de idade, as causas externas ocupam o primeiro lugar como causa de morte. Os acidentes de trânsito e os homicídios - estes em franca ascensão, ultrapassando os primeiros, desde 1990, em termos proporcionais - são os dois subgrupos responsáveis por mais da metade dos óbitos por acidentes e violências (Souza, 1994). Assinale-se que, na população jovem, em 1997, para cada mulher de 20 a 29 anos de idade, morreram 15 homens da mesma faixa etária por projétil de arma de fogo. A população masculina, além de armas de fogo (SIM/MS - 1997), está também mais exposta a outros fatores de risco, como uso de álcool e de drogas.

A concentração dos acidentes e das violências é visivelmente mais clara nas áreas urbanizadas, que acumulam cerca de 75% do total das mortes por causas violentas. Nas áreas rurais, entretanto, o fenômeno está também presente, embora a sua gênese e as suas manifestações sejam diversas e pouco investigadas. Nelas são geradas mortes em conflitos pela terra, em áreas de garimpo, na rota do narcotráfico, ao lado do aliciamento e da exploração de crianças e adolescentes para a prostituição e o trabalho escravo. São também consideráveis as vítimas de intoxicações por agrotóxicos e de envenenamentos por animais peçonhentos.

O impacto dessas mortes pode ser analisado por meio do indicador relativo a Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP). Por incidirem com elevada frequência no grupo de adolescentes e adultos jovens, os acidentes e as violências são responsáveis pelo maior número de anos potenciais de vida perdidos. No Brasil, o indicador de APVP aumentou 30% em relação a acidentes e a violências, entre 1981 e 1991, enquanto que, para as causas naturais, os dados encontram-se em queda (Reichenheim e Werneck, 1994; Iunes, 1997; Vermelho, 1994).

Menos freqüentes, porém importantes, são as causas externas relacionadas à autoagressão, como o suicídio e as tentativas não consumadas. Apesar da subnotificação, vem sendo observado um aumento dos casos: a taxa de suicídio aumentou 34%, entre 1979 a 1997. Em 1997, 6.920 pessoas cometeram suicídio. A população masculina jovem - de 0 a 24 anos - é o grupo que se encontra maior risco para tal violência.

No tocante à morbidade por acidentes e violências, ainda é bastante precário o conhecimento disponível, seja em nível nacional, seja regional ou mesmo local. Dados das Autorizações de Internação Hospitalar - AIH - mostram que, em 1996, foram registradas 679.511 internações por essas causas, somente nos hospitais ligados ao SUS. A preponderância do sexo masculino e da faixa etária de 15 a 29 anos de idade indica que esses eventos se devem, sobretudo, a acidentes de trabalho e de trânsito. As fraturas, principalmente de membros, motivaram 37,5% das internações, destacando-se também; como causa de internação, as queimaduras entre crianças menores de cinco anos de idade (Lebrão e cols., 1997).

O impacto econômico dos acidentes e das violências no Brasil pode ser medido diretamente por meio dos gastos hospitalares com internação, inclusive em unidades de terapia intensiva, e dias de permanência geral. Em 1997, o total desses gastos correspondeu a R$ 232.376.612,16, valor que representou, aproximadamente, 8% dos dispêndios com internações por todas as causas. Embora se saiba que esses valores estão bastante subestimados, é importante assinalar que hospitalizações por lesões e envenenamentos representam um gasto/dia cerca de 60% superior à média geral das demais internações (lunes, 1997).

No conjunto das causas externas, os acidentes de transporte destacam-se em termos de magnitude, tanto de mortes, quanto de feridos. Dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), da Fundação Nacional de Saúde, revelam que, em 1996, 35.545 pessoas morreram em conseqüência de acidentes de transporte. No ano de 1996, esses acidentes corresponderam a cerca de 30% do total de causas externas. A taxa de mortalidade - 22,6 por 100.000 habitantes - foi 40% maior do que a de 1977.

O adulto jovem apresenta-se como vítima importante, fato que evidencia não só um dano social, mas perdas na população economicamente ativa (Mello Jorge e Latorre, 1994; Mello Jorge e cols., 1997). O Departamento Nacional de Estradas e Rodagens - DNER cita que, somente nas estradas federais do País, em 1995, ocorreram 95.514 acidentes, com 63.309 pessoas envolvidas, entre feridos e mortos, dos quais cerca de 56% tinham menos de 33 anos de idade (MT, 1996). As crianças em idade escolar e os idosos são grupos também especialmente vulneráveis aos atropelamentos.

O novo Código de Trânsito Brasileiro (CTB), que entrou em vigor em 22 de janeiro de 1998, por meio da Lei N.° 9.503, privilegia as questões de segurança e de preservação da vida. Uma de suas características é o expressivo conjunto de medidas de prevenção que contém, não sendo, por conseguinte, um instrumento apenas punitivo. A sua implantação configura, assim, o mecanismo legal e eficaz para a diminuição dos principais fatores de risco, envolvendo condutor, pedestre, veículos e via pública.

O retardamento da implantação completa do CTB e a precária fiscalização na aplicação das leis já implantadas comprometem os resultados esperados de redução da violência no trânsito. A sensibilização da sociedade quanto à relevância do Código é fundamental. A implantação efetiva do CTB requer, por outro lado, a superação do atraso tecnológico nas questões do trânsito brasileiro, como a baixa confiabilidade das estatísticas referentes à frota das pessoas habilitadas, bem como em relação às vítimas e às ocorrências de acidentes de trânsito: o precário controle de tráfego, inspeção e segurança veicular; a desagregação de normas e procedimentos relativos à engenharia de trânsito; a fiscalização inadequada; e o treinamento ultrapassado para a habilitação de novos condutores, além da capacitação técnica de recursos humanos. Acrescente-se a isso o insuficiente conhecimento acerca desses eventos e vítimas, visto que os dados de atendimentos em prontos socorros, por exemplo, não estão abrangidos nas estatísticas oficiais.

Em relação aos acidentes e às violências, são várias as fontes a partir das quais se pode investigar, cada uma constituída de modo a satisfazer as necessidades institucionais que as geram. Além disso, sofrem diretamente as influências das limitações características dos sistemas de notificação, às vezes difíceis de serem compatibilizados. Desse modo, os resultados das investigações são divergentes, dependendo da fonte consultada ocasionando distorções e erros interpretativos (Mello Jorge, 1990; Souza e cols., 1996).

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300076

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

As principais fontes oficiais de informação para o estudo dos acidentes e das violências, nas diferentes fases do evento até a morte, são do Boletim de Ocorrência Policial (BO); o Boletim de Registro de Acidentes de Trânsito do DENATRAN; a Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT); o Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS); e o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinatox).

O BO, instrumento utilizado nas Delegacias de Polícia nos níveis estadual e municipal, é uma fonte que pode ser complementada pelo Boletim de Ocorrência gerado pela Polícia Militar. Não é padronizado em nível nacional e, em geral, informa melhor os eventos mais graves que chegam ao conhecimento da polícia.

Por intermédio das Boletins de Registro de Acidentes de Trânsito os Detran estaduais, os Departamentos de Estrada nos três níveis de governo e os órgãos executivos municipais coletam os dados relativos aos acidentes ocorridos nas vias sob a sua jurisdição, utilizando documentos distintos que identificam veículos, condutores, passageiros, pedestres e condições das vias. Esses dados são sintetizados pelo DENATRAN, que recebe as informações de acidentes de trânsito registrados pelos Detran e pela Polícia Rodoviária Federal, mediante o Sistema Nacional de Acidentes de Trânsito (SINET/DENATRAN). Entretanto, não existe articulação eficiente entre os níveis federal, estadual e municipal desse Sistema além do que seus dados não são analisados nem retroalimentam adequadamente tal sistema.

A CAT por sua vez, é o instrumento de notificação utilizado em nível nacional pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS - para fins de concessão de benefícios. Dada a sua ampla aplicação em todo o Território Nacional, constitui-se na principal fonte de informação para o estudo da morbimortalidade ocupacional. Além do reconhecido sub-registro, essa fonte exclui os autônomos, os empregados domésticos, os vinculados a outros sistemas previdenciários e os sem carteira assinada. Tais limitações, particularmente considerando a grande parcela de trabalhadores inseridos no setor informal da economia, dificultam a conformação do perfil epidemiológico da população trabalhadora do País. A partir desses registros, verificou-se, no ano de 1996, que 90% dos acidentes notificados ocorreram nas regiões Sudeste e Sul, dos quais a metade no setor industrial; destes cerca de 60% referem-se ao grupo etário de 18 a 35 anos de idade. Entre os trabalhadores do sexo masculino, o principal ramo gerador de acidentes é a construção civil.

Nos acidentes ampliados - incêndios, explosões e vazamentos envolvendo produtos químicos perigosos -, embora conhecidos pelo seu impacto nas comunidades e no meio ambiente, 90% das vítimas imediatas são os próprios trabalhadores. Algumas vezes, resultam em verdadeiras catástrofes, provocando dezenas, centenas ou milhares de mortes em um único evento. São exemplos desses acidentes o de Vila Socô, em Santos, 500 óbitos aproximadamente, e o da Plataforma de Enchova, no Rio de Janeiro, em 1984 - 10 óbitos -, além de eventos recentes, como o do shopping de Guarulhos, São Paulo, que provocou dezenas de mortes.

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), que abarca informações das instituições públicas e conveniadas ou contratadas pelo SUS, engloba em torno de 80% da assistência hospitalar do País e sua massa de dados diz respeito a cerca de 13 milhões de internações/ano. Nesse aspecto, é importante salientar que, até 1997, estão sendo os dados de acidentes e de violências eram os relativos somente à natureza da lesão que levou à internação, sem qualquer esclarecimento quanto ao seu agente causador. A partir de 1998, em decorrência da Portaria Ministerial N.º 142, de 13 de novembro de 1997, estão sendo codificados também os tipos de causas externas geradoras das lesões que ocasionaram a internação. Assinale-se que não existem sistemas de informação epidemiológica relacionados aos atendimentos em prontos-socorros e ambulatórios, e que contemplam estudos mais apurados relativos a acidentes e a violências.

Implantado no País em 1975, o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) - é gerido pelo Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde. Embora abranja, atualmente, mais de 900 mil óbitos/ano, a sua cobertura não é ainda completa em algumas áreas, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Quanto à qualidade das informações relativas a acidentes e a violências, algumas deixam a desejar. Os dados, nesse contexto, têm origem nas Declarações de Óbitos - DO - preenchidas nos Institutos de Medicina Legal. A qualidade das informações é ainda discutível, na medida em que, algumas vezes, não existe detalhamento quanto ao tipo ou intencionalidade da causa externa responsável pelas lesões que provocaram o óbito. Nesses casos, sabe-se apenas que se trata de uma morte decorrente de causas externas. Tal ocorrência vem sendo verificada em cerca de 10% do total de mortes por acidentes e violências no País, alcançando em algumas áreas, valores bem mais elevados. Em determinadas localidades, essa distorção tem sido sanada ou minimizada com o auxílio de informações de outras fontes, tais como consultas ao prontuário hospitalar, latidos de necropsia ou utilização de noticiários de jornais.

Já o Sistemas Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sintox) foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1980, tendo por base experiências pioneiras e bem sucedidas em locais como o Centro de Controle de Intoxicações dos Hospitais Menino de Jesus em São Paulo e João XXIII, em Belo Horizonte, ambas em 1972. A criação do Sinitox originou-se da necessidade de se criar um sistema abrangente de alcance nacional, capaz de fornecer dados precisos sobre medicamentos e demais agentes tóxicos existentes às autoridades, aos profissionais de saúde e as áreas afins, bem como à população em geral. Em 1997, esse Sistema estava formado por uma rede de 31 Centros de Controle de Intoxicações em 16 estados. Um total de 50.264 casos de intoxicação humana foram registrados no Brasil, em 1995. Embora seja um sistema de referência para a América Latina, é importante reconhecer que o Sinitox ainda padece de importante subnotificação, causada, em parte, pela não obrigatoriedade do registro e pela não uniformidade dos dados em relação ocorrências.

Em função do crescimento dos acidentes e das violências, da relativa inconsistência dos dados e da ausência de registros e conhecimento sobre certos agravos - principalmente no que se refere à determinação dos fatores de risco associados a cada um deles -, somente nos últimos anos é que têm sido desencadeadas algumas tentativas pontuais de estruturação de sistemas de informação mais integrados, ágeis e atualizados, objetivando a vigilância epidemiológica destes eventos.

De outra parte, é consenso mundial que a questão dos agravos externos tem vários e diversificados aspectos, que precedem a porta do hospital ou, até mesmo, o acionamento dos serviços de atendimento pré-hospitalar. A partir da ocorrência do evento, no entanto, o adequado atendimento pré-hospitalar e hospitalar tem favorecido de maneira importante na minimização da morbimortalidade por tais eventos. A literatura publicada nos anos 80 nos Estados Unidos e em vários países da Comunidade Européia apresenta evidências de que a percentagem de mortes evitáveis sofreu uma redução da ordem de 50% ou mais, a partir da implantação de sistemas de atendimento ao traumatizado.

No Brasil da década de 80, a ausência de diretrizes nacionais para a área de emergência, particularmente de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), levou alguns estados a criarem seus serviços dissociados de uma linha mestra e de uma normalização típica de planejamento, instalação e operacionalização, respeitadas as diferenças regionais, surgindo, assim, um verdadeiro mosaico de modelos, a maioria deles com deficiências técnicas importantes, tanto no setor público, quanto privado.

O desenvolvimento de APH teve início no Estado do Rio de Janeiro. Desde então, diversos grupos foram criados, os quais sensibilizaram os governos locais, levando ao surgimento de alguns serviços de atendimento pré-hospitalar (Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Distrito Federal, Pernambuco e Ceará). Alguns outros estados estão dando início ao processo de implantação, principalmente por conta do projeto de Reforço à Reorganização do SUS (Reforsus), que visa, entre outros, à melhoria e à capacitação dos serviços de atendimento de emergência no País.

O sistema de APH tem a finalidade de atender vítimas em situação de urgência e emergência, antes da sua chegada ao hospital. No Brasil, existem dois sistemas de APH em nível público: o do telefone n.° 192, desenvolvido e operacionalizado pelo governo municipal, e o do sistema 193, de caráter estadual, a cargo dos Corpos Bombeiros. Em algumas cidades, ambos têm a presença do profissional médico. Os dois sistemas funcionam a partir de uma central de chamados, que recebe as solicitações. Dessa central emanam as ordens e apoio às diferentes ações. De acordo com as novas orientações do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina, as centrais de APH deverão ampliar as suas especificações e objetivos, passando a ser denominadas de Regulação Médica.

No elenco de problemas identificados, verifica-se a falta de normalização dos serviços de atendimento pré-hospitalar. A ausência de uma ficha de atendimento com informações básicas, imprescindíveis e comuns a todos os APH, tem contribuído para que ocorram graves distorções. Não existe um processo sistematizado de alimentação e retroalimentação entre os diferentes setores envolvidos no atendimento às urgências, tais como saúde, segurança, educação, meteorologia, geologia, entre outros. Os boletins de ocorrência das diferentes unidades de segurança pública das três esferas governamentais são preenchidos, de maneira geral, de forma inadequada e incompleta e, o que é mais grave, sem nenhuma padronização.

Entre as dificuldades do atendimento pré-hospitalar, inclui-se a falta de orientação da população sobre como proceder diante de uma situação de emergência, o que contribui, muitas vezes, para o agravamento do estado das vítimas. Ao lado disso, a ausência de normas para a transformação veicular em ambulância, a exemplo dos sistemas americano, francês e alemão, favorece a adoção de viaturas não condizentes ao resgate e ao tratamento intensivo, como, por exemplo, o uso de veículos de passeio. A inexistência dessa padronização é verificada, também, nos insumos tecnológicos do suporte avançado de vida. É comum encontrar veículos designados como Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e de resgate que não dispõem de respiradores artificiais, bombas de infusão, monitores cardíacos, marcapasso, estojos para pequenos procedimentos cirúrgicos, materiais de imobilização e maletas de medicamentos.

Essas limitações comprometem o planejamento logístico e estratégico de atenção a situações de emergência. No que tange aos recursos humanos, não há um currículo mínimo, regulamentado pelo Ministério da Educação (MEC), para a formação de profissionais para este fim, desde o nível mais elementar ao de nível superior. Soma-se a isso a falta de estudos mais aprofundados sobre o número e a qualidade de veículos, uma vez que os índices internacionais não contemplam a peculiar situação brasileira de densidade demográfica flutuante, condição do fluxo viário urbano e dificuldade de equipamentos aéreos de atendimento a acidentados.

Diante de todos os limites e dificuldades que existem no Brasil em relação ao atendimento pré-hospitalar, vale a pena ressaltar que experiências empíricas demostram a redução do tempo de permanência hospitalar, de seqüelas e da mortalidade, desde que o APH integre uma estrutura maior de atenção a emergências, com unidades hospitalares, terapia intensiva, imaginologia e outros insumos, principalmente preventivos.

O atendimento médico-hospitalar de urgência e emergência é um segmento da saúde que muito vem exigindo de economistas e administradores especializados. Trata-se de uma vertente que, por envolver procedimentos caros, absorve parcela expressiva dos recursos financeiros da área da saúde. Exige, ao mesmo tempo, perspicácia e agilidade administrativas. Esses aspectos são universais, mas tornam-se bastante evidentes em países emergentes, sobretudo em decorrência da falta de investimento maciço na atenção básica de saúde, contribuindo para o uso inadequado das unidades de emergência.

Essa realidade, presente no dia a dia das unidades de saúde, está associada à falta de resolutibilidade no atendimento primário - que vai desde dificuldades para agendar consultas, até carência de recursos tecnológicos; são raros os municípios que integram um sistema hierarquizado e regionalizado de serviços. Como resultante, muito tempo é perdido até a chegada do paciente a uma unidade adequada para o atendimento de suas necessidades, o que contribui para o agravamento de seu estado.

Considerando as dificuldades do atendimento hospitalar e os reflexos da problemática do trânsito na sua esfera de competência, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS N.º 2.329. de 9 de junho de 1998, mediante a qual instituiu o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência. Trata-se de um programa de recuperação dos serviços de emergência que envolve: a implantação de uma central de regulação, conforme definida na Resolução CFM N.° 1.529/98 de grande importância como observatório epidemiológico; o incentivo à hierarquização e regionalização dos serviços; e a criação de unidades especializadas de urgência.

Com o crescimento da violência no Brasil, os leitos hospitalares têm se tornado ainda mais escassos. Conseqüentemente, torna-se insuficiente o número de profissionais e de leitos em unidades de terapia intensiva e de recuperação pós-anestésica, bem como dos serviços de imagem. Acresce-se, ainda, o estrangulamento da capacidade operacional dos laboratórios. Esses problemas se agravam nos serviços de pediatria, neonatologia, cardiologia, ortopedia, traumatologia e atendimento a queimados, nos quais a demanda por atendimento é bem maior do que a oferta de unidades de saúde.

Em relação a recursos humanos, tanto em termos numéricos quanto de capacitação, muito há que ser feito. As universidades devem participar mais ativamente na formação de profissionais, capacitando-as para o gerenciamento de situações de emergência e atendimento às vítimas de acidentes e de violências, bem como para o desenvolvimento de medidas preventivas. A inexistência de diretrizes institucionais nos serviços públicos que favoreçam a atuação dos profissionais nessa área gera desmotivação e êxodo, ficando tais serviços, por vezes, a cargo daqueles que não dispõem ainda de experiência suficiente.

Sob o ponto de vista das sequelas decorrentes das lesões devidas a acidentes e a violências, quando não levam o paciente diretamente à morte, podem demandar uma internação, às vezes longa, com gastos elevados. Além disso, há a possibilidade de gerarem seqüelas permanentes e incapacidades. Dados apresentados pelas Nações Unidas estimaram que em 1991, no Brasil, em cada grupo de mil pessoais, 17 eram portadoras de seqüelas (cit. em Whitaker. I993). Entre os danos produzidos no paciente que exemplificam essa última situação, destacam-se as lesões medulares traumáticas.

Em 1997, foram atendidos nos hospitais ligados ao SUS. 6.388 pacientes com fratura de coluna vertebral, com taxa de internação mais elevada que nos anos anteriores. Quanto à localização da fratura, mais de 50% dos casos corresponderam aos segmentos cervical e dorsal, o que evidencia a gravidade da atuação e a possível ocorrência de seqüelas (Laurenti e cols., 1998).

Um outro exemplo pode ser dado valendo-se de estudo da distribuição de pacientes atendidos, naquele mesmo ano, na Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor (rede pública e de referência nacional para recuperação e reabilitação): do total de 293 pacientes, 42.2% foram vítimas de acidentes de trânsito, 24,0% de disparos de armas de fogo, 12,4% de mergulhos em águas rasas, 11,6% de quedas e 9.5% de outros tipos de acidentes e de violências. A grande maioria desses pacientes era formada por jovens, com idade entre 10 e 29 anos - 53.7% -, o que representa para o País o ônus da perda de valiosos anos de vida produtiva e o custo de um tratamento médico-hospitalar que, em muitos casos, pode prolongar-se por toda a vida. Ao lado disso, registre-se o fato de que são poucos os centros de reabilitação; os pertencentes ao INSS estão sendo desativadas.

O impacto da deficiência pode trazer implicações para o estado funcional do indivíduo, que engloba as funções física, psíquica e social; na capacidade para reinserção; na disposição do paciente para levar uma vida independente, retomando papéis sociais relevantes; e na disponibilidade para beneficiar-se das ajudas tecnológicas oportunas. As alterações físicas interferem diretamente na função do indivíduo, comprometendo sua independência para a realização de atividades relacionadas, ao cuidado pessoal, mobilidade, atividades ocupacionais e profissionais.

Em outras sociedades, o processo de reabilitação envolve o esforço de múltiplas instituições públicas e privadas, bem como de organizações civis, no sentido de concretizar tal etapa que seria, ao final, habilitar o paciente para o retorno ao trabalho, reintegrando-o à força produtiva da nação. Essas ações, como também a avaliação do impacto econômico e social da incapacitação física, são incomuns no Brasil, em parte porque os incapacitados físicos constituem, em grande número, vítimas da violência urbana, inexistindo medidas sistematizadas e institucionalizadas acerca desse tema. Entretanto, algumas medidas, mesmo que restritas aos poucos serviços especializados do País, já vêm sendo desenvolvidas.

Por outro lado, ao se analisar o problema dos acidentes e das violências sob a ótica dos segmentos populacionais, observam-se peculiaridades marcantes, tanto em relação às ocorrências, quanto às características e circunstâncias em que se dão tais eventos.

O grupo de crianças, adolescentes e jovens, que engloba os indivíduos na faixa etária de zero a 24 anos de idade, tem sido vítima de diferentes tipos de acidentes e de violências. Enquanto na infância o ambiente doméstico é o principal local onde são gerados esses agravos, na adolescência, o espaço extra-domiciliar tem prioridade no perfil epidemiológico. Por essa razão, estabelece-se a seguinte classificação estratégica:

acidentes domésticos (quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos e outras lesões) e acidentes extra-domiciliares (acidentes de trânsito e de trabalho, afogamentos, intoxicações e outras lesões); e

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300077

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

violências domésticas (maus-tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono) e violência extra-domiciliares (exploração do trabalho infanto-juvenil e exploração sexual, além de outras originadas na escola, na comunidade, nos conflitos com a polícia, especialmente caracterizados pelas agressões físicas e homicídios), bem conto as violências autoinfligidas (como a tentativa de suicídio).

A Constituição de 1988, em seu art. 227, estabeleceu os direitos fundamentais desse grupo, os quais alicerçaram a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)-, criado pela Lei N.° 8.069, de 13 de julho de 1990. Esse Estatuto, no tocante aos casos de violência doméstica, de acordo com os artigos que regulam a conduta dos profissionais de saúde - art.s 13. 17 e 245, define a obrigatoriedade da comunicação dos casos suspeitos ou confirmados às autoridade competentes, em especial ao Conselho Tutelar, cabendo os setores de saúde e de educação a notificação e a prevenção destes casos; à saúde cabe, especificamente, o atendimento psicossocial e médico. Em continuidade à promoção e ao fomento da garantia dos direitos dessa população, o Brasil tornou-se, em 1990, signatário da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, que provê os princípios referentes aos padrões mínimos para o tratamento da infância no mundo.

Os acidentes e as violências são uma grave violação dos direitos fundamentais, assim como uma das mais importantes causas de morbimortalidade nesse grupo. Entre crianças e adolescentes até 14 anos de idade, os acidentes de trânsito, principalmente os atropelamentos, têm maior impacto na mortalidade do que os homicídios (Assis e cols., 1994). Os jovens, ao começar a dirigir, passam a constituir população de alto risco desse tipo de acidentes, especialmente pela inexperiência na condução de veículos, pela impulsividade característica da idade, além de outros fatores, como o consumo de álcool e drogas (Bastos e Cartini-Cotrin, 1998), aliados à deficiente fiscalização existente no País.

Os acidentes domésticos que ocorreram principalmente com crianças e idosos são passíveis de prevenção por intermédio da orientação familiar, de alterações físicas do espaço domiciliar e da elaboração e ou cumprimento de leis específicas (por exemplo, as relativas a embalagens de medicamentos, dos frascos de álcool e outras). A violência doméstica representa um grande desafio para o setor de saúde, pois o diagnóstico deste evento é dificultado por fatores de ordem cultural, bem como pela falta de orientação dos usuários e dos profissionais dos serviços, que têm receio em enfrentar os desdobramentos posteriores. A gravidade desse tipo de violência manifesta-se tanto nas consequências imediatas quanto tardias, tais como rendimento escolar deficiente e alteração do processo de crescimento e desenvolvimento. A violência contra a criança e o adolescente é potencializadora da violência social, estando presente na gênese de sérios problemas, como população de rua, prostituição infantil e envolvimento em atos infracionais, devendo, portanto, ser alvo prioritário de atenção.

Em relação aos homicídios, as taxas no País (Mello Jorge e cols., 1997) também revelam uma realidade preocupante. A partir da análise das taxas disponíveis, percebe-se que a mortalidade de crianças pode ser um indicador de violência doméstica. É nessa faixa etária que se detectam mortes ocorridas no lar, sendo exemplos quedas, queimaduras, afogamentos e outras que não são devidamente investigadas, podendo, por isso mesmo, decorrer de maus-tratos (Marques, 1986; Santos, 1991; Assis. 1991; Gomes, 1998).

Os adolescentes e jovens são os mais afetados pela violência. A mortalidade nesses grupos populacionais tem como principal causa os eventos violentos: atualmente, cerca de sete, em cada 10 adolescentes, morrem por causas externas. Entre 1984 e 1994, a taxa de mortalidade na população masculina de 15 aos 19 anos passou de 93.7 para 128.2 por 100.000 habitantes, significando um aumento de cerca ele 37% (Mello Jorge e cols., 1998). Cruz Neto e Moreira - 1998 chamam a atenção para as precárias condições de vida de crianças e adolescentes que não têm acesso à estada ou trocam as salas de aula pelo trabalho, num total descaso e desrespeito ao ECA. O número elevado de acidentes de trabalho envolvendo crianças - cuja atividade é legalmente proibida - e de adolescentes - este protegido por lei -, demanda uma ação urgente e eficaz voltada ao cumprimento do ECA.

Os adolescentes e jovens com atividade sexual iniciada cada vez mais precocemente, e desprotegida, apresentam consequências sérias somo as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), a Aids, o aborto e a gravidez não planejada, elevando a mortalidade materna já relevante no contexto nacional e em outros países em desenvolvimento. Soma-se a isso o aumento da exploração sexual decorrente de necessidade econômica e de sobrevivência desses indivíduos. Agravando essa situação, registre-se a falta de orientação adequada e o despreparo da escola, dos serviços de saúde e da sociedade em lidar com a questão da sexualidade.

No segmento populacional representado pelas mulheres, as violências físicas e sexuais são os eventos mais frequentes, cujos determinantes estão associados a relações de gênero, estruturadas em bases desiguais e que reservam a elas um lugar de submissão e de valor na sociedade. Os agressores, em sua grande maioria, são conhecidos, sendo identificados com maior frequência, maridos, companheiros e parentes próximos. Dados de 1998 da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) - indicam que 63% dos casos de agressão física ocorridos nos domicílios tiveram como vítima a mulher.

O respeito à vítima que sofreu violência nem sempre é observado, seja no atendimento prestado pelos serviços de saúde, seja na recepção de denúncias em delegacias, nos institutos de medicina legal e outros órgãos envolvidos. É comum as mulheres serem responsabilizadas ou culpadas pela e violência sofrida. Essa conjuntura dificulta a tomada de atitudes por parte das mulheres, tanto para denunciar as agressões, quanto para reagir de maneira efetiva modificando a situação vivida. Tal situação é ainda mais grave no caso de crianças, adolescentes e deficientes, que dependem de um adulto para procurar atendimento que, muitas vezes, é o próprio agressor.

Os maus-tratos contra os idosos, aqui consideradas as pessoas a partir dos 60 (sessenta) anos de idade, dizem respeito às ações únicas ou repelidas que causam sofrimento ou angústia - ou, ainda, a ausência de ações que são devidas -, que ocorrem numa relação em que haja expectativa de confiança (Action of Elder Abuse, 1995; Unpea, 1998).

Embora não se disponha de dados estatísticos sobre incidência e prevalência, sabe-se, a partir de dados realizados em outros países, sobretudo nos Estados Unidos, Canadá e Inglaterra (Pillemer & WoIf, 1998; Podnicks, 1989; Ogg and Bennett, 1992) que a violência contra os idosos existe e manifesta-se sob diferentes formas: abuso físico, psicológico, sexual, abandono e negligência. Some-se a essas formas de violência, o abuso financeiro e a autonegligência. Cabe ressaltar que a negligência, conceituada como a recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável pelo idoso, é uma forma de violência presente tanto em nível doméstico quanto institucional, levando muitas vem ao comprometimento físico, emocional e social, gerando, em decorrência, aumento dos índices de morbidade e mortalidade.

Os idosos mais vulneráveis são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam déficits cognitivos, alterações de sono, incontinência e dificuldades de locomoção, necessitando, assim, de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária (Eastman, 1994). Uma situação de elevado risco é aquela em que o agressor é seu dependente econômico. Aliam-se a esse outros fatores de risco: quando o cuidador consome abusivamente álcool ou drogas, apresenta problemas de saúde mental ou se encontra em estado de elevado estresse na vida cotidiana.

As quedas causadas pela instabilidade visual e postural, comuns à idade, representam os principais acidentes entre os idosos. Um terço desse grupo que vive em casa e a metade dos que vivem em instituições sofrem pelo menos uma queda anual. A fratura de colo de fêmur é a principal causa de hospitalização por queda. Cerca de metade dos idosos que sofrem esse tipo de fratura falece dentro de um ano; a metade dos que sobrevivem fica totalmente dependente do cuidado de outras pessoas, aumentando os custos da atenção à saúde e retirando pelo menos um familiar da atividade econômica ativa, por um longo período.

Nas áreas urbanas, os acidentes sofridos pelos idosos, como quedas, queimaduras, intoxicações, atropelamentos, sufocações e outras lesões, são muito frequentes devido à vulnerabilidade aos riscos presentes tanto no ambiente doméstico, quanto no âmbito público (barreiras arquitetônicas, sistemas de transporte coletivos inadequados, criminalidade). Os acidentes e as violências com frequência não são corretamente diagnosticados, tendo em vista que há falta de informação e preparo dos profissionais de saúde para enfrentar estes eventos, descrédito para com os relatos dos idosos por parte dos familiares e destes profissionais, além de constrangimento do idoso em acusar pessoas de sua família.

Como se depreende da análise precedente, os acidentes e as violências configuram problema de grande magnitude para a sociedade brasileira. Por envolver diferentes fatores, o seu enfrentamento demanda esforços coordenados e sistematizados de diferentes setores governamentais, de diversificados segmentos sociais e da população em geral. Nesse sentido, a presente Política setorial lança mão da promoção da saúde considerando, especialmente, a sua finalidade - o alcance da qualidade de vida - e as suas estratégias básicas: a intersetorialidade das medidas e o fortalecimento da ação comunitária.

Tal opção leva em conta que a promoção da saúde configura um processo político e social mediante o qual se busca a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis - individuais e coletivos - e a criação de ambientes seguros e favoráveis à saúde. Nesta Política, portanto, estão definidas diretrizes para o setor e identificadas responsabilidades institucionais consideradas essenciais na abordagem das questões relacionadas à prevenção de acidentes e de violências no País.

2. PROPÓSITO

Os princípios básicos que nortearam esta Política Nacional são:

•a saúde constitui um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico;

•o direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde; e

•a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes.

A presente Política enfatiza os fundamentos do processo de promoção da saúde relativos ao fortalecimento da capacidade dos indivíduos, das comunidades e da sociedade em geral para desenvolver, melhorar e manter condições e estilos de vida saudáveis. Esse fortalecimento inclui a criação de ambientes saudáveis, a reorganização dos serviços de saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de aptidões pessoais.

Nesse sentido, esta Política setorial prioriza as medidas preventivas, entendidas em seu sentido mais amplo abrangendo desde as medidas inerentes à promoção da saúde e aquelas voltadas a evitar a ocorrência de violências e acidentes, até aquelas destinadas ao tratamento das vítimas, nesta compreendidas as ações destinadas a impedir as sequelas e as mortes devidas a estes eventos.

Esse enfoque baseia-se no fato de que quanto mais se investe na prevenção primária, menor é o custo no atendimento às vítimas e maior o impacto e a abrangência na proteção da população. Acrescese a isso que cada um dos acidentes e das violências, em maior ou menor grau, é passível de prevenção.

Assim, considerando o quadro dos acidentes e das violências descrito no capítulo da Introdução, a presente Política Nacional tem como propósito fundamental a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, de modo a contribuir para a qualidade de vida da população.

3. DIRETRIZES

Para a consecução do propósito desta Política, são estabelecidas as diretrizes a seguir explicitadas, as quais orientarão a definição ou redefinição dos instrumentos operacionais que a implementarão, representados por planos, programas, projetos e atividades.

São as seguintes as diretrizes mencionadas:

promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;

monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;

sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;

assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências;

estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;

capacitação de recursos humanos; e

apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

3.1. Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis

A implementação dessa diretriz compreenderá a ampla mobilização da sociedade em geral, e da mídia em particular, para a importância dos acidentes e das violências, bem como o reforço das ações intersetoriais relacionadas ao tema. Para tanto, deverão ser utilizadas diversas estratégias, entre as quais figuram, por exemplo, a implementação de propostas relativas a Municípios Saudáveis, Prefeito Amigo da Criança e Escolas "Promotoras de Saúde". Tais estratégias levarão em conta as recomendações oriundas das conferências internacionais relativas à promoção da saúde, especialmente no tocante a estilos de vida e ambientes saudáveis.

A essas estratégias, deverão ser acrescidos: a divulgação mais técnica dos dados sobre acidentes e violências, o apoio a seminários, oficinas de trabalho e estudos e o estímulo às sociedades científicas que produzem revistas especializadas para que promovam discussões e elaboram edições temática.

Por outro lado, buscar-se-á desenvolver também a corresponsabilidade do cidadão num sentido amplo, incluindo a participação na reivindicação, nas proposições e no acompanhamento desta Política, e na promoção de ambientes seguros e comportamentos saudáveis relacionados à prevenção de acidentes e de violências e de seus fatores de risco, como uso de drogas, anuas de fogo e, com destaque, o consumo de álcool, a não observância de regras de segurança e as relações interpessoais conflituosas. As medidas nesse sentido considerarão tanto os ambientes domésticos, de lazer, de trabalho e de trânsito, quanto aqueles em que se desenvolvem os processos de convivência social.

As iniciativas voltadas à corresponsabilidade do cidadão envolverão igualmente a formação e informação continuada da população - junto às escolas, locais de trabalho, lazer e organizações sociais e mídia - sobre a prevenção de acidentes e de violências e a atuação frente a sua ocorrência, incluindo os primeiros gestos diante de uma urgência ou emergência.

A observância dos dispositivos contidos no arcabouço legal referente ao trânsito constituirá, de outra parte, medida importante para que se disponha de condições adequadas à implementação de ações dirigidas à prevenção e ao atendimento de vítimas de acidentes. No conjunto dos diplomas legais, destacam-se o Código de Trânsito Brasileiro (CTB), em especial o art. 78 da Lei N.º 9.503 de 23 de setembro de 1997, que dispõe sobre o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT). Segundo esse Artigo, os Ministérios da Saúde, da Educação e do Desporto, do Trabalho, dos Transportes e da Justiça, por intermédio do Conselho Nacional de Trânsito, deverão desenvolver e implementar programas de prevenção de acidentes.

Destaca-se, também, o Decreto N.° 1.017, de 23 de dezembro de 1993, que destina 50% do valor total do prêmio do DPVAT ao Fundo Nacional de Saúde, o qual deve utilizar 90% deste montante na prevenção e no atendimento às vítimas de acidente de trânsito; os outros 10% destinados ao Fundo devem ser repassados mensalmente ao coordenador do Sistema Nacional de Trânsito para aplicação exclusiva em programas de prevenção. Já a Portaria Interministerial N.º 4.044, de 18 de dezembro de 1998, dos Ministérios da Saúde, da Fazenda e da Justiça, determina que suas entidades representativas adotem medidas destinadas a assegurar ampla e permanente divulgação dos direitos dos assegurados.

A sensibilização e conscientização dos formadores de opinião e da população em geral constituirão medidas essenciais para a promoção de comportamentos não-violentos. Quanto aos formadores de opinião, deverão ser promovidos debates sobre estratégias de comunicação que estimulem a adoção de atitudes e valores contrários à prática da violência, nos quais buscar-se-á em eventos conjuntos, a participação dos diversos setores envolvidos na prevenção da violência aos diferentes segmentos da população.

As campanhas de mobilização social buscarão o envolvimento da população na identificação e prevenção da violência e dos acidentes contra todos os segmentos sociais. Além da elaboração e da divulgação de materiais educativos, deverão ser identificados outros mecanismos capazes de tornar acessíveis as informações sobre o problema da violência em redes de comunicação e movimentos sociais organizados. Paralelamente às campanhas, serão desenvolvidos processos de educação, com participação ativa dos grupos sociais.

As medidas preventivas compreenderão a articulação e o desenvolvimento de ações não governamentais e de diferentes conselhos. Para tanto, deverá ser apoiado o desenvolvimento de projetos conjuntos, bem como a realização de estágios de pessoal dessas organizações em centros de referência como, por exemplo, os da mulher.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300078

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

No tocante à recuperação das vítimas de acidentes e de violências, o setor saúde prestará informação, orientação e apoio tanto a estas quanto às suas famílias. Neste sentido, serão desenvolvidas medidas específicas destinadas à sensibilização e à informação dos profissionais e gestores de saúde, sobretudo quanto ao seu papel na orientação dos portadores de seqüelas e deficiências, bem como de seus familiares.

Os estados e municípios deverão realizar ações sistemáticas de sensibilização para a prevenção de acidentes e de violências, adequadas à cultura local. Ao lado disso, será produzido material educativo acerca da prevenção de acidentes e de violências destinado aos profissionais de saúde e de educação.

Em relação à unidade familiar, as medidas estarão voltadas tanto para o reconhecimento quanto para a redução da violência doméstica, envolvendo um conjunto de ações intersetoriais, tendo em conta o caráter multifatorial para a sua determinação, principalmente com as áreas da justiça e da segurança pública. Assim, o desenvolvimento das ações pautar-se-á pela tipificação da violência sofrida, considerando que os comportamentos violentos acontecem num contexto relacional em que os sujeitos estão implicados ora como vítimas, ora como sujeito das agressões, e que as pessoas envolvidas nestas situações tendem a repeti-las, perpetuando a cadeia de agressões em que estão inseridas. Especificamente em relação aos idosos, será fundamental o investimento na formação de cuidadores.

Atenção prioritária deverá ser dada às crianças, adolescentes, jovens, portadores de deficiência física e mental e idosos em condição asilar, garantindo-lhes o cumprimento dos dispositivos legais concernentes aos direitos destes grupos, de forma articulada com entidades de classe, conselhos, organizações não-governamentais e a sociedade em geral.

Serão fundamentais a sensibilização e o incentivo dos profissionais e da população para o reconhecimento de que a violência contra esses segmentos populacionais é potencializadora da violência social em geral. Neste sentido, deverá ser consolidado o entendimento de que é possível modificar a cultura, os comportamentos e as atitudes que a reproduzem. Particularmente quanto às crianças, adolescentes e idosos, promover-se-á o cumprimento das Leis N.ºs 8.069/90 e 8.842/94, visando a notificação dos maus-tratos em relação a esses segmentos populacionais.

Já a orientação terapêutica compreenderá, sempre que necessária, informações aos pacientes e aos seus acompanhantes sobre as medidas de prevenção dos agravos à saúde e acerca das ações de reabilitação preventiva e corretiva, levando em consideração o ambiente em que vivem e as condições sociais que dispõem.

As ações de prevenção das violências e dos acidentes deverão estar incorporadas em todos os programas, planos e projetos de atenção a grupos específicos da população e a temas de saúde. Neste contexto, o setor saúde deverá também incentivar e participar, em conjunto com trabalhadores, responsáveis pelas empresas, polícia, defesa civil, órgãos ambientais e corpo de bombeiros, da elaboração de planos de emergência em locais que manipulam produtos perigosos e que possuem risco de provocar acidentes ampliados.

3.2. Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências

A implementação dessa diretriz compreenderá, inicialmente, a capacitação e a mobilização dos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atendimento do SUS, inclusive nas unidades de urgência e emergência, com vistas a superar os problemas relacionados à investigação e à informação relativa a acidentes e violências.

A melhoria das informações constituirá uma das prioridades à qual deverá ser concedida atenção especial. Uma das medidas, neste sentido será a promoção do registro contínuo padronizado e adequado das informações, de modo a possibilitar estudos e elaboração de estratégias de intervenção acerca dos acidentes e das violências relacionados aos diferentes segmentos populacionais, segundo a natureza e o tipo de lesões e de causas, a partir dos quais viabilizar-se-á a retroalimentação do sistema, contribuindo, assim, para a melhoria do atendimento prestado a estes segmentos. A base para a implementação dessa medida estará representada pela elaboração de normas técnicas respectivas; adequação de instrumentos de registros, com a introdução de questões específicas para o diagnóstico de violências e de acidentes; e inclusão de novos procedimentos ou especificação do atendimento na tabela dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH / SUS).

A sensibilização dos gestores do SUS, dos profissionais de saúde e dos gerentes dos serviços, sobretudo de hospitais, configurará, por outro lado, iniciativa fundamental para a monitorização adequada da ocorrência desses eventos. Isso implicará a adoção de diferentes estratégias, entre as quais se destaca o estímulo à formação de grupos intersetoriais de discussão sobre o impacto dos acidentes e das violências no setor saúde.

Deverão ser sensibilizados, também, os dirigentes de institutos de medicina legal quanto à importância, para o setor, dos dados existentes nestes serviços. Para tal, constituirão mecanismos importantes a mobilização e a capacitação de médicos que atuam nesses institutos, bem como o estímulo ao provimento de recursos físicos e materiais necessários.

A monitorização da ocorrência dos eventos compreenderá a ampliação da abrangência dos sistemas de informação relativos à morbimortalidade, principalmente mediante:

a promoção de auditoria da qualidade de informação dos sistemas;

a elaboração de normas destinadas a padronizar as fichas de atendimento pré-hospitalar e hospitalar, de forma a permitir o torneamento do perfil epidemiológico do paciente atendido, incluindo tipos de lesões e tipos de causas externas e da identificação do acidente de trabalho;

a criação de um sistema nacional de informação relativo ao atendimento pré-hospitalar;

a otimização do sistema de informação de morbidade, de modo que incorpore dados epidemiológicos relativos a atendimentos em prontos-socorros e ambulatórios;

a efetivação do disposto na Portaria GM/MS Nº 142/97, que determina a especificação do tipo de causa externa no prontuário médico e nas autorizações de internação hospitalar;

a inclusão de "lesões e envenenamentos" com detalhamento do tipo de causas externas como agravos sujeitos à notificação, o que permitirá o conhecimento de casos atendidos em unidades de saúde não ligadas ao SUS e em nível ambulatorial;

o estabelecimento de ações padronizadas de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade de acidentes e de violências determinando, inclusive, os fatores de risco. Essas ações deverão utilizar os sistemas de informação já existentes e metodologia uniforme;

a criação de um banco de dados que reúna as investigações epidemiológicas já desenvolvidas no País, visando à união de esforços e à otimização de recursos disponíveis;

a inserção do serviço de informação toxicológica nos serviços de toxicologia - Centros de Intoxicação -, em hospitais de atendimento médico de urgência;

a identificação e implementação de mecanismos que possibilitem a ampliação da cobertura de informação relativa aos acidentes de trabalho ocorridos no mercado informal, de modo a ultrapassar a concepção eminentemente previdenciária.

A monitorização da situação envolverá, também, o estabelecimento de ações de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade por acidentes e violências, estimulando-se experiências locais e a união de esforços nas áreas em que vários procedimentos já estão sendo desenvolvidos, com vistas a potencializar os recursos disponíveis. Neste contexto, deverão ser incentivados estudos amplos e consistentes acerca da morbimortalidade, inclusive com a determinação de seus possíveis fatores de risco.

Em relação a acidentes de trânsito, o sistema de vigilância epidemológica compreenderá a implantação, com recurso eletrônico, de uma rede de informação estatística destes acidentes, que inclua a captação, o transporte e o armazenamento de dados. Esta rede deverá estar integrada e acessível a todos os fóruns em nível municipal, estadual e federal e possibilitar a análise não apenas dos dados de acidente, como também de outros parâmetros de segurança que auxiliem na identificação de causas e na proposta de medidas preventivas. A organização e o desenvolvimento das ações implicarão a definição de um boletim de ocorrência padrão e a formação de técnicos em vigilância epidemiológica de acidente de trânsito.

O setor saúde deverá participar da monitorização dos acidentes ampliados, levantando, junto com os outros órgãos, as causas, as conseqüências a curto e longo prazos, bem como os recursos envolvidos na sua mitigação.

3.3. Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar

O fomento à organização e à implantação de serviços de atendimento pré-hospitalar (APH) será fundamental para a consecução do propósito desta Política, para o que deverão ser promovidas medidas que permitam o aprimoramento dos serviços existentes. Entre essas, figurará a identificação de fontes de recursos destinados à preparação de pessoal e à aquisição de materiais. Neste contexto, poderão ser fixados critérios diferenciados de incentivos para que estados e municípios invistam nesses serviços.

Além dessas medidas, deverão ser revistas e ou estabelecidas normas técnicas específicas, em conjunto com os diferentes setores envolvidos, para a padronização de equipamentos e de veículos para o transporte de vítimas, bem como para a formação de recursos humanos.

Paralelamente, os órgãos competentes promoverão a análise e o mapeamento de áreas de risco para a ocorrência de desastres com múltiplas vítimas e acidentes ampliados, a partir dos quais serão estabelecidos, juntamente com a defesa civil, planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar específicos para situações de fluxos maciços de vitimados. Será promovida, também, a integração do APH ao atendimento hospitalar de emergência, com a implantação de centrais de regulação médica nos estados e municípios, às quais competirá a articulação com os órgãos que mantêm este tipo de serviço, estimulando-os a atuar de forma compartilhada.

Ao lado disso, deverá ser incentivada a organização de consórcios entre municípios de menor porte e a ampliação do APH para as rodovias, por intermédio das polícias rodoviárias estaduais e federais, segundo normas estabelecidas de comum acordo entre estas e os gestores do SUS, em suas respectivas amas de abrangência.

3.4. Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências

A prestação do atendimento às vítimas requererá a estruturação e a organização da rede de serviços do SUS, de fornia que possa diagnosticar a violência e acidentes entre os usuários e acolher demandas, prestando-lhes atenção digna, de qualidade e resolutiva, desde o primeiro nível de atenção. A consecução desse atendimento dar-se-á, sobretudo, mediante o estabelecimento de sistemas de referência entre o setor saúde e as áreas jurídicas e de segurança, para o que será provida a respectiva assessoria técnica no tocante à definição, implantação e avaliação das ações. Nesse particular, ainda, deverão ser apoiados projetos e repasse de recursos voltados à estruturação e à organização mencionadas.

Os profissionais de saúde deverão ser capacitados a identificar maus-tratos, acionar os serviços existentes visando à proteção das vítimas e acompanhar os casos identificados. Serão garantidas as condições adequadas para o atendimento, tais como tempo para reuniões de equipe, supervisão e infra-estrutura.

A assistência às vítimas de acidentes e de violências deverá integrar o conjunto das atividades desenvolvidas pelas estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, além daquelas compreendidas no atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar, sendo fundamental a definição de mecanismos de referência entre estes serviços.

Essa assistência orientar-se-á por normas específicas sobre o tratamento das vítimas de acidentes e de violências, com o objetivo de padronizar condutas, racionalizar o atendimento e reduzir custos. Esses protocolos deverão ser baseados em evidências clínicas e epidemiológicas, revistos periodicamente e amplamente divulgados junto aos profissionais. Além disso, deverá ser estimulada a criação de núcleos de trabalho acerca do tema nas secretarias estaduais e municipais de Saúde, nas sociedades científicas, nas instituições e serviços públicos e privados afins, bem como em grupos organizados da sociedade civil.

Serão definidas unidades de atendimento paria emergências e urgências, conforme o seu grau de complexidade, sistematizando o atendimento específico e contribuindo para uma menor pletora nos serviços de alta complexidade. Em regiões onde não houver condições para a instalação de serviços com complexidade mediana, serão estimuladas, sobretudo mediante a organização de consórcios intermunicipais, a regionalização e a hierarquização do sistema de atenção hospitalar.

Paralelamente, promover-se-á a valorização, a especialização, a atualização e a reciclagem de profissionais que atuam nos serviços de emergência. Buscar-se-á, igualmente, maior vinculação das universidades, com vistas à formação de recursos humanos para esse fim.

Os esforços deverão centrar-se na formação de profissionais especializados em emergências, clínicas traumáticas, cirúrgicas e atendimento pré-hospitalar, especialmente no que se refere ao atendimento pediátrico. Deverá ainda ser enfocada a especialização em gerenciamento de serviços de saúde. A formação desses profissionais contemplará, além dos aspectos clínico, cirúrgico e gerenciais, a abordagem psicossocial nos casos de violência.

A formação e a certificação de profissionais atuantes no sistema de emergência pré-hospitalar e hospitalar serão de responsabilidade das escolas de medicina e enfermagem credenciadas pelo Ministério da Educação. Somam-se aos núcleos formadores e certificadores as sociedades médicas, de enfermagem e científicas cuja titulação seja reconhecida.

Nas localidades onde seja elevada a demanda de pacientes aos hospitais de emergência de alta complexidade, serão criados serviços de pronto atendimento, em diversas áreas das regiões metropolitanas, que atuarão principalmente como instâncias de estabilização e triagem, reforçando as demais medidas voltadas à hierarquização e descentralização do sistema de atenção hospitalar de emergência.

A ampliação do número de leitos para pacientes oriundos das salas de emergência constituirá, da mesma forma, medida essencial. Tais leitos deverão ser criados na própria unidade hospitalar que postula setor de urgência, bem como em hospitais de retaguarda destinados a dar o devido suporte às referidas unidades. Paralelamente, procurar-se-á também adequar a oferta de leitos de terapia intensiva, quer para adulto, quer pediátrica.

Com relação aos serviços de atenção especializada - tais como unidade de queimados, centros de atendimentos toxicológicos, unidades de hemodinâmica, diálise, gestação de alto risco, entre outros -, serão procedidos levantamentos para avaliação e posterior adequação às necessidades. Todas as unidades de atendimento a grandes emergências e aquelas que forem únicas em determinadas localidades ou regiões do País deverão desenvolver e adotar treinamentos simulados, em situação de catástrofe ou ocorrências que envolvam grande número de vítimas.

A unidade de tratamento de pacientes de alto risco será um ambiente obrigatório em qualquer serviço de urgência, independente de seu nível de complexidade e da etiologia do agravo. Terá como finalidade oferecer o suporte avançado de vida a qualquer paciente, seja cirúrgico ou clinico, que esteja em risco iminente de morte. Essas unidades deverão atender pacientes de todas as faixas etárias, garantidas as condições clínicas para o transporte adequado de pacientes entre diferentes serviços.

Em relação às crianças, adolescentes e jovens vítimas de quaisquer tipos de violências e de acidentes, buscar-se-á garantir o direito à assistência adequada dirigida a estas faixas etárias. Uma medida importante será a disponibilidade de equipe interdisciplinar que assegure o apoio médico, psicológico e social necessário a essas vítimas e suas famílias. Deverão ser estabelecidos serviços de referência para o atendimento dos casos de difícil manejo nas unidades de saúde, tomando-se como exemplo os serviços de atenção às vítimas de abuso sexual e suas famílias.

O cartão da criança será ser utilizado e valorizado como instrumento básico de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, bem como de registro de situações de risco, tais como: modificação do ritmo de crescimento, não cumprimento do calendário de vacinação, atraso nas etapas do desenvolvimento, desnutrição, desmame, que poderão, dentro de um atendimento geral, auxiliar na detecção de situações de negligência.

O atendimento a ser prestado às mulheres pelos serviços de saúde contemplará o aumento da autoestima, de modo que elas se sintam fortalecidas para identificar soluções, em conjunto com a equipe multiprofissional dos serviços, para a situação vivenciada, assim como para a prevenção de comportamentos violentos, buscando-se romper os elos dessa cadeia. Dessa forma deverão ser contempladas também atividades voltadas à reeducação de agressores e garantidas redes de apoio para o atendimento, tais como abrigos e unidades que atendam ao aborto legal.

A assistência aos idosos, no âmbito hospitalar, lesará em conta que a idade é um indicador precário na determinação das características especiais do enfermo hospitalizado. Neste sentido, a capacidade funcional constituirá o parâmetro mais fidedigno para o estabelecimento de critérios específicos de atendimento. Uma questão que deverá ser considerada refere-se ao fato de que o idoso tem

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300079

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

direito a um atendimento preferencial nos órgãos estatais e privados de saúde - ambulatórios, hospitais, laboratórios, planos de saúde, entre outros -, na conformidade do que estabelece a Lei N.° 8.842/94, em seu art. 4°, inciso VIII, e o art. 17, do Decreto N.° 1.948/96, que a regulamentou. O idoso terá também uma autorização para acompanhante familiar em hospitais públicos e privados - conveniados ou contratados - pelo SUS.

Na relação entre o idoso e os profissionais de saúde, um dos aspectos que será sempre observado é a possibilidade de maus-tratos, quer por parte da família, quer por parte do cuidador ou mesmo destes profissionais. É importante que o idoso saiba identificar posturas e comportamentos que significam maus-tratos, bem como os fatores de risco envolvidos. O profissional de saúde, quando houver indícios de que um idoso possa estar sendo submetido a maus-tratos deverá denunciar sua suspeita.

Especial atenção será dada à formação das equipes de saúde para o diagnóstico e o registro corretos da relação entre trabalho, acidentes e violências. Para tanto, a rede assistencial deverá ser capacitada não só para prestar a atenção requerida, mas também para acionar o desencadeamento de ações de prevenção. Para tanto buscar-se-á a contínua integração entre as ações assistenciais e aquelas atinentes à vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, para que sejam desencadeadas medidas oportunas e adequadas nos ambientes de trabalho, visando ao controle e ou eliminação dos fatores de risco neles presentes.

Além disso, incentivar-se-á a criação e a capacitação de unidades de emergências para o atendimento de intoxicações, enfatizando-se aquelas decorrentes de agrotóxicos, com apoio toxicológico de emergência e de referência.

3.5. Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação.

A operacionalização dessa diretriz compreenderá, inicialmente, a elaboração de normas relativas à recuperação e à reabilitação, em nível nacional, ao lado do aparelhamento das unidades de saúde para o adequado atendimento aos pacientes nem fase da atenção.

O processo de reabilitação, que tem início na instituição de saúde, dirigirá suas ações não somente para a educação do paciente como, também, de sua família. Assim, os serviços de reabilitação prestarão atendimento multiprofissional aos pacientes, a fim de evitar seqüelas e incapacidades, além de propiciar condições para a sua reintegração aos grupos familiar, social e laboral.

Para favorecer o alcance da independência do paciente dentro da nova situação, procurar-se-á provê-lo dos vários recursos de reabilitação, tais como órteses, próteses, cadeiras de rodas e auxílios de locomoção, como andadores, muletas, bengalas, meios de comunicação alternativos, entre outros.

Deverão ser criados mecanismos que favoreçam a informação, orientação e apoio ao paciente e a sua família como sujeitos da ação de recuperação. Dois desses mecanismos serão a sensibilização e a informação dos gerentes dos serviços e dos profissionais de saúde sobre os seus respectivos papéis na orientação dos portadores de seqüelas e familiares.

A readaptação do paciente à família e à sociedade requererá a adoção de medidas essenciais, tais como:

diagnóstico epidemiológico dos portadores de seqüelas;

levantamento da situação dos serviços e sua adequação às necessidades;

adequação dos espaços urbanos, domésticos, dos edifícios públicos e particulares, bem como dos meios de transporte, de modo a permitir a redução do número de acidentes e a livre locomoção dos pacientes, eliminando-se barreiras arquitetônicas e superando barreiras culturais;

incentivo às instituições empregadoras para que contratem portadores de seqüelas.

Paralelamente, promover-se-á a organização de uma rede coordenada de atendimento - incluindo equipes de reabilitação para atendimento na própria comunidade -, mediante a sistematização e conjugação de esforços e de serviços existentes na região. Tal estratégia visa potencializar os recursos disponíveis localmente, bem como aqueles que são colocados à disposição por parte das diferentes instâncias do SUS, de que são exemplos os recursos financeiros repassados pelo nível federal aos gestores estaduais e municipais para o fornecimento de órteses e próteses ambulatoriais e hospitalares.

A entrada do usuário nessa rede dar-se-á pela unidade básica de saúde ou pelo serviço de emergência ou pronto atendimento, a partir do qual será assistido, receberá orientação e ou será encaminhado para um serviço compatível com as suas necessidades. Essa organização da atenção não significa que, pelo fato de ser assistido em um serviço de menor complexidade, o paciente não terá acesso aquele compreendido nos outros níveis. Na realidade, essa dinâmica possibilitará uma distribuição racional da clientela, evitando-se a sobrecarga de qualquer um dos serviços.

3.6 Capacitação de recursos humanos

A preparação de recursos humanos deverá atender a todas as necessidades decorrentes da implementação das diretrizes aqui fixadas, destacando, em especial:

promoção de treinamento voltado à melhoria da qualidade da informação no tocante à vigilância epidemiológica por causas externas;

criação da disciplina de emergência nos cursos da área de saúde;

complementação curricular para especialização em emergência para técnicos ou auxiliares de enfermagem a serem homologados pelo MEC:

promoção do estabelecimento e implementação de currículo mínimo padronizado - homologado pelo MEC - para a formação de profissionais, voltados ao atendimento pré-hospitalar.

capacitação de recursos humanos da área da saúde e de outros setores para atuar na área de prevenção de acidentes e de violências, tendo em vista a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis e levando em conta as características sociais e culturais, bem como fatores de vulnerabilidade de cada grupo populacional; tal capacitação deverá incluir conhecimentos e técnicas de educação e comunicação social em saúde, além da elaboração de material informativo e educativo.

3.7. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas

O desenvolvimento de estudos e pesquisas referentes aos vários aspectos relacionados a acidentes e a violências constituirá medida essencial para que o tema seja, efetivamente, abordado como problema de saúde pública relevante e para que sejam identificadas as intervenções apropriadas ao seu controle no âmbito do setor saúde.

As pesquisas deverão integrar estudos de cunho sócio-antropológico, essenciais para a identificação dos valores, hábitos e crenças que perpassam as relações interpessoais e institucionais e de outras áreas afins do tema. Aliam-se a essas, pesquisas epidemiológicas e clínicas que permitam a identificação de fatores de risco e de proteção envolvidos nas redes causais de acidentes e de violências, ao mesmo tempo que indicam áreas e grupos sociais mais vulneráveis a esses agravos.

Será necessário também desenvolver investigações quanto ao impacto socioeconômico das violências e dos acidentes na sociedade. Para tanto, as universidades e os centros de investigação deverão estar integrados com as temáticas geradas a partir dos serviços.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

A redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País - propósito desta Política Nacional - requererá dos gestores do SUS e dos demais técnicos envolvidos com a questão o adequado provimento dos meios necessários ao desenvolvimento das ações. A articulação intrasetorial é requisito indispensável para que as diretrizes aqui fixadas sejam operacionalizadas.

Por outro lado, tendo em conta que a consecução de tal propósito depende da adoção de medidas essenciais de competência de outros setores, esta Política tem como princípio a construção e a consolidação de parcerias efetivas com diferentes segmentos governamentais e não-governamentais. Essas parcerias significam a conjugação de esforços que se expressam mediante a implementação de um amplo e diversificado conjunto de ações articuladas, voltadas à prevenção de acidentes e de violências e, por via consequência, à redução da ocorrência destes eventos, contribuindo, assim, para a qualidade de vida da população.

Na articulação intersetorial será buscado o engajamento de toda a sociedade, a qual deverá ser mobilizada sobretudo por intermédio dos diferentes segmentos sociais que a representam, estabelecendo compromissos mútuos que resultem em medidas concretas, como, por exemplo, a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, que é um dos elementos capazes de refletir decisivamente na redução de acidentes e de violências no País.

4.1. Articulação intersetorial

No âmbito federal caberá ao Ministério da Saúde promover a articulação dentro do próprio setor e com as instâncias a seguir identificadas, com as quais buscará construir e consolidar as parcerias anteriormente referidas, a partir das medidas aqui explicitadas e consideradas essenciais para o alcance do propósito estabelecido na presente Política Nacional.

Além das responsabilidades específicas em relação a esta Política, caberá também aos gestores estaduais e municipais do SUS, em suas respectivas áreas de abrangência, estabelecer a indispensável parceria, preconizada neste documento.

A. Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano

Buscar-se-á, em especial com essa Secretaria, a promoção de medidas destinadas a adequar e ou readequar os espaços urbanos, domésticos e dos edifícios públicos e particulares, com vistas à prevenção de acidentes e de violências, e permitir a livre locomoção dos pacientes vítimas destes eventos.

B. Ministério da Justiça

A parceria a ser estabelecia visará principalmente:

a sensibilização e a capacitação de médicos que atuam nos institutos de medicina legal para que possam fornecer, adequada e oportunamente, atendimento humanizado, favorecendo a emissão de laudos completos para a adoção das medidas cabíveis, bem como a alimentação dos sistemas de informações;

a criação de eventos específicos para a discussão de questões polêmicas como o atendimento, encaminhamento e acompanhamento de vítimas de abuso sexual;

a integração dos sistemas de informações relacionados a acidentes e a violências, disponíveis nos âmbitos policial e de trânsito, inclusive com a padronização nacional dos formulários de cada um destes sistemas;

a promoção de medidas destinadas a melhorar a segurança dos pedestres, dos condutores, dos passageiros, dos veículos a das vias públicas;

a plena implantação do Código de Trânsito Brasileiro (CTB), com especial atenção às normas de caráter preventivo, como o novo sistema de habilitação, o controle de condições de segurança da frota de veículos e das vias;

a promoção de medidas, tendo em conta os art.s 77 e 78 do CTB, dirigidas à informação e à sensibilização da sociedade quanto à importância do Código, entre as quais destacam-se: a elaboração e a divulgação de material educativo referente aos fatores de risco que interferem na direção segura; a divulgação, em nível nacional, do Código e de sua regulamentação, de modo a facilitar a participação do poder público e da população; o desenvolvimento de ações que favoreçam a participação social, ressaltando o seu papel na prevenção, inclusive com a elaboração de manual acerca desta participação no trânsito;

o cumprimento de dispositivo contido no CTB relativo à utilização no trânsito dos recursos nele gerados, sobretudo na introdução de novas tecnologias e no treinamento de recursos humanos;

o cumprimento e a consolidação do Estatuto da Criança e do Adolescente, mediante, por exemplo, o fortalecimento das medidas adotadas contra a prostituição infanto-juvenil, a erradicação do trabalho infantil e as referentes a crianças, adolescentes e jovens autores de atos infracionais;

a divulgação da Lei N.° 9.534/97 e a promoção do seu cumprimento, em especial no que respeita à gratuidade do registro civil de nascimento;

o estabelecimento de protocolos de cooperação visando à prevenção e ao atendimento das vítimas de acidentes e de violências, compreendendo a elaboração e implantação de projetos conjuntos, bem como a padronização de formulários, como o Boletim de Ocorrência Policial, entre outros;

o treinamento para policiais, técnicos do IML e demais profissionais envolvidos, respeitadas as suas áreas de competência;

a adoção de medidas de controle de armas de fogo, considerando-as como importante fator de risco para a violência.

C. Ministério da Educação

Buscar-se-á, com esse Ministério, sobretudo:

a inclusão nos currículos de primeiro e segundo graus, bem como nos cursos profissionalizantes e técnicos, de conteúdos referentes à prevenção de acidentes e de violências;

a mobilização das universidades para que induzam investigações atinentes aos acidentes e às violências, não só divulgando-as em publicações científicas, mas de forma que contribuam, inclusive, para a melhoria e o aprimoramento da rede de serviços;

a inclusão, nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde, educação, assistência social e direito de disciplina relacionada a acidentes e a violências;

a adoção, no nível médio de ensino, de currículo interdisciplinar com conteúdo programático sobre defesa civil;

o estímulo aos pesquisadores das universidades para que usem os dados oriundos dos institutos de medicina legal, visando a retroalimentação dos sistemas de informações nestas instituições;

o incentivo, nos cursos de graduação da área de saúde, à formação em emergência;

o estabelecimento de currículo mínimo para técnicos de emergência e de profissionais;

o apoio no estabelecimento de cursos e estágios de educação continuada e atualização para profissionais de saúde e outros envolvidos no atendimento pré-hospitalar e hospitalar às eminências;

o estímulo à criação de residência médica e de enfermagem em emergência - contemplando aspemos do planejamento, administração e prestação de serviços - e a sua respectiva homologação pelos órgãos competentes.

D. Ministério do Trabalho e Emprego

A parceria a ser estabelecida visará a implementação das medidas de prevenção dos acidentes de trabalho e o fortalecimento das iniciativas destinadas a erradicar o trabalho infantil e a coibir a exploração do trabalho juvenil; além disso, procurará viabilizar a ampliação do programa de bolsas de trabalho para jovens.

E. Ministério da Previdência Social

Com esse Ministério, a parceria a ser estabelecida buscará promover a ampliação da cobertura e o aperfeiçoamento da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT).

F. Ministério dos Transportes

A parceria visará, sobretudo, a adoção de medidas destinadas a melhorar a segurança das vias públicas, mediante a inclusão, nos contratos de concessão de rodovias, de normas técnicas de procedimento, bem como de auditoria técnica independente.

G. Ministério da Ciência e Tecnologia

A articulação objetivará, em especial:

a indução, por parte do MCT, de pesquisas que englobem as diferentes questões relativas a acidentes e a violências, de modo a contribuir para o aperfeiçoamento das medidas dirigidas à prevenção e ao atendimento de vítimas destes eventos;

o estímulo aos pesquisadores das universidades para que usem os dados oriundos de todas as fontes, particularmente dos institutos de medicina legal, visando a retroalimentação dos sistemas de informações nestas instituições;

o estímulo à criação de novas tecnologias - preventivas, recuperativas e reabilitadoras - inerentes às violências e aos acidentes.

4.2. Responsabilidades do Gestor Federal - Ministério da Saúde

Implementar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento desta Política Nacional, bem como os planos, programas, projetos e atividades dela decorrentes.

Assessorar as Unidades Federadas na elaboração e implementação de suas respectivas políticas estaduais.

Desenvolver e implementar mecanismos que possibilitem a articulação intrasetorial.

Promover a ampliação da abrangência dos sistemas de informação inerentes à morbidade e mortalidade, de modo que cubram, de forma adequada e suficiente, dados relativos a acidentes e a violências; criar sistema padronizado e integrado que contemple dados relacionados a atendimentos de pré-hospitalar, pronto-socorro e ambulatório, que permita as investigações das causas externas; e viabilizar auditoria relativa a qualidade da informação.

Incorporar as causas externas como agravo de notificação.

Organizar e implementar ações relativas à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

Promover o diagnóstico, a notificação e o acompanhamento dos casos de violência doméstica em crianças, adolescentes, jovens, mulheres, idosos e portadores de deficiência visando o atendimento e o conhecimento destes casos.

Promover a elaboração e acompanhar o cumprimento das normas relativas a acidentes e a violências no âmbito do setor saúde.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300080

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Promover o cumprimento, no âmbito da ação especifica do setor, dos preceitos contidos no ECA, no que se refere ao direito à vida e à saúde da criança e do adolescente (art.s 7 a 14).

Apoiar a plena implantação do CTB, com especial atenção às normas de caráter preventivo, como o novo sistema de habilitação, o controle de condições de segurança da frota de veículos e das vias.

Participar da promoção de medidas preventivas, tendo em conta os art.s 77 e 78 do CTB, dirigidas à informação e à sensibilização da sociedade quanto a sua importância, entre as quais se destacam: a elaboração e a divulgação de material educativo referente aos fatores de risco e o desenvolvimento de ações que favoreçam a participação social, inclusive da elaboração de manual acerca desta participação.

Estabelecer recomendações clínicas sobre patologias e comportamentos que possam comprometer a capacidade de dirigir e associar-se a organizações da sociedade civil, empresas públicas e privadas para a sua imensa divulgação.

Prestar cooperação técnica aos estados e municípios na implementação desta Política.

Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política, promover a disseminação e divulgar as informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à prevenção de acidentes e de violências.

Promover a capacitação de recursos humanos.

Promover a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentas da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.

Apoiar estados e municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados.

Fomentar a organização e a consolidação de serviços de atendimento pré-hospitalar, assim como estabelecer normas para o seu funcionamento, integrando-os ao atendimento hospitalar de emergência.

Apoiar a organização da rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, bem como para a recuperação e reabilitação.

Promover a observância do disposto na Portaria SAS/MS N° 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.

Promover a padronização, em âmbito nacional, de boletim de atendimento médico ao nível pré-hospitalar, hospitalar de emergência e ambulatorial, possibilitando a ação efetiva de vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

Inserir de forma destacada, nas bulas de medicamentos, informações acerca dos riscos do uso destes produtos na execução de determinadas atividades, de que são exemplos a operação de máquinas pesadas, a direção de veículos, entre outras, inclusive quanto aos seus efeitos potencializadores.

Restar assessoria na organização de consórcios intermunicipais.

4.3. Responsabilidades do Gestor Estadual - Secretaria Estadual de Saúde

Elaborar, coordenar e executo a política estadual relativa a acidentes e a violências, no âmbito do setor saúde, consoante a esta Política Nacional.

Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades, decorrentes desta Política.

Promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, visando a implementação da respectiva política, na conformidade da orientação constante na introdução deste Capítulo 4.

Organizar, padronizar e implementar ações relativas à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

Organizar e implementar sistemas integrados de informação de morbidade e mortalidade, relacionados a acidentes e a violências.

Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação da presente Política e da respectiva política estadual.

Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas nesta Política Nacional e na respectiva política estadual.

Promover a disseminação de informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à prevenção de acidentes e de violências.

Promover e realizar a capacitação de recursos humanos, conforme preconizado na diretriz referente ao tema, com vistas à prevenção e qualidade de atendimento, sistematizado e humanizado, nas áreas da saúde e afins.

Promover a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.

Promover a articulação com os setores de educação, justiça e segurança pública, visando o estabelecimento de protocolos de cooperação na prevenção de acidentes e de violências, que incluam, entre outros, a elaboração e implantação de projetos conjuntos e a realização de treinamentos para policiais, técnicos do IML, Conselhos Tutelares e Varas de Infância e Juventude.

Apoiar os municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados.

Promover a observância do disposto na Portaria SAS/MS N° 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.

Promover a consolidação e ou organização do atendimento pré-hospitalar.

Organizar a rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, incluindo a recuperação e reabilitação, promovendo, se for o caso, o estabelecimento de consórcios intermunicipais.

4.4. Responsabilidades do Gestor Municipal - Secretaria Municipal de Saúde ou organismo correspondente

Coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, em seu respectivo âmbito, definindo componentes específicos que devem ser implementados pelo município.

Promover e executar as medidas necessárias visando a integração da programação municipal à adotada pelo estado.

Promover e executar a articulação entre os diferentes setores no município, visando a implementação das ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, na conformidade da orientação constante na introdução deste Capítulo 4.

Promover e executar o treinamento e a capacitação de recursos humanos para operacionalizar o elenco das atividades específicas decorrentes das Políticas Nacional e Estadual.

Estabelecer e manter sistemas de informação e análise relacionados à morbirmortalidade por acidentes e violências.

Desenvolver ações relativos à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

Promover a observância da Portaria SAS/MS N° 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.

Promover a difusão de conhecimentos e recomendações sobre práticas, hábitos e estilos saudáveis por parte dos munícipes, mobilizando, para tanto, os diferentes segmentos sociais locais.

Aplicar e acompanhar o cumprimento das normas decorrentes desta Política.

Promover a consolidação e ou organização do atendimento pré-hospitalar.

Organizar e implementar a rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, incluindo a recuperação e reabilitação, estabelecendo, se for o caso, consórcios intermunicipais.

5. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A parir de sua operacionalização a presente Política Nacional compreenderá o desenvolvimento de um processo sistematizado de avaliação, com um acompanhamento permanente que permita o conhecimento da repercussão das ações sobre a ocorrência de acidentes e de violências no País, bem como acerca das consequências decorrentes destes eventos, sobretudo no tocante ao atendimento, recuperação e reabilitação de pessoas vitimadas. Além disso, deverá possibilitar a incorporação de novas diretrizes para o enfrentamento dos diferentes eventos relacionados a acidentes e a violências e a realização de eventuais ajustes que venham a ser ditados pela prática.

Para o desenvolvimento desse processo, serão definidos parâmetros, critérios e metodologias específicas, capazes de, inclusive, favorecer o conhecimento da repercussão das medidas levadas a efeito por setores com os quais se buscará estabelecer parcerias, identificadas no capítulo "Responsabilidades Institucionais", deste documento.

Tais acompanhamentos e avaliação poderão valer-se dos dados e informações gerados pelos diferentes programas, planos, projetos ou atividades que serão operacionalizados a partir desta Política.

Além da avaliação anteriormente prescrita, procurar-se-á investigar a repercussão desta Política sobre a qualidade de vida das pessoas, bem como a sua contribuição para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, especialmente na conformidade do que estabelece a Lei Orgânica da Saúde, em seu art. 7° (Lei N.° 8.080/90), destacando-se:

a "integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (inciso II);

a "preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral" (inciso III);

o direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde" (inciso V);

a "conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população" (inciso XI);

a "capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência" (inciso XII); e

a "organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos" (inciso XIII).

O processo de acompanhamento aqui preconizado deverá, igualmente, avaliar em que medida estão sendo cumpridas as metas e compromissos internacionais dos quais o Governo Brasileiro é signatário, bem como daqueles oriundos de eventos nacionais.

6. TERMINOLOGIA

Abandono: ausência ou deserção por parte do responsável, dos cuidados, necessários às vítimas, ao qual caberia prover custódia física ou cuidado;

Abuso financeiro aos idosos: exploração imprópria ou ilegal e ou uso não consentido de recursos financeiros de um idoso;

Abuso físico ou maus-tratos físicos: uso de força física que pode produzir uma injúria, ferida, dor ou incapacidade;

Abuso psicológico ou maus-tratos psicológicos: agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social;

Abuso sexual: ato ou jogo sexual que ocorre em relação hétero ou homossexual que visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças;

Acidentes ampliados: são acidentes relacionados a indústrias de processos contínuos, não se restringem ao ambiente de trabalho, afetando comunidades do entorno e produzindo efeitos adversos ao longo do tempo;

Autonegligência: conduta de pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, com a recusa ou o fracasso de prover a si mesmo um cuidado adequado;

Acidentes de transporte: todo acidente que envolve veículo destinado ao transporte de pessoas ou mercadorias de um lugar para outro;

Acidentes de trânsito: acidentes com veículos, ocorridos na via pública;

Agentes tóxicos: toda substância que, em contágio com o organismo, causa alterações eia suas funções;

Atendimento de recuperação e reabilitação: atendimento oferecido após a alta do paciente, geralmente em ambiente ambulatorial;

Atendimento pré-hospitalar: atendimento especializado oferecido a uma pessoa no local da ocorrência do evento, antes da chegada ao hospital;

Causas externas: ocorrências relacionais e acidentais e circunstâncias ambientais como causas de lesões, envenenamentos e outros efeitos adversos;

Deficiência: qualquer perda ou alteração de uma estrutura, função de ordem psicológica, fisiológica ou anatômica;

Fatores de risco: elementos de qualquer origem que possam comprometer ou colocar em risco a integridade física e ou emocional de um indivíduo;

Imaginologia: estudo de todos procedimentos diagnósticos por imagem;

Incapacidade: qualquer restrição ou falta - resultante de uma deficiência - da capacidade de realizar uma atividade nos moldes e limites considerados normais para um ser humano;

Informações tóxico-farmacológicas: informações sobre envenenamentos por medicamentos, produtos domiciliares, inseticidas, plantas tóxicas, animais peçonhentos, metais pesados, euforias (cocaína, LSD etc.), interações medicamentosas ou de drogas e teratogênese, bem como ações preventivas na área toxicológica;

Negligência: recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável no cuidado com a vítima;

Notificação: é a comunicação obrigatória de determinadas doenças ou agravos às autoridades de saúde;

Reabilitação: desenvolvimento de uma pessoa até o mais completo potencial físico, psicológico, social, profissional, não-profissional e educacional, compatível com seu comprometimento fisiológico, anatômico e limitações ambientais;

Recuperação: ato de recuperar, recobrar ou restaurar funções, membros ou segmentos corporais que foram atingidos por lesões ou traumas;

Sequelas: danos deixados por qualquer doença ou agravo;

Profissionais responsáveis pela segurança relacionados ao Atendimento Pré-Hospitalar: Corpos de Bombeiros, Policiais Civis, Militares, Rodoviários, e outros profissionais, devidamente reconhecidos pelo Gestor público da saúde, para o desempenho do atendimento pré-hospitalar em suporte básico de vida (intervenção conservadora não-invasiva) sob supervisão médica, normalizados pelo SUS;

Suporte básico de vida: estrutura de apoio oferecida a pacientes com risco de morte desconhecido, promovida por profissionais de saúde, por meio de medidas conservadoras não-invasivas (como imobilização do pescoço, compressão de sangramento etc.);

Suporte avançado de vida: estrutura de apoio oferecido a pacientes em risco de morte, promovido por profissionais médicos, por intermédio de medidas não-invasivas ou invasivas (como, por exemplo, drenagem de tórax, acesso às vias aéreas, acesso venoso etc.);

Unidade de tratamento de pacientes de alto risco: ambiente destinado a oferecer suporte básico e avançado de vida, favorecendo principalmente uma remoção adequada, tanto intra quanto inter-hospitalar; e

Veículos para atendimento pré-hospitalar: viaturas equipadas com equipamentos para resgatar vítimas presas em ferragens ou em outras condições anômalas.

Anexo VIII

Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (Origem: PRT MS/GM 1876/2006)

Art. 1º Ficam instituídas as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 1º)

Art. 2º As Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio serão organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não governamentais, nacionais e internacionais, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º)

I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, I)

II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, II)

III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, III)

IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e

o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, IV)

V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, V)

VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, VI)

VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, VII)

VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, VIII)

Art. 3º A Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, adotarão as providências necessárias para a estruturação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 3º)

Art. 4º A Secretaria de Atenção à Saúde constituirá um Grupo de Trabalho, a ser instituído por portaria específica, para propor a regulamentação dessas diretrizes. (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 4º)

Art. 5º A regulamentação dessas diretrizes será apresentada e pactuada no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 5º)

Anexo IX

Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) (Origem: PRT MS/GM 874/2013)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO I)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 2º)

Art. 3º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde em consonância com o Anexo I da Portaria de Consolidação nº 3, e implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 3º)

CAPÍTULO II

DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES

(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II)

Art. 4º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é constituída a partir dos seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º)

I - princípios gerais; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, I)

II - princípios e diretrizes relacionados à promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, II)

III - princípios e diretrizes relacionados à prevenção do câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, III)

IV - princípios e diretrizes relacionados à vigilância, ao monitoramento e à avaliação; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, IV)

V - princípios e diretrizes relacionados ao cuidado integral; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, V)

VI - princípios e diretrizes relacionados à ciência e à tecnologia; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, VI)

VII - princípios e diretrizes relacionados à educação; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, VII)

VIII - princípios e diretrizes relacionados à comunicação em saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, VIII)

Seção I

Dos Princípios Gerais da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer

(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 5º Constituem-se princípios gerais da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º)

I - reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível e necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, I)

II - organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, com respeito a critérios de acesso, escala e escopo; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, II)

III - formação de profissionais e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde e para a implantação desta Política; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, III)

IV - articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, IV)

V - a incorporação e o uso de tecnologias voltadas para a prevenção e o controle do câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS devem ser resultado das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e da Avaliação Econômica (AE). (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, V)

Seção II

Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Promoção da Saúde

(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 6º Constitui-se princípio relacionado à promoção da saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a identificação e a intervenção sobre os determinantes e condicionantes dos tipos de câncer e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil que promovam a saúde e a qualidade de vida. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 6º)

Art. 7º São diretrizes relacionadas à promoção da saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º)

I - fortalecimento de políticas públicas que visem desenvolver ao máximo a saúde potencial de cada cidadão, incluindo políticas que tenham como objeto a criação de ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento de habilidades individuais e sociais para o autocuidado; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, I)

II - realização de ações intersetoriais, buscando-se parcerias que propiciem o desenvolvimento das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, II)

III - promoção de hábitos alimentares saudáveis como o aleitamento materno, exclusivo até os 6 (seis) meses de vida, e o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras, incluindo-se ações educativas e intervenções ambientais e organizacionais; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, III)

IV - promoção de práticas corporais e atividades físicas, tais como ginástica, caminhadas, dança e jogos esportivos e populares; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, IV)

V - enfrentamento dos impactos dos agrotóxicos na saúde humana e no ambiente, por meio de práticas de promoção da saúde com caráter preventivo e sustentável; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, V)

VI - desenvolvimento de ações e políticas públicas para enfrentamento do tabagismo, do consumo de álcool, do sobrepeso, da obesidade e do consumo alimentar inadequado, considerados os fatores de risco relacionados ao câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, VI)

VII - promoção de atividades e práticas relacionadas à promoção da saúde a serem desenvolvidas em espaços que inclusive ultrapassem os limites dos serviços de saúde, chegando, por exemplo, às escolas, aos locais de trabalhos e aos lares; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, VII)

VIII - avanço nas ações de implementação da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, de que trata o Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, VIII)

IX - fomento à elaboração de documentos normativos voltados à regulamentação de produção e consumo de produtos e alimentos cuja composição contenha agentes cancerígenos e/ou altas concentrações de calorias, gorduras saturadas ou trans, açúcar e sal; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, IX)

X - fomento à ampliação de medidas restritivas ao marketing de alimentos e bebidas com alto teor de sal, calorias, gorduras e açúcar, especialmente os direcionados às crianças. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, X)

Seção III

Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Prevenção do Câncer

(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 8º Constitui-se princípio da prevenção do câncer no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a eliminação, redução e o controle de fatores de risco físicos, químicos e biológicos e a intervenção sobre seus determinantes socioeconômicos, além de integrar ações de detecção precoce do câncer.(Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 8º)

Art. 9º São diretrizes relacionadas à prevenção do câncer no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º)

I - fomento à eliminação ou redução da exposição aos agentes cancerígenos relacionados ao trabalho e ao ambiente, tais como benzeno, agrotóxicos, sílica, amianto, formaldeído e radiação; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, I)

II - prevenção da iniciação do tabagismo e do uso do álcool e do consumo de alimentos não saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, II)

III - implementação de ações de detecção precoce do câncer, por meio de rastreamento ("screening") e diagnóstico precoce, a partir de recomendações governamentais, com base em ATS e AE; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, III)

IV - garantia da confirmação diagnóstica oportuna dos casos suspeitos de câncer; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, IV)

V - estruturação das ações de monitoramento e de controle da qualidade dos exames de rastreamento. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, V)

Seção IV

Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Vigilância, ao Monitoramento e à Avaliação

(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção IV)

Art. 10. Constitui-se princípio da vigilância, do monitoramento e da avaliação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a organização da vigilância do câncer por meio da informação, identificação, monitoramento e avaliação das ações de controle do câncer e de seus fatores de risco e proteção.(Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 10)

Art. 11. São diretrizes relacionadas à vigilância, ao monitoramento e à avaliação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11)

I - monitoramento dos fatores de risco para câncer, a fim de planejar ações capazes de prevenir, reduzir danos e proteger a vida; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, I)

II - utilização, de forma integrada, dos dados e das informações epidemiológicas e assistenciais disponíveis para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços para a prevenção e o controle do câncer, produzidos: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II)

a) pelos diversos sistemas de informação do SUS, dentre os quais os de mortalidade, de morbidade, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II, a)

b) pelos registros do câncer de base populacional e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II, b)

c) pelos inquéritos e pesquisas populacionais; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II, c)

d) pelas estatísticas vitais, demográficas e socioeconômicas brasileiras. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II, d)

III - implementação e aperfeiçoamento permanente da produção e divulgação de informações, com vistas a subsidiar o planejamento de ações e serviços para a prevenção e o controle do câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, III)

IV - monitoramento e avaliação do desempenho e dos resultados das ações e serviços prestados nos diversos níveis de atenção à saúde, para a prevenção e o controle do câncer, utilizando critérios técnicos, mecanismos e parâmetros previamente definidos; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, IV)

V - monitoramento e avaliação da acessibilidade aos serviços de saúde, do tempo de espera para início do tratamento e da satisfação do usuário; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, V)

VI - realização de pesquisas ou de inquéritos populacionais sobre a morbidade e os fatores de risco e de proteção contra o câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, VI)

Seção V

Dos Princípios e Diretrizes Relacionados ao Cuidado Integral

(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção V)

Art. 12. Constitui-se princípio do cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a organização das ações e serviços voltados para o cuidado integral da pessoa com câncer na Rede da Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, com base em parâmetros e critérios de necessidade e diretrizes baseadas em evidências científicas. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 12)

Art. 13. Fazem parte do cuidado integral a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 13)

Art. 14. São diretrizes referentes ao diagnóstico, ao tratamento e ao cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14)

I - tratamento oportuno e seguro dos pacientes diagnosticados com câncer e lesões precursoras de forma mais próxima possível ao domicílio da pessoa, observando-se os critérios de escala e de escopo; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14, I)

II - atendimento multiprofissional a todos os usuários com câncer, com oferta de cuidado compatível a cada nível de atenção e evolução da doença; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14, II)

III - realização de tratamento dos casos raros ou muito raros que exijam alto nível de especialização e maior porte tecnológico em estabelecimentos de saúde de referência nacional, garantindo-se sua regulamentação e regulação; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14, III)

IV - oferta de reabilitação e de cuidado paliativo para os casos que os exijam. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14, IV)

Seção VI

Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Ciência e à Tecnologia

(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção VI)

Art. 15. Constitui-se princípio da ciência e da tecnologia no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a utilização da ATS para a tomada de decisão no processo de incorporação, reavaliação ou exclusão de tecnologias em saúde, com a

articulação dos diversos setores do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 15)

Art. 16. São diretrizes relacionadas à ciência e à tecnologia no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16)

I - estabelecimento de métodos e mecanismos para análise de viabilidade econômico-sanitária de empreendimentos públicos no Complexo Industrial da Saúde, voltados para prevenção e controle do câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16, I)

II - implementação da rede de pesquisa para a prevenção e o controle do câncer em conformidade com os objetivos da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, de modo a aumentar a produção de conhecimento nacional relacionada a esta área; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16, II)

III - implementação de práticas de elaboração de parecer técnico-científico, ATS e AE para subsidiar a tomada de decisão no processo de incorporação de novas tecnologias no SUS. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16, III)

Parágrafo Único. Para fins do disposto no inciso II, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde foi aprovada na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em 2004, e na 147ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada em 6 e 7 de outubro de 2004, cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Portugues.pdf. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16, Parágrafo Único)

Seção VII

Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Educação

(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção VII)

Art. 17. Constitui-se princípios da educação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer o fomento à formação e à especialização de recursos humanos, assim como a qualificação da assistência por meio da educação permanente dos profissionais envolvidos com o controle do câncer nas redes de atenção à saúde nos diferentes níveis de atenção, conforme os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, de que trata o Anexo XL . (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 17)

Art. 18. São diretrizes relacionadas à educação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 18)

I - fomento à formação e à especialização de recursos humanos para a qualificação das práticas profissionais desenvolvidas em todos os eixos fundamentais contidos nesta Política; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 18, I)

II - implementação, nas Comissões Estaduais de Integração Ensino-Serviço (CIES), de projetos educativos voltados à prevenção e ao controle do câncer em todas as suas dimensões assistenciais, de gestão e que envolvam a ciência, a tecnologia e a inovação em saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 18, II)

Seção VIII

Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Comunicação em Saúde

(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção VIII)

Art. 19. Constitui-se princípio da comunicação em saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer o estímulo à formulação de estratégias de comunicação com a população em parceria com os movimentos sociais, com os profissionais da saúde e outros atores sociais, que permitam disseminar e ampliar o conhecimento sobre o câncer, seus fatores de risco e sobre as diversas diretrizes de prevenção e controle e a tradução do conhecimento para os diversos públicos-alvo. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 19)

Art. 20. São diretrizes da comunicação em saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 20)

I - estabelecimento de estratégias de comunicação com a população, com os profissionais de Saúde e com outros atores sociais, que permitam disseminar e ampliar o conhecimento sobre o câncer, seus fatores de risco e as diversas estratégias de prevenção e de controle, buscando a tradução do conhecimento para os diversos públicos-alvo; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 20, I)

II - estímulo às ações de fortalecimento da capacidade individual e coletiva de comunicação em saúde, promovendo mudanças a favor da promoção da saúde, da prevenção e do controle do câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 20, II)

CAPÍTULO III

DAS RESPONSABILIDADES

(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO III)

Seção I

Das Responsabilidades das Esferas de Gestão do SUS

(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 21. São responsabilidades do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito de atuação, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21)

I - organizar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, considerando-se todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir a oferta de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, de forma oportuna, para o controle do câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, I)

II - ter atuação territorial, com definição e organização da rede nas regiões de saúde, a partir do perfil epidemiológico do câncer e das necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, II)

III - reorientar o modelo de atenção às pessoas com câncer com base nos fundamentos e diretrizes desta Política e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, III)

IV - garantir que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com câncer possuam infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, IV)

V - garantir o financiamento tripartite para o cuidado integral das pessoas com câncer, de acordo com suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, V)

VI - garantir a formação e a qualificação dos profissionais e dos trabalhadores de saúde de acordo com as diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde, transformando as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, referentes à qualificação das ações de promoção da Saúde, de prevenção e do cuidado das pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, VI)

VII - definir critérios técnicos para o funcionamento dos serviços que atuam na prevenção e no controle do câncer nos diversos níveis de atenção, bem como os mecanismos para seu monitoramento e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, VII)

VIII - desenvolver, disponibilizar e implantar sistemas de informações para coletar, armazenar, processar e fornecer dados sobre os cuidados prestados às pessoas com câncer, com a finalidade de obter informações que possibilitem o planejamento, a avaliação, o monitoramento e o controle das ações realizadas, garantindo a interoperabilidade entre os sistemas; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, VIII)

IX - adotar mecanismos de monitoramento, avaliação e auditoria, incluindo tempo de espera para início do tratamento e satisfação do usuário, com vistas à melhoria da qualidade das ações e dos serviços ofertados, considerando as especificidades dos estabelecimentos de saúde e suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, IX)

X - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e de pesquisas que busquem o aperfeiçoamento, a inovação de tecnologias e a disseminação de conhecimentos voltados à promoção da saúde, à prevenção e ao cuidado das pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, X)

XI - realizar parcerias com instituições internacionais e com instituições governamentais e do setor privado para fortalecimento das ações de cuidado às pessoas com câncer; em especial na prevenção e detecção precoce; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XI)

XII - estimular a participação popular e o controle social visando à contribuição na elaboração de estratégias e no controle da execução desta política; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XII)

XIII - elaborar e divulgar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para os cânceres mais prevalentes, para apoiar a organização e a estruturação da prevenção e do controle do câncer na rede de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XIII)

XIV - apoiar e acompanhar o funcionamento dos registros hospitalares de câncer (RHC) nas unidades habilitadas em alta complexidade em oncologia e seu respectivo compromisso de envio de suas bases de dados ao Ministério da Saúde e ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS/MS), anualmente, para consolidação nacional e divulgação das informações; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XIV)

XV - apoiar e acompanhar o funcionamento dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), tendo por compromisso a consolidação e a divulgação das informações de acordo com suas atribuições; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XV)

XVI - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e produção de informações, aperfeiçoando permanentemente a confiabilidade dos dados e a capilarização das informações, na perspectiva de usá-las para alinhar estratégias de aprimoramento da gestão, disseminação das informações e planejamento em saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XVI)

XVII - desenvolver estratégias de comunicação sobre fatores de risco relacionados ao câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XVII)

XVIII - monitorar, avaliar e auditar a cobertura, produção, desempenho e qualidade das ações e serviços de prevenção e de controle do câncer no País no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XVIII)

XIX - realizar a articulação interfederativa para pactuação de ações e de serviços em âmbito regional ou inter-regional para garantia da equidade e da integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XIX)

XX - realizar a regulação entre os componentes da rede de atenção à saúde, com definição de fluxos de atendimento à saúde para fins de controle do acesso e da garantia de equidade, promovendo a otimização de recursos segundo a complexidade e a densidade tecnológica necessárias à atenção à pessoa com câncer, com sustentabilidade do sistema público de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XX)

XXI - estabelecer e implantar o acolhimento e a humanização da atenção, com base em um modelo centrado no usuário e em suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XXI)

Art. 22. Ao Ministério da Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22)

I - prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no processo de qualificação e de consolidação da atenção ao paciente com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, I)

II - analisar as informações provindas dos sistemas de informação federais vigentes que tenham relação com o câncer e utilizá-las para planejamento e programação de ações e de serviços de saúde e para tomada de decisão; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, II)

III - consolidar e divulgar as informações provindas dos sistemas de informação federais vigentes que tenham relação com o câncer, que devem ser enviadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, III)

IV - definir diretrizes gerais para a organização de linhas de cuidado para os tipos de câncer mais prevalentes na população brasileira; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, IV)

V - elaborar protocolos e diretrizes clínicas terapêuticas de maneira a qualificar o cuidado das pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, V)

VI - realizar estudos de ATS e AE, no intuito de subsidiar os gestores de saúde e tomadores de decisões no que se refere à incorporação de novas tecnologias ou novos usos de tecnologias já existentes no SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, VI)

VII - estabelecer diretrizes e recomendações, em âmbito nacional, para a prevenção e o controle do câncer a partir de estudos de ATS e AE, levando em consideração aspectos epidemiológicos, sociais, culturais e econômicos do local que irá incorporar e implantar as diretrizes e recomendações; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, VII)

VIII - efetuar a habilitação dos estabelecimentos de saúde que realizam a atenção à saúde das pessoas com câncer, de acordo com critérios técnicos estabelecidos previamente de forma tripartite. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, VIII)

Art. 23. Às Secretarias de Saúde dos Estados compete: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23)

I - definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde com vistas ao desenvolvimento de planos regionais para garantir a prevenção e o cuidado integral da pessoa com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, I)

II - coordenar a organização e a implantação dos planos regionais e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, II)

III - coordenar o apoio aos Municípios para organização e implantação das linhas de cuidado de tumores específicos; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, III)

IV - apoiar a regulação e o fluxo de usuários entre os pontos de atenção da rede de atenção à saúde, visando à garantia da referência e da contrarreferência regionais, de acordo com as necessidades de saúde dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, IV)

V - analisar os dados estaduais relacionados às ações de prevenção e de controle do câncer produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a otimizar o planejamento das ações e a qualificar a atenção prestada às pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, V)

VI - implantar e manter o funcionamento do sistema de RHC nas unidades habilitadas em alta complexidade em oncologia, com o compromisso do envio de suas bases de dados ao Ministério da Saúde, especificamente ao INCA/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, VI)

VII - analisar os dados enviados pelas Secretarias Municipais de Saúde onde existem o (RCBP implantado, divulgar suas informações e enviá-las para o INCA/SAS/MS e para a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), responsáveis pela consolidação nacional dos dados; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, VII)

VIII - garantir e acompanhar o processo de implantação e manutenção dos RHC dos serviços de saúde habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON); (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, VIII)

IX - utilizar as informações produzidas pelos RHC para avaliar e organizar as ações e os serviços de saúde de alta complexidade e densidade tecnológica; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, IX)

X - manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde que estão sob gestão estadual, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, X)

XI - selecionar, contratar e remunerar os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares dos estabelecimentos de saúde de natureza pública, sob sua gestão, que ofertam ações de promoção e prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com câncer, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, XI)

XII - apoiar os municípios na educação permanente dos profissionais de saúde a fim de promover a qualificação profissional, desenvolvendo competências e habilidades relacionadas às ações de prevenção, controle e no cuidado às pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, XII)

XIII - garantir a utilização dos critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo Ministério da Saúde para organização e funcionamento dos sistemas de informação sobre o câncer, considerando-se a necessidade de interoperabilidade dos sistemas; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, XIII)

XIV - efetuar o cadastramento dos serviços de saúde sob sua gestão no sistema de informação federal vigente para esse fim e que realizam a atenção à saúde das pessoas com câncer, de acordo com critérios técnicos estabelecidos em portarias específicas do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, XIV)

Art. 24. Às Secretarias Municipais de Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24)

I - pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral da pessoa com câncer, com inclusão de seus termos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP); (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, I)

II - planejar e programar as ações e os serviços necessários para a prevenção e o controle do câncer, assim como o cuidado das pessoas com câncer, considerando-se sua base territorial e as necessidades de saúde locais; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, II)

III - organizar as ações e serviços de atenção para a prevenção e o controle do câncer, assim como o cuidado das pessoas com câncer, considerando-se os serviços disponíveis no município; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, III)

IV - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população e operacionalizar a contratualização dos serviços, quando não existir capacidade instalada no próprio Município; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, IV)

V - pactuar as linhas de cuidado na região de saúde, garantindo a oferta de cuidado às pessoas com câncer nos diferentes pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, V)

VI - pactuar a regulação e o fluxo de usuários entre os serviços da rede de atenção à saúde, visando à garantia da referência e da contrarreferência regionais de acordo com as necessidades de saúde dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, VI)

VII - analisar os dados municipais relativos às ações de prevenção e às ações de serviços prestados às pessoas com câncer produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a otimizar o planejamento das ações locais e a qualificar a atenção das pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, VII)

VIII - selecionar, contratar e remunerar os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares dos estabelecimentos de saúde públicos sobre sua gestão que ofertam ações de promoção e de prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com câncer, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, VIII)

IX - manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde que estão sobre gestão municipal, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, IX)

X - programar ações de qualificação para profissionais e trabalhadores de saúde para o desenvolvimento de competências e de habilidades relacionadas às ações de prevenção e de controle do câncer; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, X)

XI - garantir a utilização dos critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo Ministério da Saúde para organização e funcionamento dos sistemas de informação sobre o câncer, considerando-se a necessidade de interoperabilidade dos sistemas. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, XI)

Art. 25. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal competem as atribuições reservadas às Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 25)

Seção II

Das Responsabilidades das Estruturas Operacionais das Redes de Atenção à Saúde

(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 26. Os pontos de atenção à saúde garantirão tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde, considerando-se que a caracterização desses pontos deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da rede de atenção à saúde, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26)

I - Componente Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I)

a) realizar ações de promoção da saúde com foco nos fatores de proteção relativos ao câncer, tais como alimentação saudável e atividade física, e prevenção de fatores de risco, tais como agentes cancerígenos físicos e químicos presentes no ambiente; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, a)

b) desenvolver ações voltadas aos usuários de tabaco, na perspectiva de reduzir a prevalência de fumantes e os danos relacionados ao tabaco no seu território, conforme o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer ou conforme diretrizes definidas localmente; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, b)

c) avaliar a vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado das pessoas com câncer e realizar atividades educativas, conforme necessidade identificada, ampliando a autonomia dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, c)

d) realizar rastreamento de acordo com os protocolos e as diretrizes federais ou de acordo com protocolos locais, baseado em evidências científicas e na realidade locorregional; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, d)

e) implementar ações de diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e de sintomas suspeitos dos tipos de cânceres passíveis desta ação e o seguimento das pessoas com resultados alterados, de acordo com as diretrizes técnicas vigentes, respeitando-se o que compete a este nível de atenção; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, e)

f) encaminhar oportunamente a pessoa com suspeita de câncer para confirmação diagnóstica; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, f)

g) coordenar e manter o cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados para outros pontos da rede de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, g)

h) registrar as informações referentes às ações de controle de câncer nos sistemas de informação vigentes, quando couber; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, h)

i) realizar atendimento domiciliar e participar no cuidado paliativo às pessoas com câncer, de forma integrada com as equipes de atenção domiciliar e com as UNACON e os CACON, articulada com hospitais locais e com demais pontos de atenção, conforme proposta definida para a região de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, i)

j) desenvolver ações de saúde do trabalhador por meio da capacitação das equipes para registro do histórico ocupacional, tanto a ocupação atual quanto as anteriores, contendo atividades exercidas e a exposição a agentes cancerígenos inerentes ao processo de trabalho, otimizando as ações de vigilância do câncer relacionado ao trabalho. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, j)

II - Componente Atenção Domiciliar: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II)

a) realizar o cuidado paliativo de acordo com as linhas de cuidado locais, compartilhando e apoiando o cuidado com as equipes de atenção básica e articulando com os pontos de atenção especializados de cuidado da pessoa com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, a)

b) atuar com competência cultural, para reconhecimento adequado de valores e funcionamento das famílias atendidas, aliada à humildade cultural, para a ênfase ao respeito dessas mesmas características observadas, em espaço e em tempo tão íntimos que é o evento morte no domicílio; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, b)

c) comunicar-se de forma clara, possibilitando ao paciente e à família a possibilidade de receber todas as informações necessárias e expressar todos os sentimentos; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, c)

d) atingir o maior nível de controle dos sintomas, com ênfase no controle da dor; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, d)

e) preparar paciente e familiares para a morte dentro dos limites de cada um, e proporcionar o máximo alívio do sofrimento; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, e)

f) instrumentalizar cuidadores e familiares para o cuidado paliativo domiciliar; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, f)

g) proporcionar qualidade de vida e dignidade para paciente e familiares, com todo o suporte e segurança possível. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, g)

III - Componente Atenção Especializada: composto por ambulatórios de especialidades, hospitais gerais e hospitais especializados habilitados para a assistência oncológica que devem apoiar e complementar os serviços da atenção básica na investigação diagnóstica, no tratamento do câncer e na atenção às urgências relacionadas às intercorrências e à agudização da doença, garantindo-se, dessa forma, a integralidade do cuidado no âmbito da rede de atenção à saúde, sendo constituído por: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III)

a) Atenção Ambulatorial: composto por conjunto de serviços que caracterizam o segundo nível de atenção, qual seja de média complexidade, e que realizam o atendimento especializado, exames para diagnóstico do câncer, apoio terapêutico e o tratamento de lesões precursoras, com as seguintes responsabilidades: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a)

1. realizar assistência diagnóstica e terapêutica; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a, 1)

2. realizar, sempre que necessário, a contrarreferência dos usuários para a unidade básica de saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a, 2)

3. oferecer apoio técnico às equipes de Atenção Básica e de Atenção Domiciliar com o objetivo de ampliar a resolutividade destes; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a, 3)

4. estabelecer e assegurar o encaminhamento dos usuários, quando indicado, com suspeição ou confirmação diagnóstica de câncer para as UNACON e os CACON. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a, 4)

b) Atenção Hospitalar: composto pelos hospitais habilitados como UNACON e CACON e pelos Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica, onde são oferecidos os tratamentos especializados de alta complexidade e densidade tecnológica para as pessoas com câncer, os quais devem ser estruturados considerando-se os dados epidemiológicos, as lógicas de escala, de escopo e de acesso, respeitando-se a conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde, sendo que: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b)

1. Os hospitais habilitados como UNACON são estruturas hospitalares que realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento dos cânceres mais prevalentes da região de saúde onde está inserido, enquanto as estruturas hospitalares habilitadas como CACON realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento de todos os tipos de câncer, mas não obrigatoriamente dos cânceres raros e infantis, cujas responsabilidades são: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

2. 1. determinar o diagnóstico definitivo, a extensão da neoplasia (estadiamento) e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, quando publicados; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

3. 2. oferecer serviços de cirurgia, radioterapia, quimioterapia, incluindo-se a hormonioterapia, e cuidados paliativos, em nível ambulatorial e de internação, a depender do serviço e da necessidade identificada em cada caso; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

4. 3. registrar as informações de pacientes atendidos com diagnóstico confirmado de câncer nos sistemas de informação vigentes; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

5. 4. realizar ações de pronto-atendimento em oncologia; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

6. 5. ofertar e orientar tecnicamente os cuidados paliativos com assistência ambulatorial, internação e assistência domiciliar, incluindo o controle da dor e o fornecimento de opiáceos, pelo próprio hospital ou articulados e organizados na rede de atenção à saúde a que se integra; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

7. 6. ao CACON, oferecer, obrigatoriamente, tratamento de cirurgia, radioterapia e quimioterapia dentro de sua estrutura hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

8. 7. À UNACON, oferecer minimamente os tratamentos de cirurgia e quimioterapia, porém, neste caso, a unidade hospitalar deve, obrigatoriamente, ter o tratamento de radioterapia referenciado e contratualizado formalmente; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

9. 8. na hipótese das UNACON e dos CACON não oferecerem dentro de sua estrutura hospitalar atendimento de hematologia, oncologia pediátrica, transplante de medula óssea e cuidados paliativos, estes serviços devem ser formalmente referenciados e contratualizados. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

10. os Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica procedem ao tratamento cirúrgico do câncer de forma integrada à rede de atenção à saúde e realizam o encaminhamento, de forma regulada, dos casos operados que necessitam de complementação terapêutica, clínica especializada (radioterapia, iodoterapia ou quimioterapia), devendo, para isso, ter como base os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, quando publicados, sendo que sua estruturação deve considerar dados epidemiológicos (população sob sua responsabilidade, estimativa de incidência e envelhecimento populacional), as lógicas de escala, de escopo e de acesso, respeitando a conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde, cujas responsabilidades são: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

11. 1. determinar o diagnóstico definitivo, a extensão da neoplasia (estadiamento) e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, quando publicados; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

12. 2. oferecer o tratamento cirúrgico do câncer de forma integrada à rede de atenção à saúde e desenvolver ações de cuidado às pessoas com câncer, em especial, na atenção às intercorrências ou agudização da doença; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

13. 3.encaminhar, de forma regulada, os casos que necessitam de complementação terapêutica clínica especializada (radioterapia, iodoterapia ou quimioterapia), devendo, para isso, ter como base os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, quando publicados; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

14. 4.realizar ações de pronto-atendimento em oncologia; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

15. 5.registrar as informações de pacientes atendidos com diagnóstico confirmado de câncer nos sistemas de informação vigentes. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

c) Rede de Urgência e Emergência: responsável por prestar cuidado às pessoas com câncer nas suas agudizações e, sempre que necessário, encaminhá-los para a UNACON ou o CACON responsável por seu cuidado, ou ainda, para o hospital geral de referência, sendo que os usuários que buscarem um serviço de urgência e emergência e, no momento do atendimento, forem diagnosticados com suspeita de câncer devem ter assegurados encaminhamento e, se necessário, transferência para uma UNACON ou um CACON, ou um hospital geral de referência. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, c)

IV - Componentes dos Sistemas de Apoio: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV)

a) realizar exames complementares relativos ao rastreamento, ao diagnóstico e ao tratamento do câncer, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV, a)

b) registrar e inserir os dados pertinentes nos sistemas de informação vigentes; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV, b)

c) participar dos programas de garantia de qualidade dos exames de diagnóstico implantados; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV, c)

d) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento do câncer, de acordo com plano regional de organização das linhas de cuidado dos diversos tipos de câncer e com as regras de incorporação de tecnologias no SUS nos termos da Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV, d)

V - Componente Regulação: responsável pela organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com câncer, com atuação de forma integrada, com garantia da transparência e da equidade no acesso, independente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, V)

VI - Componentes dos Sistemas Logísticos: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VI)

a) realizar o transporte sanitário eletivo para os usuários com câncer, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VI, a)

b) viabilizar e implementar a estrutura necessária para a informatização dos pontos de atenção à saúde por meio de recursos humanos, equipamentos, acesso à internet, entre outras medidas; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VI, b)

c) prever centrais de regulação para o diagnóstico e tratamento do câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VI, c)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300084

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

VII - Componente Governança: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VII)

a) pactuar os planos de ação regionais e locais para a prevenção e o controle do câncer, de acordo com o COAP, cabendo às Comissões Intergestores pactuarem as responsabilidades dos entes federativos; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VII, a)

b) instituir mecanismo de regulação do acesso para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizando a organização da oferta e promovendo a equidade no acesso às ações e aos serviços para a prevenção do câncer e o cuidado ao paciente com câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VII, b)

CAPÍTULO IV

DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO

(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO IV)

Seção I

Das Disposições Gerais

Art. 27. Os parâmetros, as metas e os indicadores para avaliação e monitoramento da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer deverão estar contidos nos instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27)

I - Planos de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, I)

II - Programações Anuais de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, II)

III - Relatórios Anuais de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, III)

§ 1º O planejamento estratégico deverá contemplar ações, metas e indicadores de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos em relação ao câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, § 1º)

§ 2º As necessidades de saúde dos usuários deverão ser incorporadas no processo geral do planejamento das ações de saúde, mediante a utilização dos instrumentos de pactuação do SUS, o qual é um processo dinâmico, contínuo e sistemático de pactuação de prioridades e estratégias de saúde nos âmbitos municipal, regional, estadual e federal, considerando os diversos sujeitos envolvidos neste processo. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, § 2º)

CAPÍTULO V

DA REDE COLABORATIVA PARA QUALIFICAR O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Art. 28. Fica instituído o Comitê de Mobilização Social para o fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º)

§ 1º São atribuições deste Comitê: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 1º)

I - ampliar a discussão relacionada à prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e da mama, difundindo informações e envolvendo a sociedade civil; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 1º, I)

II - contribuir para a mobilização social, com o objetivo de facilitar e promover o fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama; e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 1º, II)

III - contribuir para o fortalecimento do controle social destas ações. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 1º, III)

§ 2º O Comitê de Mobilização Social será composto por representantes das seguintes Instâncias: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º)

I - Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, I)

II - Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, II)

III - Instituto Mulheres pela Assistência Integral à Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (IMAIS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, III)

IV - Confederação das Mulheres do Brasil (CMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, IV)

V - Articulação das Mulheres Brasileiras (AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, V)

VI - Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, VI)

VII - Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, VII)

VIII - Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, VIII)

IX - ONU Mulher; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, IX)

X - Artistas e Intelectuais; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, X)

XI - Secretaria de Políticas da Mulher (SPM); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XI)

XII - Comissão de Saúde do Congresso Nacional; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XII)

XIII - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XIII)

XIV - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XIV)

XV - Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XV-A)

XVI - Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação e Saúde (ANEPS); e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XVI)

XVII - Rede de Educação Popular e Saúde (REDPOP). (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XV-A)

§ 3º A coordenação do Comitê de Mobilização Social será responsabilidade do Gabinete do Ministro, com o apoio técnico e institucional da Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 3º)

§ 4º O Comitê de Mobilização Social se reunirá semestralmente, ou em caráter extraordinário quando solicitado. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 4º)

Art. 29. Fica instituído o Comitê de Especialistas para o fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º)

§ 1º São atribuições deste Comitê: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 1º)

I - contribuir com base em evidências científicas aplicadas à saúde pública para respaldar e aperfeiçoar as diretrizes de ação formuladas. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 1º, I)

§ 2º O Comitê de Especialistas será composto por representantes da academia com atuação nas áreas afins e profissionais de notório saber no tema específico, compromissados com o desenvolvimento das políticas públicas de saúde e vinculados às entidades a seguir relacionadas: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º)

I - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, I)

II - Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, II)

III - Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, III)

IV - Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, IV)

V - Sociedade Brasileira de Cancerologia (SBC/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, V)

VI - Sociedade Brasileira de Citologia Clínica (SBCC); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, VI)

VII - Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBCP/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, VII)

VIII - Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, VIII)

IX - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, IX)

X - Sociedade Brasileira de Patologia (SBP/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, X)

XI - Instituto de Câncer de São Paulo (ICESP - SES/SP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XI)

XII - Instituto Fernandes Figueira (FIOCRUZ/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XII)

XIII - Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XIII)

XIV - Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia do HPV (INCT/HPV); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XIV)

XV - Hospitais do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional (PROADI); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XV)

XVI - Hospital Pérola Byington / Centro de Referência da Mulher (SES/SP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XVI)

XVII - Universidade de Brasília (UNB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XVII)

XVIII - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XVIII)

XIX - Universidade Federal de Goiás (UFG); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XIX)

XX - Universidade Federal de São Paulo (USP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XX)

XXI - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXI)

XXII - Universidade do Estado de São Paulo (USP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXII)

XXIII - Fundação Oncocentro de São Paulo (SES/SP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXIII)

XXIV - Centro Estadual de Oncologia (CICAN/SESAB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXIV)

XXV - Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXV)

XXVI - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXVI)

XXVII - Hospital Amaral Carvalho (Jaú - SP); e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXVII)

XXVIII - Hospital de Câncer de Barretos. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXVIII)

XXIX - Conselho Consultivo do Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (CONSINCA); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XVII) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 135/2013)

XXX - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XVIII) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 135/2013)

XXXI - Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN); e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XIX) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 135/2013)

XXXII - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XX) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 135/2013)

§ 3º O Comitê de Especialistas será vinculado e coordenado pela Secretaria de Atenção à Saúde e deverá reunir-se pelo menos duas vezes ao ano, ou em caráter extraordinário quando solicitado, conforme o tema em pauta. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 3º)

§ 4º Outros especialistas ad hoc poderão ser convidados, quando julgado necessário e conforme o tema em pauta. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 4º)

Art. 30. Fica instituída a Rede Colaborativa para a Qualificação do Diagnóstico e Tratamento das lesões precursoras do Câncer do Colo do Útero com a responsabilidade de articular e promover a implantação de Centros Qualificadores de Ginecologistas para diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer do colo de útero, bem como definir critérios de produção e qualificação para a certificação de serviços de confirmação diagnóstica e de tratamento dessas lesões, entre outras atividades que objetivem aperfeiçoar a linha de cuidado para a prevenção e tratamento do câncer do colo do útero no SUS. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º)

Parágrafo Único. A Rede Colaborativa será coordenada por comissão composta de representantes dos seguintes órgãos: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único)

I - Secretaria de Atenção a Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, I)

II - Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, II)

III - Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, III)

IV - Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC); e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, IV)

V - Instituto de Ginecologia da UFRJ. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, V)

Art. 31. A Secretaria de Atenção a Saúde tomará as devidas providências para a operacionalização do estabelecida neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 4º)

CAPÍTULO VI

DO COMITÊ TÉCNICO ASSESSOR PARA ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DOS CÂNCERES DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA

Art. 32. Fica instituído o Comitê Técnico Assessor para acompanhamento da política de prevenção, diagnóstico e tratamento dos cânceres de colo de útero e de mama. (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 1º)

Art. 33. O referido Comitê terá como atribuição assessorar o Ministério da Saúde na elaboração de políticas, incorporação de novas tecnologias e definição de protocolos. (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 2º)

Art. 34. O Comitê, coordenado pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I)

a) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, a)

1. Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, a, 1)

2. Instituto Nacional de Câncer (INCA). (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, a, 2)

b) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, b)

c) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, c)

d) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, d)

II - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, II)

III - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, III)

IV - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, IV)

V - Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, V)

VI - Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, VI)

VII - Sociedade Brasileira de Patologia (SBP); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, VII)

VIII - Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBC); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, VIII)

IX - Sociedade Brasileira de Cancerologia; e (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, IX)

X - Instituições e especialistas na área de oncologia e saúde da mulher convidados pela coordenação. (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, X)

CAPÍTULO VII

DO PRIMEIRO TRATAMENTO DO PACIENTE COM NEOPLASIA MALIGNA COMPROVADA, NO ÂMBITO DO SUS

Art. 35. Este Capítulo dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na forma do art. 49. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 1º)

Art. 36. Considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna comprovada com: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º)

I - a realização de terapia cirúrgica; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º, I)

II - o início de radioterapia; ou (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º, II)

III - o início de quimioterapia. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. Os pacientes sem indicação das terapêuticas antitumorais descritas nos incisos I a III do "caput" terão acesso a cuidados paliativos, incluindo-se entre estes o controle da dor crônica, conforme protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 37. O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1220/2014)

§ 1º O prazo previsto no "caput" poderá ser reduzido por profissional médico responsável, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Não se aplica o prazo previsto no "caput" aos seguintes casos de neoplasia maligna: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 2º)

I - câncer não melanótico de pele dos tipos basocelular e espinocelular; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 2º, I)

II - câncer de tireoide sem fatores clínicos pré-operatórios prognósticos de alto risco; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 2º, II)

III - casos sem indicação de tratamento descritos no art. 36. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 2º, III)

§ 3º Os casos de neoplasia maligna especificados no art. 37, § 2º observarão protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e notas técnicas justificativas publicadas pelo Ministério da Saúde e disponibilizadas por meio dos endereços eletrônicos http://www.saude.gov.br e http://www.inca.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 3º)

Art. 38. Para efetivação do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, observar-se-á o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 4º)

I - atendimento do paciente no SUS; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 4º, I)

II - registro do resultado do laudo patológico no prontuário do paciente no serviço do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 4º, II)

III - encaminhamento para unidade de referência para tratamento oncológico, incluindo-se a realização do plano terapêutico estabelecido entre a pessoa com câncer, o médico responsável e a equipe de saúde. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 4º, III)

Art. 39. Cabe aos serviços de saúde dos diferentes níveis de atenção observar o fluxo disposto no art. 38 e prestar assistência adequada e oportuna aos usuários com diagnóstico comprovado de neoplasia maligna de acordo com as responsabilidades descritas na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 5º)

Art. 40. O médico e/ou equipe de saúde registrará no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), além de outros dados, as seguintes datas: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º)

I - em que foi firmado o diagnóstico de neoplasia maligna em laudo patológico; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º, I)

II - de registro do exame no prontuário do paciente; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º, II)

III - do primeiro tratamento conforme o art. 37. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º, III)

Parágrafo Único. A data de que trata o inciso III do "caput" será registrada pelo serviço de saúde para o qual o paciente foi referenciado, após a efetiva realização do primeiro tratamento contra a neoplasia maligna comprovada. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 41. Compete aos Estados, Distrito Federal e Municípios organizar a assistência oncológica e definir fluxos de referência para atendimento dos usuários comprovadamente diagnosticados com neoplasia maligna para o cumprimento do disposto neste Capítulo e em consonância com a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 7º)

Parágrafo Único. No caso de encaminhamento do usuário para serviços de saúde situados em outro ente federado ou região de saúde, o fluxo de referência de que trata o "caput" será pactuado previamente na respectiva Comissão Intergestores e divulgado para todos os serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 42. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º)

I - prestar apoio e cooperar tecnicamente com os gestores dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para organização dos serviços de saúde a fim de cumprir o disposto neste Capítulo; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, I)

II - garantir o financiamento para o tratamento do câncer, nos moldes das pactuações vigentes, de acordo com as suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, II)

III - elaborar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionadas ao tratamento de neoplasias malignas; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, III)

IV - definir diretrizes para a organização das linhas de cuidado na prevenção e controle do câncer; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, IV)

V - monitorar o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias de que trata o art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, e tomar as providências cabíveis, quando necessário, de acordo com as suas responsabilidades. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, V)

§ 1º Fica criada Comissão de Monitoramento e Avaliação do cumprimento da Lei nº 12.732, de 2012, de caráter permanente, composta por representantes, um titular e um suplente, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º)

I - da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, I)

a) do Departamento de Articulação de Redes (DARAS/SAS/MS), que a coordenará; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, I, a)

b) do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, I, b)

II - da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS): (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, II)

a) do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI/SGEP/MS); e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, II, a)

b) do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/SGEP/MS). (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, II, b)

III - da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, III)

IV - da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, IV)

§ 2º Os representantes titulares e os respectivos suplentes serão indicados pelos dirigentes máximos dos respectivos órgãos e entidades à coordenação da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 2º)

§ 3º A Comissão de Monitoramento e Avaliação poderá convocar servidores das unidades do Ministério da Saúde e da ANVISA para o cumprimento de suas finalidades institucionais. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 3º)

§ 4º Compete à Comissão de Monitoramento e Avaliação: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º)

I - garantir o cumprimento do disposto nos incisos I a V do "caput"; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, I)

II - acompanhar o processo de implantação do SISCAN em território nacional; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, II)

III - acompanhar a elaboração e a execução dos planos regionais dos Estados; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, III)

IV - constituir forças-tarefas específicas, quando necessário, para execução de atividades relacionadas ao cumprimento das competências previstas neste parágrafo; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, IV)

V - realizar outras medidas necessárias para a implementação do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, V)

Art. 43. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º)

I - definir estratégias de articulação com as direções municipais do SUS com vistas à elaboração de planos regionais; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, I)

II - realizar o diagnóstico da capacidade instalada com vistas a identificar os espaços territoriais sem serviços de saúde especializados em oncologia; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, II)

III - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população, operacionalizar a contratualização dos mesmos, quando estiver no seu âmbito de gestão, e pactuar na respectiva Comissão Intergestores; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, III)

IV - pactuar regionalmente, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), todas as ações e os serviços necessários para a prevenção e controle do câncer; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, IV)

V - promover o apoio necessário à organização da prevenção e controle do câncer nos Municípios; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, V)

VI - garantir e monitorar o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias de que trata o art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, e tomar as providências cabíveis, quando necessário, de acordo com suas responsabilidades. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, VI)

Art. 44. Compete às Secretarias Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 10)

I - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população, operacionalizar a contratualização dos mesmos e pactuar na respectiva Comissão Intergestores quando não existir capacidade instalada no próprio Município; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 10, I)

II - pactuar regionalmente, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), todas as ações e os serviços necessários para a prevenção e controle do câncer; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 10, II)

III - garantir e monitorar o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias de que trata o art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, e tomar as providências cabíveis, quando necessário, de acordo com suas responsabilidades. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 10, III)

Art. 45. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 11)

Art. 46. Compete aos laboratórios públicos e conveniados ao SUS que realizam exame citopatológico ou histopatológico disponibilizar o laudo para: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 12)

I - o usuário ou seu representante legal; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 12, I)

II - o médico responsável pela solicitação; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 12, II)

III - a unidade de saúde solicitante. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 12, III)

Art. 47. A solicitação de exame citopatológico ou histopatológico conterá, obrigatoriamente, as informações descritas no modelo de prontuário disponível no seguinte endereço eletrônico: www.saude.gov.br/sas, observado o disposto no art. 49. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 13)

Parágrafo Único. As informações exigidas nos termos deste artigo não substituem as informações obrigatórias dos formulários já padronizados no âmbito do SUS de solicitação de exame citopatológico ou histopatológico em caso de suspeita de neoplasia maligna do colo do útero ou de mama. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 48. Os Estados que possuírem grandes espaços territoriais sem serviços especializados em oncologia elaborarão planos regionais mediante pactuação prévia no âmbito das respectivas Comissões Intergestores Bipartites e, se houver, Comissões Intergestores Regionais para superar essa situação, com posterior envio à Comissão Intergestores Tripartite para conhecimento, a fim de garantir a assistência integral à pessoa com câncer. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 14)

Parágrafo Único. Os Estados e os Municípios não estão eximidos de cumprir o prazo de 60 (sessenta) dias estabelecido no art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, durante o tempo em que os planos regionais não estiverem efetivamente implantados e deverão, portanto, garantir o tratamento adequado e oportuno por meio de serviços de referência. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 49. A solicitação de exame citopatológico ou histopatológico conterá, obrigatoriamente, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º)

I - da unidade de saúde requisitante: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, I)

a) nome; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, I, a)

b) código do Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, I, b)

II - do paciente: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II)

a) nome completo; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II, a)

b) data de nascimento; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II, b)

c) nome completo da mãe; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II, c)

d) número do cartão SUS. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II, d)

III - dados do caso: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III)

a) tipo de exame solicitado; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, a)

b) localização da lesão; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, b)

c) acometimento de linfonodos; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, c)

d) procedência do material enviado; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, d)

e) tipo de tratamento anterior, se realizado. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, e)

IV - do médico requisitante: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, IV)

a) nome completo; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, IV, a)

b) número de inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM); e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, IV, b)

c) data da requisição do exame. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, IV, c)

CAPÍTULO VIII

DO FINANCIAMENTO

(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO V)

Art. 50. Além dos recursos dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, fica facultado aos gestores de saúde utilizar outras fontes de financiamento, como: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28)

I - ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde privados, dos valores gastos nos serviços prestados aos seus segurados, em decorrência de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos em relação ao câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, I)

II - repasse de recursos advindos de contribuições para a seguridade social; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, II)

III - criação de fundos especiais; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, III)

IV - parcerias com organismos nacionais e internacionais para financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos usuários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, IV)

Parágrafo Único. Além das fontes de financiamento previstas neste artigo, poderão ser pactuados, nas instâncias intergestores, incentivos específicos para as ações de promoção, prevenção e recuperação dos usuários em relação ao câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, Parágrafo Único)

CAPÍTULO IX

DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO VI)

Art. 51. As instâncias gestoras do SUS, Comissão Inter-

gestores Tripartite (CIT), CIB e CIR pactuarão as responsabilidades dos entes federativos nas suas respectivas linhas de cuidado que compõem a Política Nacional para o Controle do Câncer, de acordo com as características demográficas e epidemiológicas e o desenvolvimento econômico-financeiro das regiões de saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 29)

Parágrafo Único. A organização dos critérios das linhas de cuidado priorizadas e de seus componentes será objeto de normas específicas pactuadas na CIT e posteriormente publicadas pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 29, Parágrafo Único)

Art. 52. Compete ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias, e do INCA/SAS/MS, a estruturação e implementação da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 30)

Anexo X

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (Origem: PRT MS/GM 1130/2015)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 1º)

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A PNAISC tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 2º)

Art. 3º Para fins da PNAISC, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 3º)

I - criança: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 9 (nove) anos, ou seja, de 0 (zero) até completar 10 (dez) anos ou 120 (cento e vinte) meses; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 3º, I)

II - primeira infância: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 5 (cinco) anos, ou seja, de 0 (zero) até completar 6 (seis) meses ou 72 (setenta e dois) meses. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 3º, II)

Parágrafo Único. Para fins de atendimento em serviços de pediatria no SUS, a PNAISC contemplará crianças e adolescentes até a idade de 15 (quinze) anos, ou seja, de 0 (zero) até completar 16 (dezesseis) anos ou 192 (cento e noventa e dois) meses, sendo este limite etário passível de alteração de acordo com as normas e rotinas do estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º A PNAISC é orientada pelos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º)

I - direito à vida e à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, I)

II - prioridade absoluta da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, II)

III - acesso universal à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, III)

IV - integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, IV)

V - equidade em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, V)

VI - ambiente facilitador à vida; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, VI)

VII - humanização da atenção; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, VII)

VIII - gestão participativa e controle social. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, VIII)

Art. 5º A PNAISC possui as seguintes diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas para crianças: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º)

I - gestão interfederativa das ações de saúde da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, I)

II - organização das ações e serviços na rede de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, II)

III - promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, III)

IV - fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, IV)

V - qualificação da força de trabalho do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, V)

VI - planejamento e desenvolvimento de ações; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, VI)

VII - incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, VII)

VIII - monitoramento e avaliação; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, VIII)

IX - intersetorialidade. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, IX)

Art. 6º A PNAISC se estrutura em 7 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças, a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º)

I - atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, I)

II - aleitamento materno e alimentação complementar saudável: estratégia ancorada na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, iniciando na gestação, considerando-se as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, bem como a importância de estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, II)

III - promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do "Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)", pela atenção básica à saúde, conforme as orientações da "Caderneta de Saúde da Criança", incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, III)

IV - atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas: consiste em estratégia para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, IV)

V - atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz: consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, V)

VI - atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade: consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrassetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, VI)

VII - vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno: consiste na contribuição para o monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal e possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, VII)

Art. 7º São ações estratégicas do eixo de atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º)

I - a prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, I)

II - a atenção humanizada e qualificada ao parto e ao recém-nascido no momento do nascimento, com capacitação dos profissionais de enfermagem e médicos para prevenção da asfixia neonatal e das parteiras tradicionais; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, II)

III - a atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e debaixo peso, com a utilização do "Método Canguru", conforme Anexo 1; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, III)

IV - a qualificação da atenção neonatal na rede de saúde materna, neonatal e infantil, com especial atenção aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves, internados em Unidade Neonatal, com cuidado progressivo entre a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, IV)

V - a alta qualificada do recém-nascido da maternidade, com vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Básica, de forma precoce, para continuidade do cuidado, a exemplo da estratégia do "5º Dia de Saúde Integral", que se traduz em um conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas para a mãe e bebê pela Atenção Básica à Saúde no primeiro contato após a alta da maternidade; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, V)

VI - o seguimento do recém-nascido de risco, após a alta da maternidade, de forma compartilhada entre a Atenção Especializada e a Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, VI)

VII - as triagens neonatais universais. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, VII)

Art. 8º São ações estratégicas do eixo de aleitamento materno e alimentação complementar saudável: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º)

I - a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, I)

II - a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, II)

III - a Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, III)

IV - a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, IV)

V - a implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras (NBCAL); e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, V)

VI - a mobilização social em aleitamento materno. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, VI)

Parágrafo Único. Os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) estão indicados no Anexo 2.(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 1º)

Art. 9º São ações estratégicas do eixo de promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º)

I - a disponibilização da "Caderneta de Saúde da Criança", com atualização periódica de seu conteúdo, conforme Anexo 3; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º, I)

II - a qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância pela Atenção Básica à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º, II)

III - o Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º, III)

IV - o apoio à implementação do Plano Nacional pela Primeira Infância. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º, IV)

Art. 10. São ações estratégicas do eixo de atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 10)

I - a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 10, I)

II - a construção de diretrizes de atenção e linhas de cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 10, II)

III - o fomento da atenção e internação domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 10, III)

Art. 11. São ações estratégicas do eixo de atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11)

I - o fomento à organização e qualificação dos serviços especializados para atenção integral a crianças e suas famílias em situação de violência sexual; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11, I)

II - a implementação da "Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência"; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11, II)

III - a articulação de ações intrassetoriais e intersetoriais de prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura de paz; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11, III)

IV - o apoio à implementação de protocolos, planos e outros compromissos sobre o enfrentamento às violações de direitos da criança pactuados com instituições governamentais e não governamentais, que compõem o Sistema de Garantia de Direitos. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11, IV)

§ 1º Estabelecer que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do Sistema único de Saúde - SUS deverão notificar, ao Conselho Tutelar da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por elas atendidos. (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Art. 1º)

§ 2º Definir que a notificação de que trata o § 1º deverá ser feita mediante a utilização de formulário próprio, constante do Anexo 2 do Anexo X , observadas as instruções e cautelas nele indicadas para seu preenchimento, que deverá ser preenchido em duas vias, sendo a primeira encaminhada ao Conselho Tutelar e a segunda anexada à Ficha de Atendimento ou Prontuário do paciente atendido, para os encaminhamentos necessários ao serviço. (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Art. 2º, Parágrafo Único) (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Art. 3º) (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Art. 2º)

Art. 12. São ações estratégicas do eixo de atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 12)

I - a articulação e intensificação de ações para inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, do campo, das águas e da floresta, e crianças em situação de rua, entre outras, nas redes temáticas; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 12, I)

II - o apoio à implementação do protocolo nacional para a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de risco e desastres; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 12, II)

III - o apoio à implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 12, III)

Art. 13. Os comitês de vigilância do óbito materno, fetal e infantil em âmbito local são ações estratégicas do eixo de vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 13)

Art. 14. A PNAISC se organiza a partir da Rede de Atenção à Saúde e de seus eixos estratégicos, mediante a articulação das ações e serviços de saúde disponíveis nas redes temáticas, em especial aquelas desenvolvidas na rede de saúde materna neonatal e infantil e na atenção básica, esta como coordenadora do cuidado no território. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 14)

Art. 15. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15)

I - articular e apoiar a implementação da PNAISC, em parceria com os gestores estaduais e municipais de saúde, o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Nacional de Saúde, considerando as prioridades e as especificidades regionais, estaduais e municipais; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, I)

II - desenvolver ações de mobilização social, informação, educação, comunicação, visando a divulgação da PNAISC e a implementação das ações de atenção integral à saúde da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, II)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300087

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

III - propor diretrizes, normas, linhas de cuidado e metodologias específicas necessárias à implementação da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, III)

IV - prestar assessoria técnica e apoio institucional aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de implementação de atenção integral à saúde da criança nas regiões de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, IV)

V - promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, V)

VI - fomentar a qualificação de serviços como centros de apoio e formação em boas práticas em saúde da criança, visando à troca de experiências e de conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, VI)

VII - monitorar e avaliar os indicadores e as metas nacionais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Nacional de Saúde e em outros instrumentos de gestão; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, VII)

VIII - apoiar e fomentar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, VIII)

IX - promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, IX)

X - estimular, apoiar e participar do processo de discussão sobre as ações de atenção integral à saúde da criança nas redes temáticas de atenção à saúde, com os setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, X)

XI - designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos nacionais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, XI)

Art. 16. Compete às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16)

I - coordenar a implementação da PNAISC no âmbito do seu território, respeitando as diretrizes do Ministério da Saúde e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as prioridades e especificidades locorregionais e articular, em parceria com os gestores municipais de saúde, o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, I)

II - desenvolver ações de mobilização social, informação, educação, comunicação, no âmbito estadual e distrital, visando a divulgação da PNAISC e a implementação das ações de atenção integral à saúde da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, II)

III - prestar assessoria técnica e apoio institucional aos municípios e às regiões de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de atenção integral à saúde da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, III)

IV - promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, se necessário em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no âmbito estadual, distrital e municipal, no que couber; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, IV)

V - monitorar e avaliar os indicadores e as metas estaduais e distritais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Estadual de Saúde e em outros instrumentos de gestão; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, V)

VI - promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, VI)

VII - estimular, apoiar e participar do processo de discussão sobre as ações de atenção integral à saúde da criança nas redes temáticas de atenção à saúde, com os setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, VII)

VIII - designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos estaduais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, VIII)

Art. 17. Compete às Secretarias de Saúde dos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17)

I - implantar/implementar a PNAISC, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as prioridades e especificidades locais e articular o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Municipal de Saúde, e no Planejamento Regional; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, I)

II - promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, se necessário em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no âmbito municipal, no que couber; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, II)

III - monitorar e avaliar os indicadores e as metas municipais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e em outros instrumentos de gestão e no Planejamento Regional e alimentar os sistemas de informação da saúde, de forma contínua, com dados produzidos no sistema local de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, III)

IV - promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, IV)

V - fortalecer a participação e o controle social no planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de atenção integral à saúde da criança; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, V)

VI - designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos municipais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, VI)

Art. 18. O financiamento da PNAISC é de responsabilidade tripartite, de acordo com pactuação nas instâncias colegiadas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 18)

Art. 19. O processo de monitoramento e avaliação da PNAISC ocorrerá de acordo com as pactuações realizadas nas instâncias colegiadas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 19)

Parágrafo Único. O monitoramento e a avaliação deverão considerar os indicadores de atenção à saúde da criança, estabelecidos nos instrumentos de gestão do SUS, em âmbito federal, estadual, do Distrito Federal e municipal. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 20. A PNAISC contará com documento orientador para sua implementação a ser disponibilizado pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) no endereço eletrônico www.saude.gov.br/crianca. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 20)

TÍTULO II

DO MÉTODO CANGURU

Art. 21. Fica aprovada a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. (Origem: PRT MS/GM 1683/2007, Art. 1º)

TÍTULO III

DOS CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (IHAC)

Art. 22. Os Hospitais Amigos da Criança adotarão ações educativas articuladas com a Atenção Básica, de modo a informar à mulher sobre a assistência que lhe é devida, do pré-natal ao puerpério, visando ao estímulo das "Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento", na forma da Recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) no Atendimento ao Parto Normal. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 4º)

Parágrafo Único. Dentre as ações referidas no "caput", os Hospitais Amigos da Criança garantirão a vinculação da gestante, no último trimestre de gestação, ao estabelecimento hospitalar em que será realizado o parto. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 23. Os Hospitais Amigos da Criança assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na Atenção Básica, bem como o acesso a outros serviços e grupos de apoio à amamentação, após a alta. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 5º)

CAPÍTULO I

DAS RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERATIVOS PELA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA IHAC

(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO II)

Art. 24. Para gerenciar a implantação e a implementação da IHAC, no âmbito do SUS, ficam estabelecidas as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º)

I - ao Ministério da Saúde (MS) compete: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I)

a) propor normas e promover condições que qualifiquem os Recursos Humanos para a condução dos processos operacionais e fluxos da IHAC; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, a)

b) estabelecer diretrizes para habilitação dos Hospitais Amigos da Criança; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, b)

c) realizar as avaliações globais dos estabelecimentos de saúde para serem habilitados à IHAC; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, c)

d) publicar atos normativos para habilitação do estabelecimento de saúde na IHAC, bem como para definição do repasse financeiro decorrente desta habilitação; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, d)

e) entregar a placa de Hospital Amigo da Criança em solenidade oficial, recomendando-se a participação de 1 (um) representante do Ministério da Saúde, 1 (um) representante do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 1 (um) representante da Secretaria de Saúde do Estado e 1 (um) representante da Secretaria Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, e)

f) monitorar e avaliar permanentemente a estratégia IHAC no País; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, f)

g) garantir a manutenção do sistema de informação "web" (SISIHAC) para coleta e gerenciamento de dados; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, g)

h) instituir a formação de 5 (cinco) polos de referência no País, com o objetivo de atuar nas atividades relacionadas à IHAC, no âmbito de cada unidade federativa da sua área de abrangência, em concordância com os critérios deste Título. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, h)

II - à Secretaria de Saúde dos Estados compete: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II)

a) coordenar a IHAC no âmbito estadual, cumprindo as exigências deste Título; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, a)

b) apoiar as Secretarias Municipais de Saúde para habilitação e manutenção dos Hospitais Amigos da Criança dos seus Municípios; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, b)

c) disponibilizar profissionais para serem formados como avaliadores da IHAC pelo Ministério da Saúde e para os processos de apoio e avaliação dos estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, c)

d) promover e organizar solenidade oficial para a entrega da placa IHAC, conjuntamente com a Secretaria de Saúde do Município; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, d)

e) zelar pela continuidade das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno dos Hospitais Amigos da Criança localizados em seu território; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, e)

f) informar à Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) os Hospitais Amigos da Criança que não estiverem em funcionamento; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, f)

g) solicitar ao Ministério da Saúde o descredenciamento de hospital desativado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, g)

III - à Secretaria de Saúde dos Municípios compete: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III)

a) coordenar a IHAC, no âmbito municipal, cumprindo as exigências deste Título; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, a)

b) participar, junto à Secretarial de Saúde dos Estados, do apoio à formação dos recursos humanos e à habilitação e manutenção dos Hospitais Amigos da Criança no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, b)

c) promover e organizar a solenidade oficial para a entrega da placa IHAC, conjuntamente com a Secretaria de Saúde do Estado; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, c)

d) zelar pela continuidade das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno dos Hospitais Amigos da Criança localizados em seu território; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, d)

e) informar à Secretaria de Saúde dos Estados os Hospitais Amigos da Criança que não estiverem em funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, e)

Parágrafo Único. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal compete os direitos e as atribuições reservadas às Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II

DA HABILITAÇÃO À IHAC

(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO III)

Art. 25. Para serem habilitados à IHAC pelo código 14.16, os estabelecimentos de saúde públicos e privados deverão atender aos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º)

I - cumprir os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", propostos pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), assim definidos: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I)

a) passo 1: ter uma Política de Aleitamento Materno, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, a)

b) passo 2: capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta Política; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, b)

c) passo 3: informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, c)

d) passo 4: ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, conforme nova interpretação, e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, d)

e) passo 5: mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, e)

f) passo 6: não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, f)

g) passo 7: praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, g)

h) passo 8: incentivar o aleitamento materno sob livre demanda; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, h)

i) passo 9: não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, i)

j) passo 10: promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos quando da alta da maternidade, conforme nova interpretação, e encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, j)

II - cumprir a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL); (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, II)

III - garantir permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 (vinte e quatro) horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal, devendo o estabelecimento de saúde ter normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, III)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300088

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

IV - cumprir o critério global Cuidado Amigo da Mulher, que requer as seguintes práticas: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV)

a) garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, a)

b) ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, b)

c) incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, c)

d) garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, d)

e) disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, e)

f) assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, f)

g) caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, g)

Parágrafo Único. O critério global Cuidado Amigo da Mulher deverá estar contido em normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 26. Os estabelecimento de saúde públicos e privados interessados em se habilitarem à IHAC, além de cumprirem as exigências do art. 25, deverão: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º)

I - apresentar requerimento por meio do endereço eletrônico www.saude.gov.br/crianca e preencher os formulários que estarão disponíveis no sistema de informação do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, I)

II - realizar autoavaliação na qual o estabelecimento de saúde preencherá o questionário disponível no sistema de informação do Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/crianca, que será analisado pela Coordenação Estadual de Saúde da Criança e Aleitamento Materno ou órgão equivalente na Secretaria de Saúde dos Estados e dará continuidade ao processo de habilitação; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, II)

III - submeter-se à pré-avaliação realizada por avaliadores da IHAC no âmbito estadual; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, III)

IV - submeter-se à Avaliação Global a ser realizada por avaliadores da IHAC coordenada pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, IV)

§ 1º Na hipótese do inciso I do "caput", caso o estabelecimento de saúde não consiga acessar o sistema de informação do Ministério da Saúde, então poderá solicitar e apresentar os formulários de forma física às secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Constatado na autoavaliação o cumprimento dos critérios exigidos, será realizada a pré-avaliação por 1 (um) ou 2 (dois) avaliadores da IHAC, indicados pela Secretaria Estadual de Saúde, mediante instrumento padronizado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 2º)

§ 3º A Secretaria Estadual de Saúde ficará responsável pelo deslocamento do avaliador para realizar a pré-avaliação em qualquer município do estado, devendo custear o deslocamento e a hospedagem do avaliador no Município durante a realização da pré-avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 3º)

§ 4º Ao final do processo de pré-avaliação, caso o estabelecimento de saúde não atenda integralmente aos critérios descritos neste Título, a Secretaria Estadual de Saúde estabelecerá o prazo máximo de 90 (noventa) dias para realização de nova pré-avaliação, antes do início de novo processo de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 4º)

§ 5º A partir da comprovação do cumprimento dos critérios da IHAC na pré-avaliação, o Coordenador Estadual de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, ou órgão equivalente, solicitará a Avaliação Global ao Ministério da Saúde, por meio da CGSCAM/DAPES/SAS/MS, para dar continuidade ao processo de habilitação como Hospital Amigo da Criança. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 5º)

§ 6º A Avaliação Global analisará os critérios descritos neste Título e será realizada por 2 (dois) avaliadores credenciados e designados pela CGSCAM/DAPES/SAS/MS, sendo 1 (um) do próprio Estado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 6º)

§ 7º Os resultados da Avaliação Global deverão ser lançados no sistema de informação do Ministério da Saúde pelos avaliadores responsáveis. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 7º)

§ 8º Durante o processo da Avaliação Global, o Ministério da Saúde se responsabilizará pelo custeio do deslocamento e hospedagem do avaliador indicado pelo Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde ficará responsável pelo custo de deslocamento e hospedagem de seu respectivo avaliador. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 8º)

§ 9º O estabelecimento de saúde que, por ocasião da Avaliação Global, não atender integralmente aos critérios estabelecidos neste Título, terá o prazo de 6 (seis) meses para fazer as adequações necessárias e solicitar à Secretaria Estadual de Saúde nova Avaliação Global. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 9º)

§ 10. Na nova avaliação referida no art. 26, § 9º , serão avaliados apenas os critérios não cumpridos na primeira Avaliação Global, caso a segunda ocorra dentro do período de 6 (seis) meses da realização desta. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 10)

§ 11. Ultrapassado o período descrito no art. 26, § 10, deverá ser feita nova Avaliação Global, com análise de todos os critérios de habilitação à IHAC. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 11)

§ 12. Ao final da Avaliação Global, os avaliadores informarão ao gestor do estabelecimento de saúde ou equivalente sobre o resultado preliminar da avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 12)

Art. 27. Cumpridas satisfatoriamente as exigências e procedimentos descritos nos arts. 25 e 26 do Anexo X , o Ministro de Estado da Saúde editará ato específico de habilitação do estabelecimento de saúde à IHAC. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 9º)

§ 1º O estabelecimento de saúde habilitado receberá a placa da "Iniciativa Hospital Amigo da Criança". (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º A habilitação do estabelecimento de saúde à IHAC terá validade de 3 (três) anos, devendo ser registrada no Selo de Certificação afixado à placa referida no art. 27, § 1º . (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 9º, § 2º)

§ 3º Compete à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS) manter os sistemas de informação atualizados com as habilitações aprovadas. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 9º, § 3º)

CAPÍTULO III

DO MONITORAMENTO

(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 28. Os estabelecimentos de saúde habilitados à IHAC deverão submeter-se anualmente à autoavaliação constante no sistema de informação do Ministério da Saúde, com o apoio das secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 10)

§ 1º A liberação do sistema de informação do Ministério da Saúde para inserção dos dados do monitoramento anual será de competência do Ministério da Saúde e ficará disponível do primeiro ao último dia útil do ano, podendo o estabelecimento de saúde preencher o questionário de autoavaliação no período que considerar mais adequado ou quando completar 1 (um) ano após a habilitação na IHAC. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 10, § 1º)

§ 2º O sistema de informação do Ministério da Saúde será fechado no último dia de cada ano e o balanço dos dados informados será finalizado no último dia do mês de janeiro do ano subsequente, quando será divulgado pelo Ministério da Saúde às Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde e aos Hospitais Amigos da Criança do País. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 10, § 2º)

CAPÍTULO IV

DA REAVALIAÇÃO TRIENAL

(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO V)

Art. 29. A cada 3 (três) anos os estabelecimentos de saúde habilitados à IHAC serão reavaliados, de forma presencial, pelas secretarias de saúde dos estados ou do Distrito Federal, ou, ainda, a qualquer tempo, em virtude de denúncia de irregularidades. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11)

§ 1º Para a realização das reavaliações de que trata o "caput", a Secretária de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal designará 2 (dois) avaliadores, que não poderão manter qualquer vínculo com o estabelecimento de saúde a ser avaliado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 1º)

§ 2º Os avaliadores responsáveis deverão, ao final da reavaliação trienal, informar ao gestor do estabelecimento de saúde ou equivalente, em reunião com toda a equipe, o resultado preliminar. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 2º)

§ 3º A partir do resultado final da reavaliação trienal, os avaliadores deverão registrar os respectivos dados no sistema de informação do Ministério da Saúde, onde serão disponibilizados às secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde e ao estabelecimento de saúde reavaliado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 3º)

§ 4º Constatado, por ocasião da reavaliação de que trata o "caput", que o estabelecimento de saúde não cumpre os critérios deste Título, ser-lhe-á concedido o prazo de até 6 (seis) meses para fazer as adequações necessárias e submeter-se a nova reavaliação acerca dos critérios não cumpridos. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 4º)

§ 5º Se, por ocasião da nova reavaliação, os critérios ainda não estiverem sendo cumpridos na íntegra, mas forem constatados progressos, o estabelecimento de saúde terá o prazo de até 3 (três) meses para realizar as adequações e ser novamente reavaliado pela Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 5º)

§ 6º Os resultados da reavaliação promovida pela Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal serão comunicados à CGSCAM/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 6º)

§ 7º Na hipótese de o estabelecimento de saúde continuar não cumprindo os critérios deste Título, a CGSCAM/DAPES/SAS/MS indicará e enviará um avaliador para uma última reavaliação do mesmo. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 7º)

§ 8º Caso o estabelecimento de saúde não seja aprovado na última reavaliação, será automaticamente desabilitado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 8º)

§ 9º Os estabelecimentos de saúde aprovados na reavaliação receberão selo de renovação da habilitação para o próximo período trienal. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 9º)

§ 10. A Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal ficará responsável pelo deslocamento dos avaliadores para realizarem as reavaliações em qualquer município do estado, devendo custear o deslocamento e a hospedagem do avaliador no município durante a realização da reavaliação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 10)

CAPÍTULO V

DA DESABILITAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE À IHAC

(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO VI)

Art. 30. Serão desabilitados da IHAC os estabelecimentos de saúde que estejam nas seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12)

I - não for avaliado pela Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal por 2 (dois) períodos de reavaliação trienal consecutivos; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, I)

II - não cumprirem os critérios nas reavaliações trienais; ou (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, II)

III - não realizarem a autoavaliação por 2 (dois) anos consecutivos. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, III)

§ 1º A desabilitação será feita mediante edição de ato específico do Ministro de Estado da Saúde, revogando-se o ato anterior de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, § 1º)

§ 2º O estabelecimento será notificado para, no prazo de 30 (trinta) dias após a sua desabilitação, devolver a placa da "Iniciativa Hospital Amigo da Criança" à CGSCAM/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, § 2º)

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO VII)

Art. 31. A CGSCAM/DAPES/SAS/MS atualizará, periodicamente, os manuais instrutivos disponibilizados no endereço eletrônico www.saude.gov.br/crianca, com detalhamento dos processos de avaliação e monitoramento. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 15)

Art. 32. A ouvidoria ativa do Ministério da Saúde será um dos instrumentos para direcionar à CGSCAM/DAPES/SAS/MS eventuais denúncias de irregularidades em face das boas práticas da IHAC. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 16)

TÍTULO IV

DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Art. 33. Fica disponibilizada gratuitamente a "Caderneta de Saúde da Criança" a todas as crianças nascidas em território nacional, contendo a Informação Básica Comum estabelecida pela Resolução MERCOSUL/GMC nº 04/05. (Origem: PRT MS/GM 1058/2005, Art. 1º)

Art. 34. As cadernetas serão distribuídas aos municípios, anualmente, em quantidade suficiente para a disponibilização a todas as crianças nascidas vivas, em maternidades públicas ou privadas, naquele ano, conforme estimativa estabelecida a partir do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), por local de ocorrência. (Origem: PRT MS/GM 1058/2005, Art. 2º)

Art. 35. Toda caderneta de saúde destinada à criança, disponível no País, deverá adequar-se ao disposto na Resolução MERCOSUL/GMC Nº 04/05. (Origem: PRT MS/GM 1058/2005, Art. 3º)

Art. 36. Ficam aprovados a Resolução Mercosul/GMC nº 04/05 e seu anexo, na forma do Anexo 6 do Anexo X e do Anexo 7 do Anexo X intitulado "Informação Básica Comum para a Caderneta de Saúde da Criança". (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Art. 1º)

Art. 37. O Ministério da Saúde expedirá os atos normativos necessários para dar cumprimento à Resolução citada por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Art. 2º)

TÍTULO V

DO COMITÊ NACIONAL DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E NEONATAL

Art. 38. Institui o Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 1º)

Art. 39. Fica definida a composição do Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, com os seguintes representantes: (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º)

I - 1 (um) representante da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, I)

II - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, V)

VI - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, VI)

VII - 1 (um) representante do Conselho Federal de Medicina (CFM); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, VII)

VIII - 1 (um) representante do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, IX)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300089

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

X - 1 (um) representante da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, X)

XI - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, XI)

XII - 1 (um) representante do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA); e (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, XII)

XIII - 1 (um) representante da Pastoral da Criança. (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, XIII)

Art. 40. Compete ao Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal: (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º)

I - estimular a investigação dos óbitos infantis e fetais pelas equipes de saúde, segundo critérios definidos, preferencialmente com a participação integrada dos profissionais da vigilância epidemiológica e da área de assistência em saúde (Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e setores da área de assistência das Secretarias de Saúde); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, I)

II - estimular a realização de análises dos óbitos investigados segundo a possibilidade de sua prevenção, com especial atenção à identificação de problemas relacionados: (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, II)

a) à assistência de saúde prestada à gestante e à criança; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, II, a)

b) à organização dos serviços e do sistema de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, II, b)

c) as condições sociais, da família e da comunidade. (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, II, c)

III - contribuir para a melhoria da informação em saúde, com a correção das estatísticas oficiais e qualificação das informações sobre nascimentos, óbitos infantis e fetais; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, III)

IV - contribuir para a melhoria dos registros de saúde, por meio da sensibilização dos profissionais para o correto preenchimento de prontuários, fichas de atendimento, Cartão da gestante e Cartão da Criança; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, IV)

V - acompanhar, assessorar e estimular a constituição de comitês estaduais, regionais, municipais e hospitalares; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, V)

VI - avaliar, periodicamente, os principais problemas observados no estudo dos óbitos e das medidas realizadas de intervenção para redução da mortalidade infantil e fetal; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, VI)

VII - divulgar, sistematicamente, os resultados e experiências bem sucedidas, com elaboração de material específico (relatórios/boletim periódicos); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, VII)

VIII - elaborar propostas para a construção de políticas nacionais dirigidas à redução da mortalidade infantil e fetal; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, VIII)

IX - promover a mobilização do poder público, instituições e sociedade civil com vistas à prevenção da mortalidade infantil e fetal; e (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, IX)

X - promover seminários, oficinas e encontros nacionais para sensibilização, troca de experiências e avaliação dos trabalhos no âmbito nacional. (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, X)

TÍTULO VI

DAS BRINQUEDOTECAS NAS UNIDADES DE SAÚDE QUE OFEREÇAM ATENDIMENTO PEDIÁTRICO EM REGIME DE INTERNAÇÃO

Art. 41. Fica aprovado, na forma do art. 251 da Portaria de Consolidação nº 6, o Regulamento que estabelece as diretrizes de instalação e funcionamento das brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Art. 1º)

Anexo 1 do Anexo X

Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru (Origem: PRT MS/GM 1683/2007, Anexo 1)

NORMA DE ORIENTAÇÃO PARA A IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU

I - INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos para o diagnóstico e a abordagem de recém-nascidos enfermos, notadamente os de baixo peso, aumentaram de forma impressionante as chances de vida desse grupo etário. Sabe-se, ainda, que o adequado desenvolvimento dessas crianças é determinado por um equilíbrio quanto ao suporte das necessidades biológicas, ambientais e familiares, portanto, cumpre estabelecer uma contínua adequação tanto da abordagem técnica quanto das posturas que impliquem mudanças ambientais e comportamentais com vistas à maior humanização do atendimento.

A presente Norma deverá ser implantada nas Unidades Médico-Assistenciais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS). As Unidades que já possuem esse Método de atendimento deverão manter o que vêm fazendo, introduzindo apenas as novas adaptações que visam melhorar a eficiência e a eficácia da atenção.

A adoção dessa estratégia contribui para a promoção de uma mudança institucional na busca da atenção à saúde, centrada na humanização e no princípio de cidadania da família.

Entende-se que as recomendações aqui contidas deverão ser consideradas como um mínimo ideal para a tomada de condutas que visem a um atendimento adequado ao recém-nascido de baixo peso, com procedimentos humanizados, objetivando maior apego, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança, inclusive quanto ao relacionamento familiar.

Definição

1. O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico-social.

2. O contato pele-a-pele, no Método Canguru, começa com o toque evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Esse Método permite uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais.

3. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele-a-pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada.

Normas Gerais

1. A adoção do Método Canguru visa fundamentalmente uma mudança de atitude na abordagem do recém-nascido de baixo peso, com necessidade de hospitalização.

2. O método descrito não é um substitutivo das unidades de terapia intensiva neonatal, nem da utilização de incubadoras, já que estas situações têm as suas indicações bem estabelecidas.

3. O Método não objetiva economizar recursos humanos e recursos técnicos, mas fundamentalmente aprimorar a atenção perinatal.

4. O início da atenção adequada ao RN antecede o período do nascimento. Durante o pré-natal, é possível identificar mulheres com maior risco de recém-nascidos de baixo peso; para elas devem ser oferecidas informações sobre cuidados médicos específicos e humanizados.

5. Nas situações em que há risco de nascimento de crianças com baixo peso, é recomendável encaminhar à gestante para os cuidados de referência, uma vez que essa é a maneira mais segura de atenção.

6. Na 2ª etapa não se estipula a obrigatoriedade de tempo em posição canguru. Essa situação deve ser entendida como um fato que ocorre com base na segurança do manuseio da criança, no prazer e na satisfação da criança e da mãe.

7. Deverá ser também estimulada a participação do pai e de outros familiares na colocação da criança em posição canguru.

8. A presença de berço no alojamento de mãe e filho, com possibilidade de elevação da cabeceira, permitirá que a criança ali permaneça na hora do exame clínico, durante o asseio da criança e da mãe e nos momentos em que a mãe e a equipe de saúde acharem necessários.

9. São atribuições da equipe de saúde:

- orientar a mãe e a família em todas as etapas do método

- oferecer suporte emocional e estimular os pais em todos os momentos

- encorajar o aleitamento materno

- desenvolver ações educativas abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição

- desenvolver atividades recreativas para as mães durante o período de permanência hospitalar

- participar de treinamento em serviço como condição básica para garantir a qualidade da atenção

- orientar a família na hora da alta hospitalar, criando condições de comunicação com a equipe, e garantir todas as possibilidades já enumeradas de atendimento continuado.

Vantagens

- aumenta o vínculo mãe-filho - reduz o tempo de separação mãe-filho

- melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do RN de baixo-peso.

- estimula o aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração

- permite um controle térmico adequado - favorece a estimulação sensorial adequada do RN

- contribui para a redução do risco de infecção hospitalar

- reduz o estresse e a dor dos RN de baixo peso

- propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde

- possibilita maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar

- contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários devido à maior rotatividade de leitos

População a ser atendida

- gestantes de risco para o nascimento de crianças de baixo peso

- recém-nascidos de baixo peso

- mãe, pai e família do recém-nascido de baixo peso

Aplicação do método

O método será desenvolvido em três etapas:

- 1ª etapa

Período que se inicia no pré-natal da gestação de alto-risco seguido da internação do RN na Unidade Neonatal. Nessa etapa, os procedimentos deverão seguir os seguintes cuidados especiais:

- Acolher os pais e a família na Unidade Neonatal.

- Esclarecer sobre as condições de saúde do RN e sobre os cuidados dispensados, sobre a equipe, as rotinas e o funcionamento da Unidade Neonatal.

- Estimular o livre e precoce acesso dos pais à Unidade Neonatal, sem restrições de horário.

- Propiciar sempre que possível o contato com o bebê.

- Garantir que a primeira visita dos pais seja acompanhada pela equipe de profissionais.

- Oferecer suporte para a amamentação.

- Estimular a participação do pai em todas as atividades desenvolvidas na Unidade

- Assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores para o bem estar do bebê.

- Comunicar aos pais as peculiaridades do seu bebê e demonstrar continuamente as suas competências.

- Garantir à puérpera a permanência na unidade hospitalar pelo menos nos primeiros cinco dias, oferecendo o suporte assistencial necessário.

- Diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos.

- Adequar o cuidar de acordo com as necessidades individuais comunicadas pelo bebê.

- Garantir ao bebê medidas de proteção do estresse e da dor.

- Utilizar o posicionamento adequado do bebê, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono, favorecendo assim o desenvolvimento.

- Assegurar a permanência da puérpera, durante a primeira etapa:

- Auxílio transporte, para a vinda diária à unidade pelos estados e/ou municípios

- Refeições durante a permanência na unidade pelos estados e/ou municípios

- Assento (Cadeira) adequado para a permanência ao lado de seu bebê e espaço que permita o seu descanso

- Atividades complementares que contribuam para melhor ambientação, desenvolvidas pela equipe e voluntários.

2ª etapa

Na segunda etapa o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. Esse período funcionará como um "estágio" pré-alta hospitalar.

2.1 São critérios de elegibilidade para a permanência nessa etapa:

2.1.2 Do bebê

- estabilidade clínica

- nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo)

- peso mínimo de 1.250g

2.1.2 Da mãe

- desejo de participar, disponibilidade de tempo e de rede social de apoio de risco do recém-nascido.

- consenso entre mãe, familiares e profissionais da saúde

- capacidade de reconhecer os sinais de estresse e as situações de risco do recém-nascido.

- conhecimento e habilidade para manejar o bebê em posição canguru

2.2 Permitir o afastamento temporário da mãe de acordo com suas necessidades.

2.3 Acompanhar a evolução clínica e o ganho de peso diário.

2.4 Cada serviço deverá utilizar rotinas nutricionais de acordo com as evidências científicas atuais.

2.5 A utilização de medicações orais, intramusculares ou endovenosas intermitentes não contraindicam a permanência nessa etapa.

2.6 São critérios para a alta hospitalar com transferência para a 3ª etapa:

- mãe segura, psicologicamente motivada, bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do bebê

- compromisso materno e familiar para a realização da posição pelo maior tempo possível

- peso mínimo de 1.600g

- ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta

- sucção exclusiva ao peito ou, em situações especiais, mãe e família habilitados a realizar a complementação

- assegurar acompanhamento ambulatorial até o peso de 2500g

- a primeira consulta deverá ser realizada até 48 horas da alta e as demais no mínimo uma vez por semana

- garantir atendimento na unidade hospitalar de origem, a qualquer momento, até a alta da terceira etapa.

3.3ª etapa

Esta etapa se caracteriza pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade à abordagem biopsicossocial.

3.1 Ambulatório de acompanhamento São atribuições do ambulatório de acompanhamento:

- realizar exame físico completo da criança tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento, o ganho de peso, o comprimento e o perímetro cefálico, levando-se em conta a idade gestacional corrigida

- avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família e oferecer o devido suporte

- apoiar a manutenção de rede social de apoio

- corrigir as situações de risco, como ganho inadequado de peso, sinais de refluxo, infecção e apneias

- orientar e acompanhar tratamentos especializados

- orientar esquema adequado de imunizações

3.2 O seguimento ambulatorial deve apresentar as seguintes características:

- ser realizado por médico e/ou enfermeiro, que, de preferência, tenha acompanhado o bebê e a família nas etapas anteriores

- o atendimento, quando necessário deverá envolver outros membros da equipe interdisciplinar

- ter agenda aberta, permitindo retorno não agendado, caso o bebê necessite

- o tempo de permanência em posição canguru será determinado individualmente por cada díade

- após o peso de 2.500g, o seguimento ambulatorial deverá seguir as normas de crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde Recursos para a implantação

1. Recursos Humanos

Recomenda-se que toda a equipe de saúde responsável pelo atendimento do bebê, dos pais e da família, esteja adequadamente capacitada para o pleno exercício do Método

A equipe multiprofissional deve ser constituída por:

- Médicos
- pediatras e/ou neonatologistas (cobertura de 24 horas)
- obstetras (cobertura de 24 horas)
- oftalmologista
- enfermeiros (cobertura de 24 horas)
- psicólogos
- fisioterapeutas
- terapeutas ocupacionais
- assistentes sociais
- fonoaudiólogos
- nutricionistas
- técnicos e auxiliares de enfermagem (na 2ª etapa, uma auxiliar para cada 6 binômios com cobertura 24 horas).

2. Recursos Físicos

2.1 Os setores de terapia intensiva neonatal e de cuidados intermediários deverão obedecer às normas já padronizadas para essas áreas e permitir o acesso dos pais com possibilidade de desenvolvimento do contato tátil descrito nas etapas 1 e 2 dessa Norma. É importante que essas áreas permitam a colocação de assentos removíveis (cadeiras - bancos) para, inicialmente, facilitar a colocação em posição canguru.

2.2 Os quartos ou enfermarias para a 2ª etapa deverão obedecer à Norma já estabelecida para alojamento conjunto, com aproximadamente 5m² para cada conjunto leito materno/berço do recém-nascido.

2.3 Recomenda-se que a localização desses quartos proporcione facilidade de acesso ao setor de cuidados especiais.

2.4 Objetivando melhor funcionamento, o número de binômios por enfermaria deverá ser de, no máximo, seis.

2.5 O posto de enfermagem deverá localizar-se próximo a essas enfermarias.

2.6 Cada enfermaria deverá possuir um banheiro (com dispositivo sanitário, chuveiro e lavatório) e um recipiente com tampa para recolhimento de roupa usada.

3. Recursos Materiais

3.1 Na 2ª etapa, na área destinada a cada binômio, serão localizados: cama, berço (de utilização eventual, mas que permita aquecimento e posicionamento da criança com a cabeceira elevada), aspirador a vácuo, central ou portátil, cadeira e material de asseio.

3.2 Balança pesa-bebê, régua antropométrica, fita métrica de plástico e termômetro.

3.3 Carro com equipamento adequado para reanimação cardiorrespiratória, que deverá estar localizado nos postos de enfermagem.

Avaliação do método

Sugere-se que, periodicamente, sejam realizadas as seguintes avaliações:

- morbidade e mortalidade neonatal.
- taxas de reinternação.
- crescimento e desenvolvimento
- grau de satisfação e segurança materna e familiar
- prevalência do aleitamento materno
- desempenho e satisfação da equipe de saúde
- conhecimentos maternos adquiridos quanto aos cuidados com a criança
- tempo de permanência intra-hospitalar

A equipe técnica da Saúde da Criança/MS dispõe-se a fornecer modelo de protocolo para obtenção dos dados dessas avaliações.

Anexo 2 do Anexo X

Ficha de Notificação de Suspeita ou Confirmação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Anexo 1)

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

(Considera-se criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade - Lei n° 8.069, de 13.07.90 - Estatuto da Criança e do Adolescente)

I - IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO
Data do atendimento: _____/_____/_____
Unidade:
Endereço da unidade:
Telefones:
Profissionais envolvidos no atendimento (incluir categoria profissional):

II - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE
Nome:
DN: _____/_____/_____
Idade: Sexo: Registro na unidade:
Filiação:
Responsável (eis) Legal (eis)):
Acompanhamento:
Grau de Relacionamento:
Endereço:
Telefone para contato:
Referência para localização:

III - CARACTERIZAÇÃO DOS MAUS-TRATOS/VIOLÊNCIA (Tipos e prováveis agressores) Maus-tratos identificados/Causador(es) provável dos maus-tratos:				
Abuso Físico	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Abuso Sexual	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Abuso Psicológico	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Negligência	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Abandono	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____

Outras síndromes especificadas de maus-tratos: _____

Síndrome não especificada de maus-tratos: _____

Descrição sumária do ocorrido:

_____

_____

_____

_____

IV - DADOS DO ATENDIMENTO (Incluir observações da anamnase e exame físico que sugiram a partir da caracterização de maus-tratos)

_____

_____

_____

_____

V - CONDUTA, ORIENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E DESTINO DADO AO PACIENTE

_____

_____

_____

_____

Ficha encaminhada ao CONSELHO TUTELAR da CR _____ em _____/_____/_____

_____ Ver instrutivo no

ATENÇÃO: verso da ficha

assinatura e Carimbo da Direção

INSTRUTIVO

(DEVE SER IMPRESSO NO VERSO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES)

I - IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO

Profissionais envolvidos no atendimento: preencher com o nome e a categoria dos profissionais que atenderam a criança/adolescente.

II - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE

- Registro na unidade - número de matrícula e/ou boletim de emergência.
- Responsável(is) Legal(is) - caso não sejam os pais biológicos
- Grau de Relacionamento - Especificar se é: parente - Pai, Mãe, Padrasto, Avó, etc; amigo da família; vizinho, etc.
- Endereço, Telefone e Referência - identificação de onde pode ser localizada a criança/adolescente.

III - CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA

Os maus-tratos são atos de ação (físicos, psicológicas e sexuais) ou de omissão (negligência) praticados contra a criança/adolescente sendo capaz de causar danos físicos, sexuais e/ou emocionais. Estes maus-tratos podem ocorrer isolados, embora frequentemente estejam associados.

Descrever o tipo de maus-tratos, segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão, CID 10, com os seguintes códigos:

T 74.0 Negligência e Abandono

T 74.1 Sevícias Físicas (abuso físico)

T 74.2 Abuso Sexual

T 74.3 Abuso Psicológico

T 74.8 Outras Síndromes especificadas de maus-tratos

T 74.9 Síndrome não especificada de maus-tratos

- Para cada criança ou adolescente atendido deverá ser preenchida uma ficha.
- Deverá constar no verso da ficha a relação de instituições locais que prestem atendimento a crianças e adolescentes em situação ou risco de violência, com telefones e informações úteis.
- Em caso de dúvida ou necessidade de apoio para encaminhamento/discussão do caso, contatar as Gerências dos Programas da Criança e do Adolescente das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e do Distrito Federal.
- A comunicação dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos/abuso sexual contra crianças e adolescentes é obrigatória pelo Estatuto da Criança e Adolescente.
- Para a comunicação destes casos, os profissionais devem utilizar a Ficha de Comunicação que contém instrutivo para preenchimento no verso.
- A ficha deve ser enviada pela direção da unidade, o mais rapidamente possível, ao Conselho Tutelar da Área de moradia da criança/adolescente e para a Secretaria Municipal de Saúde, a quem caberá o posterior envio à Secretaria de Estado de Saúde.
- Recomenda-se que, além do encaminhamento da ficha ao Conselho Tutelar, seja sempre realizado um contato telefônico entre o serviço de saúde e o Conselho, propiciando a discussão da melhor conduta para o caso.
- A atenção/comunicação dos casos é responsabilidade da unidade como um todo, e não apenas dos profissionais que fizeram o atendimento, portanto, todos devem estar atentos à identificação dos casos e comprometidos com o acompanhamento destas crianças e adolescentes.
- É importante que a gerência local de saúde conheça o número e a natureza dos casos atendidos, de forma a definir as estratégias de intervenção adequadas.
- É fundamental que todos os setores e profissionais da unidade recebam esta ficha com o respectivo instrutivo e compreendam a importância do seu adequado preenchimento.

Anexo 3 do Anexo X

TABELA DE HABILITAÇÃO DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES) (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Anexo 1)

Tabela de Habilitação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Código da habilitação	Nome da habilitação	Tipo de habilitação
14.16	Hospital Amigo da Criança	Centralizada

Anexo 4 do Anexo X

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Anexo 2)

Código	Procedimento	% Incremento
03.10.01.003-9	Parto Normal	17%
04.11.01.003-4	Parto Cesariano	8,5%
03.10.01.004-7	Parto Normal em Gestação de alto Risco	5%
04.11.01.002-6	Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco	2,5%
04.11.01.004-2	Parto Cesariano Com Laqueadura Tubária	8,5%

Anexo 5 do Anexo X

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO EM SALA DE PARTO, COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Anexo 3)

Código	Procedimento	% Incremento
03.10.01.002-0	Parto Normal	8,5%
	Parto Cesariano	8,5%
	Parto Normal em Gestação de alto Risco	8,5%
	Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco	8,5%
	Parto Cesariano Com Laqueadura Tubária	8,5%

Anexo 6 do Anexo X

MERCOSUL/GMC/RES. N° 04/05 (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1)

Art. 1º Aprovar a "Informação Básica Comum para a Cadernetade Saúde da Criança", que consta como Anexo e faz parte da referida Resolução. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 1º)

Art. 2º A Caderneta de Saúde da Criança deve incluir o período compreendido entre o nascimento e a idade definida por cada Estado Parte. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 2º)

Art. 3º A informação básica comum deverá estar incluída na Caderneta de Saúde da Criança de cada Estado Parte. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 3º)

Art. 4º Cada Estado Parte, de acordo com seu critério poderá agregar outros requisitos na normativa nacional ou local e/ou aumentar os requisitos referidos. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 4º)

Art. 5º Os Estados Partes colocarão em vigência as disposições legislativas, regulamentares e administrativas necessárias para dar cumprimento à referida Resolução através dos seguintes organismos: (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º)

I - Argentina: Ministerio de Salud y Ambiente; (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º, I)

II - Brasil: Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º, II)

III - Paraguai: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; e (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º, III)

IV - Uruguai: Ministerio de Salud Pública. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º, IV)

Art. 6º Os Estados Partes do MERCOSUL deverão incorporar a referida Resolução aos seus ordenamentos jurídicos nacionais antes de 31 de dezembro de 2005. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 6º)

Anexo 7 do Anexo X

INFORMAÇÃO BÁSICA COMUM PARA A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 2)

INFORMAÇÃO BÁSICA COMUM PARA A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Os conteúdos incluem:

a.dados pessoais:

sobrenome(s)

nome(s)

sexo: M F

data de nascimento

local de nascimento

número e tipo de documento

endereço

b.dados maternos:

sobrenome(s)

nome(s)

* número do documento

* local e data de nascimento

c.dados paternos:

sobrenome(s)

nome(s)

* número do documento

* local e data de nascimento

d.dados do responsável:

sobrenome(s)

nome(s)

* número do documento

* local e data de nascimento

* No caso brasileiro, o cartão SUS da criança contemplará os dados referentes aos pais ou responsáveis.

e.dados da gravidez e parto:

gravidez:

nº de controles pré-natais pelo pessoal que os realizou (médico, enfermeira, outros)

gravidez: simples, múltipla

vacinas recebidas

sorologia: não, sim, resultados: negativo, positivo

tratamentos

grupo sangüíneo fator RH

tipo de parto: vaginal cefálica, vaginal podálica, cesárea, fórceps, outro

lugar: institucional ou não

f) patologias detectadas na gravidez, parto e puerpério

g) recém-nascido:

peso de nascimento, tamanho, perímetro cefálico

idade gestacional (semana)

Chorou ao nascer (em caso de parto não institucional): imediatamente ou demorou a chorar.

pontuação de APGAR: (parto institucional) com cinco minutos

reanimação: Não Sim

grupo sangüíneo RH

anormalidade e malformações detectadas

patologias intercorrentes

h) alimentação na alta:

aleitamento materno exclusivo

mista

artificial

i) espaço para anotação de doenças padecidas e tratamentos efetuados. Contém data, idade, diagnóstico, assinatura e carimbo do médico responsável.

j) tabela de crescimento

k) alimentação

l) desenvolvimento até um ano de vida

m) calendário de vacinação, com as vacinas recebidas

n) espaço para observações referentes à saúde bucal, ocular e auditiva.

Anexo 8 do Anexo X

REGULAMENTO DAS BRINQUEDOTECAS NAS UNIDADES DE SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1)

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO I)

Art. 1º A Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, tem por objetivo a obrigatoriedade, por parte dos hospitais que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação, de contarem com brinquedotecas em suas dependências. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 1º)

Art. 2º Tornar a criança um parceiro ativo em seu processo de tratamento, aumentando a aceitabilidade em relação à internação hospitalar, de forma que sua permanência seja mais agradável. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 2º)

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO II)

Art. 3º Entende-se por brinquedoteca o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar, contribuindo para a construção e/ou fortalecimento das relações de vínculo e afeto entre as crianças e seu meio social. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 3º)

Art. 4º Entende-se por atendimento pediátrico, para efeitos da Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, a atenção dispensada à criança de 28 dias a 12 anos, em regime de internação. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 4º)

CAPÍTULO III

DAS DIRETRIZES

(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO III)

Art. 5º Para o cumprimento do disposto nos artigos anteriores, deverão ser observadas as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º)

I - os estabelecimentos hospitalares pediátricos deverão disponibilizar brinquedos variados, bem como propiciar atividades com jogos, brinquedos, figuras, leitura e entretenimento nas unidades de internação e tratamento pediátrico como instrumentos de aprendizagem educacional e de estímulos positivos na recuperação da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, I)

II - tornar a criança um parceiro ativo em seu processo de tratamento, aumentando a aceitabilidade em relação à internação hospitalar, de forma que sua permanência seja mais agradável; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, II)

III - agregação de estímulos positivos ao processo de cura, proporcionando o brincar como forma de lazer, alívio de tensões e como instrumento privilegiado de crescimento e desenvolvimento infantil; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, III)

IV - ampliação do alcance do brincar para a família e os acompanhantes das crianças internadas, proporcionando momentos de diálogos entre os familiares, as crianças e a equipe, facilitando a integração entre os pacientes e o corpo funcional do hospital; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, IV)

V - a implementação da brinquedoteca deverá ser precedida de um trabalho de divulgação e sensibilização junto à equipe do Hospital e de Voluntários, que deverá estimular e facilitar o acesso das crianças aos brinquedos, do jogos e aos livros. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, V)

CAPÍTULO IV

DO DIMENSIONAMENTO DA BRINQUEDOTECA

(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO IV)

Art. 6º O dimensionamento da brinquedoteca deve atender à RDC/ANVISA nº 50/2002, conforme descrito na Tabela Unidade Funcional: 3 - Internação: (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º)

I - para os hospitais já em funcionamento e que não possuem condições de criar este ambiente específico é permitido compartilhamento com ambiente de refeitório desde que fiquem definidos os horários para o desenvolvimento de cada uma das atividades; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, I)

II - deve ser prevista uma área para guarda e higienização dos brinquedos; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, II)

III - a higienização dos brinquedos deve ser conforme o definido pela Comissão de Controle de Infecção do Hospital (CCIH); (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, III)

IV - os horários de funcionamento devem ser definidos pela direção do hospital, tendo a criança livre acesso; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, IV)

V - para as crianças impossibilitadas de andar ou sair do leito, os profissionais devem facilitar o acesso desses pacientes às atividades desenvolvidas pela brinquedoteca, dentro das enfermarias. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, V)

CAPÍTULO V

DOS PROFISSIONAIS

(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO V)

Art. 7º A qualificação e o número de membros da equipe serão determinados pelas necessidades de cada instituição, podendo funcionar com equipes de profissionais especializados, equipes de voluntários ou equipes mistas. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 7º)

CAPÍTULO VI

DO FINANCIAMENTO

(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO VI)

Art. 8º O financiamento para a criação das brinquedotecas contarão com subsídios do próprio estabelecimento hospitalar pediátrico ou com subsídios externos nacionais ou estrangeiros, recursos públicos ou privados. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 8º)

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO VII)

Art. 9º O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e as diretrizes para a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde da criança, cujas ações serão executadas pela Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 9º)

Art. 10. Para os fins previstos neste Regulamento, o Ministério da Saúde poderá promover os meios necessários para que os estados, os municípios e as entidades governamentais e não-governamentais atuem em prol da eficácia das ações de saúde da criança, observadas as diretrizes estabelecidas no art. 3º. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 10)

Art. 11. Os casos omissos nesse Regulamento serão resolvidos com o apoio do Ministério da Saúde no que lhe couber. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 11)

Anexo XI

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Origem: PRT MS/GM 2528/2006)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, na forma do Anexo 1 do Anexo XI . (Origem: PRT MS/GM 2528/2006, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 2528/2006, Art. 2º)

Anexo 1 do Anexo XI

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Origem: PRT MS/GM 2528/2006, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Esses preceitos constitucionais encontram-se reafirmados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996, que, por sua vez, regulamentam e definem estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do Sistema.

A regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde. Com o objetivo de reorganizar a prática assistencial é criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), tornando-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, imprimindo nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade (Brasil, 1994), denominando-se não mais programa e sim Estratégia Saúde da Família (ESF).

Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a

elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (Brasil, 1999). Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002).

Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção.

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o SUS dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Dessa maneira, a participação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito nacional, é de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas.

Cabe destacar, por fim, que a organização da rede do SUS é fundamental para que as diretrizes dessa Política sejam plenamente alcançadas. Dessa maneira, torna-se imperiosa a revisão da Portaria nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, que cria os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a Portaria nº 249/SAS, de 16 de abril de 2002, com posterior pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

1. FINALIDADE

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

Considerando:

a) o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro;

b) os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde;

c) o conhecimento atual da Ciência;

d) o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica;

e) a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde;

f) o compromisso brasileiro com a Assembléia Mundial para o Envelhecimento de 2002, cujo Plano de Madri fundamenta-se em: (a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; (b) fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e (c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento; e

g) escassez de recursos sócio-educativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso;

A necessidade de enfrentamento de desafios como:

a) a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio;

b) número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental;

c) a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; e

d) a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso.

2. JUSTIFICATIVA

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. No Censo de 2000, contava com mais de 14,5 milhões de idosos (IBGE, 2002), em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades (Lima-Costa et al, 2003; Ramos, 2002). A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (IBGE, 2000). Essa transição demográfica repercute na área da saúde, em relação à necessidade de (re)organizar os modelos assistenciais (Lima-Costa & Veras, 2003). A maior causa de mortalidade entre idosos brasileiros é o acidente vascular cerebral (Lima-Costa et al., 2000). Na transição epidemiológica brasileira ocorrem incapacidades resultantes do não-controle de fatores de risco preveníveis (Lima-Costa et al., 2003).

O sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. Uma importante conseqüência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo (Firmo et al, 2003). Isso já pode ser notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS (Lima-Costa et al, 2000). Além disso, é notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção.

Outro fato importante a ser considerado é que saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (Ramos, 2002).

As políticas públicas de saúde, objetivando assegurar atenção a toda população, têm dado visibilidade a um segmento populacional até então pouco notado pela saúde pública - os idosos e as idosas com alto grau de dependência funcional -. É possível a criação de ambientes físicos, sociais e atitudinais que possibilitem melhorar a saúde das pessoas com incapacidades tendo como uma das metas ampliar a participação social dessas pessoas na sociedade (Lollar & Crews, 2002). Por isso mesmo, é imprescindível oferecer cuidados sistematizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos de que se dispõe hoje.

2.1. O Grande Desafio: o Envelhecimento Populacional em Condição de Desigualdade Social e de Gênero

Envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice (Carvalho & Garcia, 2003). No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003).

Nos últimos 60 anos, o número absoluto de pessoas com 60 anos ou mais de idade aumentou nove vezes (Beltrão, Camarano e Kanso, 2004). Não só a população brasileira está envelhecendo, mas a proporção da população "mais idosa", ou seja, a de 80 anos ou mais de idade, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Significa dizer que a população idosa também está envelhecendo (Camarano et al, 1999). Em 2000, esse segmento representou 12,6% do total da população idosa brasileira. Isso leva a uma heterogeneidade do segmento idoso brasileiro, havendo no grupo pessoas em pleno vigor físico e mental e outras em situações de maior vulnerabilidade (Camarano et al, 2004).

O envelhecimento é também uma questão de gênero. Cinqüenta e cinco por cento da população idosa são formados por mulheres. A proporção do contingente feminino é tanto mais expressiva quanto mais idoso for o segmento. Essa predominância feminina se dá em zonas urbanas. Nas rurais, predominam os homens, o que pode resultar em isolamento e abandono dessas pessoas (Camarano et al, 2004; Camarano et al, 1999; Saad, 1999).

Quanto ao local de moradia, os idosos podem estar no ambiente familiar ou em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Cuidados institucionais não são prática generalizada nas sociedades latinas. É consenso entre as mais variadas especialidades científicas que a permanência dos idosos em seus núcleos familiares e comunitários contribui para o seu bem-estar (Camarano & Pasinato, 2004). No entanto, os dados referentes à população idosa institucionalizada no Brasil são falhos. Em 2002, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados publicou o relatório "V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil". De acordo com o relatório, havia cerca de 19.000 idosos institucionalizados em todo o País, o que representa 0,14% do total de idosos brasileiros. É de se esperar que esse número seja bem maior levando-se em conta que muitas das instituições asilares não são cadastradas e que grande parte funciona na clandestinidade.

A heterogeneidade do grupo de idosos, seja em termos etários, de local de moradia ou socioeconômicos, acarreta demandas diferenciadas, o que tem rebatimento na formulação de políticas públicas para o segmento (Camarano et al, 2004).

O envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. A proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira. (Lima-Costa & Veras, 2003).

Além disso, os idosos diferem de acordo com a sua história de vida, com seu grau de independência funcional e com a demanda por serviços mais ou menos específicos. Todos necessitam, contudo, de uma avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e de suas peculiaridades e adaptada à realidade sócio-cultural em que estão inseridos. Faz-se, portanto, necessário que os serviços que prestam atendimento a idosos respondam a necessidades específicas e distingam-se pela natureza da intensidade dos serviços que ofereçam.

Cumpre notar que os idosos são potenciais consumidores de Serviços de Saúde e de Assistência. Esse grupo sabidamente apresenta uma grande carga de doenças crônicas e incapacitantes, quando comparado a outros grupos etários (Lima-Costa et al, 2003a; Lima-Costa et al, 2003b; Caldas, 2003). Disso resulta uma demanda crescente por serviços sociais e de saúde (Lima-Costa & Veras, 2003).

2.2. Contextualização: Responder às Demandas das Pessoas Idosas mais Frágeis dentre a População em Maior Risco de Vulnerabilidade

O envelhecimento populacional cursa com o aumento de doenças e condições que podem levar a incapacidade funcional. Para Verbrugge & Jette (1994), a incapacidade funcional é a dificuldade experimentada em realizar atividades em qualquer domínio da vida devido a um problema físico ou de saúde. Ela também pode ser entendida como a distância entre a dificuldade apresentada e os recursos pessoais e ambientais de que dispõe para superá-la (Hébert, 2003). Incapacidade é mais um processo do que um estado estático (Iezzoni, 2002). A Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001) vê a incapacidade e as funções de uma pessoa como a interação dinâmica entre condições de saúde - doenças, lesões, traumas etc - e fatores contextuais, incluindo atributos pessoais e ambientais. A dependência é a expressão da dificuldade ou incapacidade em realizar uma atividade específica por causa de um problema de saúde (Hébert, 2003). No entanto, cabe enfatizar que a existência de uma incapacidade funcional, independentemente de sua origem, é o que determina a necessidade de um cuidador (Néri & Sommerhalder, 2002).

Incapacidade funcional e limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento. A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, mas a idade sozinha não prediz incapacidade (Lollar & Crews, 2002). Mulheres, minorias e pessoas de baixo poder socioeconômico são particularmente vulneráveis (Freedman, Martin e Schoeni, 2002). Independentemente de sua etiologia, pessoas com incapacidade estão em maior risco para problemas de saúde e afins (Lollar & Crews, 2002). A presença de incapacidade é ônus para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade (Giacomin et al., 2004).

Estudos brasileiros de base populacional em idosos apontam a existência de incapacidade entre idosos em cifras que variam de 2 a 45% dos idosos (Giacomin et al., 2005; Duarte, 2003; Lima-Costa, 2003; Rosa et al; 2003), dependendo da idade e do sexo.

Assim, torna-se imprescindível incluir a condição funcional ao se formularem políticas para a saúde dos idosos e responder, prioritariamente, às pessoas idosas que já apresentem alta dependência.

3. DIRETRIZES

Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo. Ainda há os que pensam que se investe na infância e se gasta na velhice. Deve ser um compromisso de todo gestor em saúde compreender que, ainda que os custos de hospitalizações e cuidados prolongados sejam elevados na parcela idosa, também aí está se investindo na velhice "Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas" (Plano de Madri, Artigo 6 º).

Envelhecer, portanto, deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades. Importante acrescentar que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem apesar da falta de recursos e da falta de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde. Entre esses estão os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, os seqüelados de acidentes de trabalho, os amputados por arteriopatias, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais, e para eles também é preciso achar respostas e ter ações específicas.

São apresentadas abaixo as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;

b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;

c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;

d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;

e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;

f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;

g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;

h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e

i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

3.1. Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável

A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda ação de saúde. Ela permeia todas as ações desde o pré-natal até a fase da velhice. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e

autorrealização determinados pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2002). Para tanto é importante entender que as pessoas idosas constituem um grupo heterogêneo. Também será necessário vencer preconceitos e discutir mitos arraigados em nossa cultura. Os profissionais de saúde e a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não é privilégio apenas dos jovens. A promoção não termina quando se faz 60 anos e as ações de prevenção, sejam elas primárias, secundárias ou terciárias, devem ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades.

Envelhecimento bem sucedido pode ser entendido a partir de seus três componentes: (a) menor probabilidade de doença; (b) alta capacidade funcional física e mental; e (c) engajamento social ativo com a vida (Kalache & Kickbush, 1997; Rowe & Kahn, 1997; Healthy People 2000). O Relatório Healthy People 2000 da OMS enfatiza em seus objetivos: aumentar os anos de vida saudável, reduzir disparidades na saúde entre diferentes grupos populacionais e assegurar o acesso a serviços preventivos de saúde. Além disso, é preciso incentivar e equilibrar a responsabilidade pessoal - cuidado consigo mesmo - ambientes amistosos para a faixa etária e solidariedade entre gerações. As famílias e indivíduos devem se preparar para a velhice, esforçando-se para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida (OMS, 2002).

Com a perspectiva de ampliar o conceito de "envelhecimento saudável", a Organização Mundial da Saúde propõe "Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde" (2005), ressaltando que o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devam implementar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa. Considerando o cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a eles direcionadas, numa abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida.

Aproveitar todas as oportunidades para:

a) desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco;

b) informar sobre seus direitos, como ser acompanhado por pessoas de sua rede social (livre escolha) e quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;

c) valorizar e respeitar a velhice;

d) estimular a solidariedade para com esse grupo etário;

e) realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos;

f) realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas;

g) facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades;

h) articular ações e ampliar a integração entre as secretarias municipais e as estaduais de saúde, e os programas locais desenvolvidos para a difusão da atividade física e o combate ao sedentarismo;

i) promover a participação nos grupos operativos e nos grupos de convivência, com ações de promoção, valorização de experiências positivas e difusão dessas na rede, nortear e captar experiências;

j) informar e estimular a prática de nutrição balanceada, sexo seguro, imunização e hábitos de vida saudáveis;

k) realizar ações motivadoras ao abandono do uso de álcool, tabagismo e sedentarismo, em todos os níveis de atenção;

l) promover ações grupais integradoras com inserção de avaliação, diagnóstico e tratamento da saúde mental da pessoa idosa;

m) reconhecer e incorporar as crenças e modelos culturais dos usuários em seus planos de cuidado, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis;

n) promover a saúde por meio de serviços preventivos primários, tais como a vacinação da população idosa, em conformidade com a Política Nacional de Imunização;

o) estimular programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis em indivíduos idosos;

p) implementar ações que contraponham atitudes preconceituosas e sejam esclarecedoras de que envelhecimento não é sinônimo de doença;

q) disseminar informação adequada sobre o envelhecimento para os profissionais de saúde e para toda a população, em especial para a população idosa;

r) implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o autocuidado dos usuários do SUS;

s) incluir ações de reabilitação para a pessoa idosa na atenção primária de modo a intervir no processo que origina a dependência funcional;

t) investir na promoção da saúde em todas as idades; e

u) articular as ações do SUS com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

3.2. Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção; providos de condições essenciais - infraestrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica.

Instrumentos gerenciais baseados em levantamento de dados sobre a capacidade funcional (inventários funcionais) e sócio-familiares da pessoa idosa deverão ser implementados pelos gestores municipais e estaduais do SUS, para que haja a participação de profissionais de saúde e usuários na construção de planos locais de ações para enfrentamento das dificuldades inerentes à complexidade de saúde da pessoa idosa.

Incorporação, na atenção básica, de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes do Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial.

Incorporação, na atenção especializada, de mecanismos que fortaleçam a atenção à pessoa idosa: reestruturação e implementação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, visando a integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade da atenção, por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência; e implementando de forma efetiva modalidades de atendimento que correspondam às necessidades da população idosa, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar, sempre que possível. Contemplando também fluxos de retaguarda para a rede hospitalar e demais especialidades, disponíveis no SUS.

A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também fazem parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado. Grupos de autoajuda entre as pessoas que cuidam devem ser estimulados.

Uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce são sempre preferíveis às intervenções curativas tardias. Para tanto, é necessária a vigilância de todos os membros da equipe de saúde, a aplicação de instrumentos de avaliação e de testes de triagem, para detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e do comprometimento precoce da funcionalidade, dentre outros.

O modelo de atenção à saúde baseado na assistência médica individual não se mostra eficaz na prevenção, educação e intervenção, em questões sociais, ficando muitas vezes restritas às complicações advindas de afecções crônicas. A cada etapa de intervenção os profissionais deverão considerar os anseios do idoso e de sua família. Pressupondo-se troca de informações e negociação das expectativas de cada um, levando-se em consideração elementos históricos do paciente, seus recursos individuais e sociais e aqueles da rede de suporte social disponível no local.

Um dos instrumentos gerenciais imprescindíveis é a implementação da avaliação funcional individual e coletiva. A partir da avaliação funcional coletiva determina-se a pirâmide de risco funcional, estabelecida com base nas informações relativas aos critérios de risco da população assistida pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada município. Verifica-se como está distribuída a população adscrita à equipe do Saúde da Família, com base no inventário de risco funcional. Nos municípios que não dispõem da Estratégia Saúde da Família, as equipes das UBS poderão ser responsáveis por esse levantamento e acompanhamento. Assim, é possível conhecer qual a proporção de idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos, a proporção daqueles com alta dependência funcional - acamados -, a proporção dos que já apresentam alguma incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária (AVD) - como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente e alimentar-se com a própria mão - e qual a proporção de idosos independentes.

Considera-se o idoso independente aquele que é capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as atividades de vida diária citadas acima. Esses idosos comporão a base da pirâmide.

Indivíduos idosos, mesmo sendo independentes, mas que apresentem alguma dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) - preparar refeições, controlar a própria medicação, fazer compras, controlar o próprio dinheiro, usar o telefone, fazer pequenas tarefas e reparos domésticos e sair de casa sozinho utilizando uma condução coletiva -, são considerados idosos com potencial para desenvolver fragilidade e por isso merecerão atenção específica pelos profissionais de saúde e devem ser acompanhados com maior freqüência.

Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional - acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros -, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais.

Uma vez conhecida a condição de fragilidade, será necessário avaliar os recursos locais para lidar com ela, de modo a facilitar o cuidado domiciliar, incluir a pessoa que cuida no ambiente familiar como um parceiro da equipe de cuidados, fomentar uma rede de solidariedade para com o idoso frágil e sua família, bem como promover a reinserção da parcela idosa frágil na comunidade.

De acordo com a condição funcional da pessoa idosa serão estabelecidas ações de atenção primária, de prevenção - primária, secundária e terciária -, de reabilitação, para a recuperação da máxima autonomia funcional, prevenção do declínio funcional, e recuperação da saúde. Estarão incluídas nessas ações o controle e a prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis.

Todo profissional deve procurar promover a qualidade de vida da pessoa idosa, quando chamado a atendê-la. É importante viver muito, mas é fundamental viver bem. Preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta em todos os níveis de atenção.

Ficam estabelecidos, portanto, os dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento de fragilidades, da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde; e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção.

3.3. Estímulo às Ações Intersetoriais, visando à Integralidade da Atenção

A prática da intersetorialidade pressupõe o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não-governamentais que trabalham com a população idosa. A organização do cuidado intersetorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade.

As ações intersetoriais visando à integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa devem ser promovidas e implementadas, considerando as características e as necessidades locais.

3.4. Provimento de Recursos Capazes de Assegurar Qualidade da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

Deverão ser definidas e pactuadas com os estados, o Distrito Federal e os municípios as formas de financiamento que ainda não foram regulamentadas, para aprimoramento da qualidade técnica da atenção à saúde prestada à pessoa idosa. Os mecanismos e os fluxos de financiamento devem ter por base as programações ascendentes de estratégias que possibilitem a valorização do cuidado humanizado ao indivíduo idoso. Abaixo são apresentados os itens prioritários para a pactuação:

a) provimento de insumos, de suporte em todos os níveis de atenção, prioritariamente na atenção domiciliar inclusive medicamentos;

b) provimento de recursos para adequação de estrutura física dos serviços próprios do SUS;

c) provimento de recursos para ações de qualificação e de capacitação de recursos humanos, e incremento da qualidade técnica dos profissionais de saúde do SUS na atenção à pessoa idosa;

d) produção de material de divulgação e informativos sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, normas técnicas e operacionais, protocolos e manuais de atenção, para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;

e) implementação de procedimento ambulatorial específico para a avaliação global do idoso; e

f) determinação de critérios mínimos de estrutura, processo e resultados, com vistas a melhorar o atendimento à população idosa, aplicáveis às unidades de saúde do SUS, de modo que a adequação a esses critérios seja incentivada e mereça reconhecimento.

3.5. Estímulo à Participação e Fortalecimento do Controle Social

Deve-se estimular a inclusão nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde de temas relacionados à atenção à população idosa, incluindo o estímulo à participação de cidadãos e cidadãs idosos na formulação e no controle social das ações deliberadas nessas Conferências.

Devem ser estimulados e implementados os vínculos dos serviços de saúde com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social da parcela idosa da população.

3.6. Divulgação e Informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para Profissionais de Saúde, Gestores e Usuários do SUS

As medidas a serem adotadas buscarão:

a) incluir a PNSPI na agenda de atividades da comunicação social do SUS;

b) produzir material de divulgação, tais como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos;

c) promover ações de informação e divulgação da atenção à saúde da pessoa idosa, respeitando as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, aos gestores, aos conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e à comunidade em geral;

d) apoiar e fortalecer ações inovadoras de informação e divulgação sobre a atenção à saúde da pessoa idosa em diferentes linguagens culturais;

e) identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em atenção à saúde da pessoa idosa; e

f) prover apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em atenção à saúde da pessoa idosa.

3.7. Promoção de Cooperação Nacional e Internacional das Experiências na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

Devem-se fomentar medidas que visem à promoção de cooperação nacional e internacional das experiências bem sucedidas na área do envelhecimento, no que diz respeito à atenção à saúde da pessoa idosa, à formação técnica, à educação em saúde e a pesquisas.

3.8. Apoio ao Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção de saúde à pessoa idosa. Identificar e estabelecer redes de apoio com instituições formadoras, associativas e representativas, universidades, faculdades e órgãos públicos nas três esferas, visando:

a) fomentar pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;

b) identificar e apoiar estudos/pesquisas relativos ao envelhecimento e à saúde da pessoa idosa existentes no Brasil, com o objetivo de socializar, divulgar e embasar novas investigações;

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300094

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

c) criar banco de dados de pesquisadores e pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa realizadas no Brasil, interligando-o com outros bancos de abrangência internacional;

d) identificar e divulgar as potenciais linhas de financiamento - Ministério da Ciência e Tecnologia, Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa, terceiro setor e outros - para a pesquisa em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;

e) apoiar a realização de estudo sobre representações sociais, junto a usuários e profissionais de saúde sobre a saúde da pessoa idosa;

f) priorizar as linhas de pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa a serem implementadas pelo SUS, visando o aprimoramento e a consolidação da atenção à saúde da pessoa idosa no SUS; e

g) implementar um banco de dados nacional com resultados de avaliação funcional da população idosa brasileira.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Caberá aos gestores do SUS, em todos os níveis, de forma articulada e conforme suas competências específicas, prover os meios e atuar para viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

4.1. Gestor Federal

a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;

b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo;

c) estabelecer diretrizes para a qualificação e educação permanente em saúde da pessoa idosa;

d) manter articulação com os estados e municípios para apoio à implantação e supervisão das ações;

e) promover articulação intersetorial para a efetivação desta Política Nacional;

f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;

g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; e

h) estimular pesquisas nas áreas de interesse do envelhecimento e da atenção à saúde da pessoa idosa, nos moldes do propósito e das diretrizes desta Política.

4.2. Gestor Estadual

a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;

b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo;

c) Discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano;

d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;

e) implementar as diretrizes da educação permanente e qualificação em consonância com a realidade loco regional;

f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;

g) manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações;

h) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;

i) exercer a vigilância sanitária no tocante a Saúde da Pessoa Idosa e a ações decorrentes no seu âmbito; e

j) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Estadual de Saúde.

4.3. Gestor Municipal:

a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;

b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo;

c) discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano;

d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;

e) estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde;

f) estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da Política;

g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; e

h) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Municipal de Saúde.

5. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

As diretrizes aqui definidas implicam o desenvolvimento de um amplo conjunto de ações, que requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores. Nesse sentido, os gestores do SUS deverão estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, processos de articulação permanente, visando ao estabelecimento de parcerias e a integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos. Será buscada, igualmente, a participação de diferentes segmentos da sociedade, que estejam direta ou indiretamente relacionadas com a presente Política. No âmbito federal, o Ministério da Saúde articulará com os diversos setores do Poder Executivo em suas respectivas competências, de modo a alcançar os objetivos a seguir explicitados.

5.1. Educação

a) inclusão nos currículos escolares de disciplinas que abordem o processo do envelhecimento, a desmistificação da senescência, como sendo diferente de doença ou de incapacidade, valorizando a pessoa idosa e divulgando as medidas de promoção e prevenção de saúde em todas as faixas etárias;

b) adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da saúde, visando ao atendimento das diretrizes fixadas nesta Política;

c) incentivo à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior, que possam atuar de forma integrada com o SUS, mediante o estabelecimento de referência e contra-referência de ações e serviços para o atendimento integral dos indivíduos idosos e a capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, visando à qualificação contínua do pessoal de saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência à pessoa idosa; e

d) discussão e readequação de currículos e programas de ensino nas instituições de ensino superior abertas para a terceira idade, consoante às diretrizes fixadas nesta Política.

5.2. Previdência Social

a) realização de estudos e pesquisas de cunho epidemiológico junto aos segurados, relativos às doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária, sobretudo quanto aos seus impactos no indivíduo, na família, na sociedade, na previdência social e no setor saúde; e

b) elaboração de programa de trabalho conjunto direcionado aos indivíduos idosos segurados, consoante às diretrizes fixadas nesta Política.

5.3. Sistema Único de Assistência Social:

a) reconhecimento do risco social da pessoa idosa como fator determinante de sua condição de saúde;

b) elaboração de inquérito populacional para levantamento e estratificação das condições de risco social da população idosa brasileira;

c) elaboração de medidas, com o apontamento de soluções, para abordagem da população idosa sob risco social;

d) criação de mecanismos de monitoramento de risco social individual, de fácil aplicabilidade e utilização por profissionais da atenção básica do SUS e do SUAS;

e) difusão de informações relativas à preservação da saúde e à prevenção ou recuperação de incapacidades;

f) inclusão das diretrizes aqui estabelecidas em seus programas de educação continuada;

g) implantação de política de atenção integral aos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos;

h) promoção da formação de grupos sócio-educativos e de autoajuda entre os indivíduos idosos, principalmente para aqueles com doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária;

i) implantação e implementação de Centros de Convivência e Centros-Dia, conforme previsto no Decreto nº 1948/96;

j) apoio à construção de Políticas Públicas de Assistência Social que considerem as pessoas, suas circunstâncias e o suporte social e que atuem como aliadas no processo de desenvolvimento humano e social, e não como tuteladora e assistencialista, tanto na proteção social básica, como na proteção social especial;

k) compromisso com a universalização do direito, inclusão social, eqüidade, descentralização e municipalização das ações, respeitando a dignidade do cidadão e sua autonomia, favorecendo o acesso à informação, aos benefícios e aos serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária; e

l) desenvolvimento de ações de enfrentamento à pobreza.

5.4. Trabalho e Emprego:

a) elaboração, implantação e implementação de programas de preparação para a aposentadoria nos setores público e privado;

b) implantação de ações para a eliminação das discriminações no mercado de trabalho e a criação de condições que permitam a inserção da pessoa idosa na vida socioeconômica das comunidades; e

c) levantamento dos indivíduos idosos já aposentados e que retornaram ao mercado de trabalho, identificando as condições em que atuam no mercado, de forma a coibir abusos e explorações.

5.5. Desenvolvimento Urbano:

a) implantação de ações para o cumprimento das leis de acessibilidade (Decreto Lei nº 5296/2004), de modo a auxiliar na manutenção e no apoio à independência funcional da pessoa idosa; e

b) promoção de ações educativas dirigidas aos agentes executores e beneficiários de programas habitacionais quanto aos riscos ambientais à capacidade funcional dos indivíduos idosos.

5.6. Transportes:

a) implantação de ações que permitam e/ou facilitem o deslocamento do cidadão idoso, sobretudo aquele que já apresenta dificuldades de locomoção, tais como elevatórias para acesso aos ônibus na porta de hospitais, rampas nas calçadas, bancos mais altos nas paradas de ônibus. Em conformidade com a Lei da Acessibilidade, Decreto Lei nº 5296, de 2 de dezembro de 2004.

5.7. Justiça e Direitos Humanos:

a) promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa, no tocante às questões de saúde, mediante o acompanhamento da aplicação das disposições contidas na Lei nº 8.842/94 e seu regulamento (Decreto nº 1.948/96), bem como a Lei nº 10.741/2003, que estabelece o Estatuto do Idoso.

5.8. Esporte e Lazer

a) estabelecimento de parceria para a implementação de programas de atividades físicas e recreativas destinados às pessoas idosas.

5.9.Ciência e Tecnologia:

fomento à pesquisa na área do envelhecimento, da geriatria e da gerontologia, por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e demais órgãos de incentivo à pesquisa, contemplando estudos e pesquisas que estejam, prioritariamente, alinhados com as diretrizes propostas nesta Política.

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A operacionalização desta Política compreenderá a sistematização de processo contínuo de acompanhamento e avaliação, que permita verificar o alcance de seu propósito - e, consequentemente, o seu impacto sobre a saúde dos indivíduos idosos -, bem como proceder a eventuais adequações que se fizerem necessárias.

Esse processo exigirá a definição de critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, capazes de evidenciar, também, a repercussão das medidas levadas a efeito por outros setores, que resultaram da ação articulada preconizada nesta Política, bem como a observância dos compromissos internacionais assumidos pelo País em relação à atenção à saúde dos indivíduos idosos.

É importante considerar que o processo de acompanhamento e avaliação referido será apoiado, sobretudo para a aferição de resultados no âmbito interno do setor, pelas informações produzidas pelos diferentes planos, programas, projetos, ações e/ou atividades decorrentes desta Política Nacional.

Além da avaliação nos contextos anteriormente identificados, voltados principalmente para a verificação do impacto das medidas sobre a saúde dos indivíduos idosos, buscar-se-á investigar a repercussão desta Política na qualidade de vida deste segmento populacional.

Nesse particular, buscar-se-á igualmente conhecer em que medida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem contribuído para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, na conformidade do art. 7º da Lei nº 8.080/90, entre os quais, destacam-se aqueles relativos à integralidade da atenção, à preservação da autonomia das pessoas e ao uso da epidemiologia no estabelecimento de prioridades (respectivamente incisos II, III e VII). Paralelamente, deverá ser observado, ainda, se:

a) o potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário estão sendo devidamente divulgados para a população de forma geral e, principalmente, à população idosa;

b) as ações, programas, projetos e atividades que operacionalizam esta Política estão sendo desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única em cada esfera de gestão; e

c) a participação dos indivíduos idosos nas diferentes instâncias do SUS está sendo incentivada e facilitada.

Anexo 2 do Anexo XI

Obrigatoriedade da viabilização de meios que permitam a presença de acompanhantes a pacientes idosos em hospitais públicos (Origem: PRT MS/GM 280/1999)

Art. 1º É obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados. (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 1º)

§ 1º Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante, cabendo ao gestor, a devida formalização desta autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar (AIH). (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 1º, § 1º)

§ 2º No valor da diária de acompanhante estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições. (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 1º, § 2º)

Art. 2º Ficam excetuadas da obrigatoriedade definida no art. 1º, as internações em Unidade de Tratamento Intensivo, ou nas situações clínicas em que tecnicamente esteja contraindicada a presença de acompanhante, o que deverá ser formalmente justificado pelo médico assistente. (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 2º)

Anexo XII

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Origem: PRT MS/GM 1944/2009)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política de que trata o caput deste artigo visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de que trata o art. 1º, será regida pelos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º)

I - universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º, I)

II - humanização e qualificação da atenção à saúde do homem, com vistas à garantia, promoção e proteção dos direitos do homem, em conformidade com os preceitos éticos e suas peculiaridades socioculturais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º, II)

III - corresponsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida da população masculina, implicando articulação com as diversas áreas do governo e com a sociedade; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º, III)

IV - orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos e das enfermidades do homem. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º, IV)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300095

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem possui as seguintes diretrizes, a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltados à população masculina: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º)

I - integralidade, que abrange: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, I)

a) assistência à saúde do usuário em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contrarreferência entre a atenção básica e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, I, a)

b) compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e da situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que envolvam, inclusive, as determinações sociais sobre a saúde e a doença. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, I, b)

II - organização dos serviços públicos de saúde de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se integrado; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, II)

III - implementação hierarquizada da política, priorizando a atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, III)

IV - priorização da atenção básica, com foco na estratégia de Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, IV)

V - reorganização das ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, V)

VI - integração da execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, VI)

Art. 4º São objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º)

I - promover a mudança de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, I)

II - captar precocemente a população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, II)

III - organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo o território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, III)

IV - fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, IV)

V - capacitar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, V)

VI - implantar e implementar a atenção à saúde sexual e reprodutiva dos homens, incluindo as ações de planejamento e assistência às disfunções sexuais e reprodutivas, com enfoque na infertilidade; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, VI)

VII - ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, VII)

VIII - estimular a participação e a inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando as ações educativas, inclusive no que toca à paternidade; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, VIII)

IX - garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, IX)

X - promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, X)

XI - garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XI)

XII - promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, e em situação carcerária, entre outros; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XII)

XIII - estimular a articulação das ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de possibilitar o protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina, inclusive no tocante à ampla divulgação das medidas preventivas; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XIII)

XIV - ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XIV)

XV - incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações socioeducativas; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XV)

XVI - estimular, na população masculina, o cuidado com sua própria saúde, visando à realização de exames preventivos regulares e à adoção de hábitos saudáveis; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XVI)

XVII - aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas de decisão. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XVII)

Art. 5º Compete à União: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º)

I - coordenar e fomentar, em âmbito nacional, a implementação e acompanhar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, I)

II - estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos estados e aos municípios, visando à implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo a valorizar e respeitar as diversidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, II)

III - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, III)

IV - promover ações educativas relacionadas aos estereótipos de gênero; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, IV)

V - estimular e apoiar a realização de pesquisas que possam aprimorar a Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, V)

VI - definir estratégias de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS, voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, VI)

VII - estabelecer parceria com as diversas sociedades científicas nacionais e internacionais e as entidades de profissionais de saúde cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a fim de possibilitar a colaboração técnica, no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, VII)

VIII - coordenar o processo de construção das diretrizes/protocolos assistenciais da atenção à saúde do homem em parceria com os estados e os municípios; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, VIII)

IX - promover ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, IX)

X - estimular e apoiar o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, X)

XI - apoiar, técnica e financeiramente, a capacitação e a qualificação dos profissionais para a atenção à saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, XI)

XII - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, XII)

XIII - elaborar e analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações, os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, XIII)

Art. 6º Compete aos estados: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º)

I - fomentar a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, I)

II - estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos municípios visando à implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo a valorizar e respeitar as diversidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, II)

III - acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, promovendo as adequações necessárias, tendo como base o perfil epidemiológico e as especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, III)

IV - coordenar e implementar, no âmbito estadual, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, IV)

V - promover, na esfera de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, V)

VI - elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais da atenção, apoiando os municípios na implementação desses protocolos; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, VI)

VII - promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, VII)

VIII - estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Estadual de Saúde, o processo de discussão com a participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, VIII)

IX - incentivar, junto à rede educacional estadual, ações educativas que visem à promoção e à atenção à saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, IX)

X - capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, X)

XI - analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, XI)

Art. 7º Compete aos municípios: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º)

I - implementar, acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, priorizando a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, I)

II - apoiar técnica e financeiramente a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, II)

III - implementar, no âmbito municipal, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, III)

IV - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, IV)

V - incentivar as ações educativas que visem à promoção e atenção da saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, V)

VI - implantar e implementar protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais e estaduais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, VI)

VII - promover, em parceria com as demais esferas de governo, a qualificação das equipes de saúde para execução das ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, VII)

VIII - promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, VIII)

IX - estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde, o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, IX)

X - capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, X)

XI - analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, XI)

Art. 8º O processo de avaliação da implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deverá ocorrer de acordo com as pactuações realizadas em âmbito federal, estadual e municipal, com destaque para o monitoramento dos indicadores do Pacto pela Vida, a ser realizado pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 8º)

§ 1º A avaliação tem como finalidade o cumprimento dos princípios e diretrizes dessa Política, buscando verificar sua efetividade de modo a permitir a verificação de seu resultado sobre a saúde dos indivíduos e, consequentemente, sobre a qualidade de vida da população masculina. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Uma avaliação mais detalhada da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e o seu monitoramento deverão ocorrer no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 8º, § 2º)

§ 3º Para essa avaliação e monitoramento há de se definir critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, objetivando identificar, modificar e/ou incorporar novas diretrizes a partir de sugestões apresentadas pelo Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite, Conselho Nacional de Saúde, Confederações dos Trabalhadores do Brasil, Centrais Sindicais e entidades empresariais, entre outras. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 8º, § 3º)

Anexo XIII

Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Origem: PRT MS/GM 1060/2002)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, na forma do Anexo 1 do Anexo XIII . (Origem: PRT MS/GM 1060/2002, Art. 1º)

Parágrafo Único. A aprovação de que trata este artigo tem como objetivo a reabilitação da pessoa com deficiência, a proteção a sua saúde e a prevenção dos agravos que determinem o aparecimento de deficiências, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas entre os diversos setores da sociedade e a efetiva participação da sociedade. (Origem: PRT MS/GM 1060/2002, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 1060/2002, Art. 2º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300096

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Anexo 1 do Anexo XIII

Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Origem: PRT MS/GM 1060/2002, Anexo 1)

POLITICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

1. INTRODUÇÃO

Na conformidade do ideário democrático, ao longo da Constituição Federal de 1988, estão assegurados os direitos das pessoas com deficiência nos mais diferentes campos e aspectos. A partir de então, outros instrumentos legais foram estabelecidos, regulamentando os ditames constitucionais relativos a esse segmento populacional, destacando-se as Leis n.º 7.853/89 e n.º 8.080/90 - a chamada Lei Orgânica da Saúde -, bem como o Decreto n.º 3298/99.

Em seu art. 23, Capítulo II, a Constituição determina que "é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências".

Já a Lei n.º 7.853/89, que dispõe sobre o apoio às pessoas com deficiência e a sua integração social, no que se refere à saúde, atribui ao setor a promoção de ações preventivas; a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e do adequado tratamento no seu interior, segundo normas técnicas e padrões apropriados; a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado; e o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas com deficiência, desenvolvidos com a participação da sociedade (art. 2º, Inciso II).

No conjunto dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), constantes da Lei Orgânica da Saúde, destaca-se o relativo "à preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral", bem como aqueles que garantem a universalidade de acesso e a integralidade da assistência (art. 7º, incisos I, II, III e IV).

Esta Política Nacional, instrumento que orienta as ações do setor saúde voltadas a esse segmento populacional, adota o conceito fixado pelo Decreto anteriormente mencionado que considera "pessoa portadora de deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano."

O conceito relativo a essa população tem evoluído com o passar dos tempos, acompanhando, de uma forma ou de outra, as mudanças ocorridas na sociedade e as próprias conquistas alcançadas pelas pessoas com deficiência. O marco dessa evolução é a década de 60, em cujo período tem início o processo de formulação de um conceito de deficiência, no qual é refletida a "estreita relação existente entre as limitações que experimentam as pessoas portadoras de deficiência, a concepção e a estrutura do meio ambiente e a atitude da população em geral com relação à questão" (Coordenadoria para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde - do Ministério da Justiça, 1996, p.12). Tal concepção passou a ser adotada em todo mundo, a partir da divulgação do documento Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, elaborado por um grupo de especialistas e aprovado pela ONU, em 1982.

Um outro marco foi a declaração da Organização das Nações Unidas (ONU) que fixou 1981 como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente, colocando em evidência e em discussão, entre os países membros, a situação da população com deficiência no mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, onde a pobreza e a injustiça social tendem a agravar a situação. A principal consequência daquele Ano Internacional foi a aprovação na assembleia geral da ONU, realizada em 3 de dezembro de 1982, do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiências, referido anteriormente (Resolução 37/52).

Esse documento ressalta o direito dessas pessoas a oportunidades idênticas às dos demais cidadãos; bem como o de usufruir, em condições de igualdade, das melhorias nas condições de vida, resultantes do desenvolvimento econômico e do progresso social.

Nesse Programa, foram estabelecidas diretrizes nas diversas áreas de atenção à população com deficiência, como a de saúde, de educação, de emprego e renda, de seguridade social, de legislação etc., as quais os estados membros devem considerar na definição e execução de suas políticas, planos e programas voltados a estas pessoas.

No âmbito específico do setor, cabe registro a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1989, que definiu deficiência como toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica; a incapacidade como toda restrição ou falta - devida a uma deficiência - da capacidade de realizar uma atividade na forma ou na medida que se considera normal para um ser humano; e a desvantagem como uma situação prejudicial para um determinado indivíduo, em consequência de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de um papel que é normal em seu caso (em função da idade, sexo e fatores sociais e culturais).

A OMS, quase dez anos depois - em 1997 -, reapresentou essa Classificação Internacional com um novo título e novas conceituações. Agora denominada Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação: um manual da dimensão das incapacidades e da saúde (CIDDM-2), o documento fixa princípios que enfatizam o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades, ao invés da valorização das incapacidades e das limitações.

O CIDDM-2 concebe a deficiência como uma perda ou anormalidade de uma parte do corpo (estrutura) ou função corporal (fisiológica), incluindo as funções mentais. Já a atividade está relacionada com o que as pessoas fazem ou executam em qualquer nível de complexidade, desde aquelas simples até as habilidades e condutas complexas. A limitação da atividade, antes conceituada como incapacidade, é agora entendida como uma dificuldade no desempenho pessoal. A raiz da incapacidade é a limitação no desempenho da atividade que deriva totalmente da pessoa. No entanto, o termo incapacidade não é mais utilizado porque pode ser tomado como uma desqualificação social. Ampliando o conceito, essa Classificação Internacional inclui a participação, definida como a interação que se estabelece entre a pessoa com deficiência, a limitação da atividade e os fatores do contexto socioambiental.

Essa nova abordagem representa um outro marco significativo na evolução dos conceitos, em termos filosóficos, políticos e metodológicos, na medida em que propõe uma nova forma de se encarar as pessoas com deficiência e suas limitações para o exercício pleno das atividades decorrentes da sua condição. Por outro lado, influencia um novo entendimento das práticas relacionadas com a reabilitação e a inclusão social dessas pessoas.

Na raiz dessa nova abordagem está a perspectiva da inclusão social, entendida "como o processo pelo qual a sociedade se adapta para incluir, em seus sistemas sociais gerais pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos." (Sassaki,1997, p.3).

A prática da inclusão social vem aos poucos substituindo a prática da integração social, e parte do princípio de que, para inserir todas as pessoas, a sociedade deve ser modificada de modo a atender as necessidades de todos os seus membros: uma sociedade inclusiva não admite preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais e pessoais. Nesse sentido, a inclusão social das pessoas com deficiência significa possibilitar a elas, respeitando as necessidades próprias da sua condição, o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade.

Em alguns países, como os Estados Unidos e o Canadá, são consideradas pessoas com incapacidades todas aquelas que têm alguma desvantagem e ou dificuldade de desempenho funcional, o que engloba a população de idosos e de pessoas com doenças crônicas potencialmente incapacitantes. No Brasil, a cultura vigente e a definição legal consideram pessoas com deficiência aquelas pertencentes aos segmentos com deficiências mental, motor, sensorial e múltiplo.

Para fins de delimitação da problemática das deficiências no Brasil, são apresentados neste documento os tipos de deficiências mais abrangentes e frequentes, segundo a classificação adotada pela OMS, ou seja, as pessoas com deficiência mental, motora, auditiva, visual e múltipla.

O dimensionamento da problemática da deficiência no Brasil, tanto em termos qualitativos quanto quantitativos, é muito difícil em razão da inexistência quase total de dados e informações de abrangência nacional, produzidos sistematicamente, que retratem de forma atualizada a realidade do País nesta área. A OMS estima que cerca de 10% da população de qualquer país em tempo de paz possui algum tipo de deficiência, das quais: 5% é pessoa com deficiência mental; 2% com deficiência física; 1,5% com deficiência auditiva; 0,5% com deficiência visual; e 1% com deficiência múltipla.

Com base nesses percentuais, estima-se que no Brasil existam 16 milhões de pessoas com deficiência.

A Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (Pnad), realizada em 1981, incluiu questões relativas à deficiência: número e tipos de deficientes e assistência recebida. O resultado mostrou que 2% da população são de pessoas com deficiência, das quais quase a metade diz respeito à deficiência motora. Essa pesquisa aponta, da mesma forma que o Censo realizado em 1991, uma maior prevalência de incapacidades sensoriais e motoras na população acima de 50 anos de idade.

Os resultados do Censo de 1991, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indicam um percentual de 1,14% de pessoas com deficiência na população brasileira. Nesse Censo, foram considerados apenas os que responderam de forma positiva aos quesitos de maior grau de deficiência.

Apesar dessa limitação metodológica, o inquérito censitário traz alguns indicativos importantes. De acordo com dados desse Censo, em relação à deficiência mental há um significativo aumento a partir dos cinco anos de idade, mostrando não só o papel da escola na identificação da deficiência, mas apontando para a necessidade de um diagnóstico mais precoce, bem como para avaliações educacionais mais precisas, evitando-se correr o risco de enquadrar como pessoas com deficiência mental outras pessoas com problemas psicológicos, neurológicos ou mesmo socioeconômicos, que interferem no processo de aprendizagem.

Em relação a gênero, o Censo mostrou que 50,4% da população geral eram do sexo feminino e 49,6% do sexo masculino. Já a população de deficientes apresentou-se de forma inversa: 44,4% do sexo feminino e 55,65 do masculino. A diferença maior ocorre quanto à deficiência mental e, principalmente, a deficiência motora. A maior prevalência de deficiência motora na população masculina, predominante entre jovens e adultos, sugere decorrer sobretudo das causas externas, tais como os acidentes de trabalho, de trânsito etc. De outra parte, não se encontra justificativa para a incidência maior de deficiência mental no sexo masculino até a faixa etária de 50 anos de idade. A partir dessa faixa etária, a situação se inverte com predomínio de deficiência mental no sexo feminino. Vários fatores poderão estar relacionados, destacando-se, em especial, o aumento da vida média da população feminina.

Os resultados do Censo 91, por outro lado, não indicam diferença na prevalência de deficiências entre as populações urbanas e rurais; em relação à deficiência motora especificamente, há um relativo aumento na faixa de 20 anos ou mais de idade na população da região urbana, justificável pelos mesmos fatores citados anteriormente (violências e acidentes).

Tanto os resultados da Pnad/81 quanto os do Censo/91, ambos por amostragem e de abrangência nacional, apresentam percentuais inferiores aos estimados pela OMS. Essa diferença pode estar relacionada aos procedimentos metodológicos, como os critérios para definição da amostra ou, ainda, a dificuldades na coleta de dados e a própria conceituação de deficiência, seus tipos e graus, adotados por essas pesquisas.

A grande diferença entre os percentuais encontrados é uma demonstração de que não se dispõe de dados de abrangência nacional e representativos da magnitude do problema. Os números estimados pela OMS, assim como os do Censo e da Pnad, parecem não representar, na média, a realidade do País no que diz respeito à prevalência de deficiências, considerando as diversidades regionais e seus impactos nas condições de vida e saúde da população. As causas, assim como as consequências da deficiência, seja no nível individual do próprio deficiente, seja no nível de toda a sociedade, variam de país para país e resultam das circunstâncias socioeconômicas e das diferentes políticas que os estados adotam com vistas ao bem-estar dos seus cidadãos (Corde,1996).

As principais causas das deficiências são os transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência ou assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva; doenças transmissíveis e crônicas não-transmissíveis; perturbações psiquiátricas; abuso de álcool e de drogas; desnutrição; traumas e lesões, principalmente nos centros urbanos mais desenvolvidos, onde são crescentes os índices de violências e de acidentes de trânsito.

O aumento da expectativa de vida da população brasileira nas últimas décadas tem feito com que as causas da deficiência estejam cada vez mais relacionadas a males crônico-degenerativos, como a hipertensão arterial, a diabetes, o infarto, os acidentes vásculo-encefálicos, a doença de Alzheimer, o câncer, a osteoporose e outros. As doenças cerebrovasculares são a terceira causa de morte no Brasil, com prevalência de 5,8 casos por mil habitantes, acima de 25 anos de idade, significando algo em torno de 100 mil óbitos anuais (Datasus, 1997).

Essas doenças cerebrovasculares têm potencial altamente incapacitante. Estatísticas norte-americanas indicam que, para cada óbito em decorrência dessas doenças, pode haver mais de uma sobrevida.

Estima-se que, nos Estados Unidos, existam 612 hemiplégicos por 100 mil habitantes (Hamillar,1997).

Dados obtidos pelo Datasus demonstram que na cidade de São Paulo, no período 1997/98, a curva de crescimento da ocorrência por acidente vásculo-encefálico inicia-se na faixa etária dos 25 anos de idade, acentuando o seu crescimento a partir da faixa etária dos 65 anos ou mais de idade, atingindo cerca de 44% da população nesta faixa etária, com taxa de mortalidade em torno de 22,55%. Na população em geral, a taxa de mortalidade mantém-se em torno de 16%, elevando-se somente na faixa dos 65 anos ou mais de idade, como era de se esperar, devido ao envelhecimento.

Em sendo assim, os números sugerem que existe um grande contingente de indivíduos com hemiplegia e ou outras sequelas decorrentes de AVC. A faixa etária produtiva, como indicam os dados, também é atingida por acidente vascular encefálico, trazendo assim uma importante perda para o setor produtivo.

Estudo realizado em dezembro de 1998, pela Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), em 800 pacientes matriculados, indica, entre as principais deficiências identificadas, a seguinte distribuição: hemiplegia, 18,12%; sequela de lesão medular, 17,8%; sequela de doenças osteoarticular e neuroevolutivas 14,7%; sequela de hemofilia, lesão por esforço repetitivo (LER), insuficiências vasculares periféricas pós-trauma e cardiopatias, 23,0%; e sequelas incapacitantes em idosos, 2,8%. O mesmo estudo aponta a paralisia cerebral como uma importante causa das deficiências em crianças avaliadas em 1998, atingindo a cerca de 16,4%.

A crescente urbanização e industrialização, sem os devidos cuidados com a preservação da vida e do meio ambiente, gera o aumento de incapacidades. Há indícios de correlação entre o aumento de incapacidade e a incidência de neuroses, doenças psicossomáticas, alcoolismo, vício de drogas, acidentes de trânsito e violência urbana. Levantamento realizado nos hospitais ligados ao SUS mostrou que, em 1997, foram atendidos 6.388 pacientes com fratura da coluna vertebral, representando taxas de internação mais elevadas que nos anos anteriores. Mais de 50% desses casos correspondem a fraturas nos segmentos cervical e dorsal, o que evidencia a gravidade da situação e a provável ocorrência de deficiências (Laurenti et all, 1998).

Quanto à lesão medular, estudo feito também na Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da FMUSP, em 174 pacientes, apresenta a lesão traumática como a causa de 78% dos casos, assim distribuídos: ferimento por armas de fogo, 33%; acidente de trânsito, 19,5%; queda de altura, 19,5%; ferimento por arma branca, 2,4%; queda de objeto, 2,4%; acidente desportivo, 1,2% (Salimene, 1995). Nesse estudo, verificou-se que a faixa etária preponderantemente atingida era a de 18 a 35 anos de idade, com 53% dos indivíduos, sendo que 81,7% dos casos eram do sexo masculino.

Já o estudo procedido em pacientes atendidos na rede Sarah, em 1997, informa que do total de 293 pacientes com traumatismo da coluna vertebral, registrados naquele ano, 42% foram vítimas de acidentes de trânsito; 24% de disparo de armas de fogo; 12% de mergulhos em águas rasas; 11,6% de quedas e 9,5% de outros tipos de acidentes e violências. Clifton (1993), estudando a área de Houston - Gaves, no Texas, em 1981, encontrou 183 pacientes com lesão medular, dos quais 106 - 57,9% - eram paraplégicos. A faixa etária de maior incidência foi a de 15 a 24 anos de idade - 42,26% -, seguida daquela compreendida entre 25 a 34 anos de idade - 31,7% -, com predomínio do sexo masculino. A etiologia mais frequente foi acidente de automóveis - 41 casos -, seguido de perto por acidentes

provocados por armas de fogo (38 casos). Barros Filho (1990), realizando estudos clínicos em pacientes com traumatismo da coluna vertebral e déficit neurológico, internados no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital as Clínicas da USP, no período de 1982 a 1987, constatou que, dos 428 pacientes, 94,3% eram do sexo masculino e na faixa etária de 21 a 30 anos. A causa principal foi ferimento por armas de fogo (34,5%).

Ao se comparar os estudos de Clifton (1993) e de Barros Filho (1990), constata-se uma semelhança muito próxima entre os dados detectados em um grande centro urbano norte-americano e São Paulo, em termos da etiologia e das características da população mais vulnerável às lesões traumáticas. Aliados àqueles observados na Divisão de Medicina e Reabilitação do Hospital das Clínicas, anteriormente citados, os resultados confirmam a violência urbana, os acidentes de trânsito e os acidentes de trabalho como importantes agentes causadores de deficiências no Brasil, neste final de século, especialmente em centros urbanos de médio e grande portes.

Analisando o problema em relação às deficiências foco desta Política - motora, visual, auditiva, mental e múltipla -, cabe assinalar inicialmente que a deficiência motora assume maior relevo a partir dos 25 anos de idade, refletindo a importância dos acidentes, das violências e de certas doenças na gênese desta deficiência.

As pessoas com deficiência motora ressentem-se de uma variedade de condições neurossensoriais que as afetam em termos de mobilidade, de coordenação motora geral ou da fala, como decorrência de lesões nervosas, neuromusculares e osteoarticulares ou, ainda, de má-formação congênita ou adquirida. Dependendo do caso, as pessoas que têm problemas de locomoção conseguem movimentar-se com a ajuda de prótese, cadeira de rodas ou outros aparelhos auxiliares. Ao desenvolver determinadas habilidades, essas pessoas podem ter condições de ir de um lugar para outro, manipular objetos, trabalhar, ser autônomas e independentes.

Já a deficiência visual compreende uma situação irreversível de diminuição da visão, mesmo após tratamento clínico e ou cirúrgico e uso de óculos convencionais. O deficiente visual total ou com baixa visão tem restringida a sua velocidade de trabalho, a orientação e a mobilidade, bem como a sua capacidade de realizar tarefas. Essa deficiência é classificada pela OMS em categorias que abrangem desde a perda visual leve até a ausência total de visão. A adoção dessa classificação é recomendada para que se possa ter uma maior uniformidade de dados estatísticos e estudos epidemiológicos comparativos entre os diferentes países. Entretanto, é apenas quantitativa, baseada em valores de acuidade visual (CID).

A OMS estima que existam 38 milhões de pessoas cegas no mundo, das quais 1,5 milhão são crianças menores de 16 anos de idade. Cerca de 110 milhões de pessoas possuem baixa visão, perfazendo, assim, um total de 148 milhões de pessoas com deficiência visual. Cabe assinalar que, dois terços ou mais da cegueira total existente são evitáveis, ou seja, pode ser tanto prevenida, quanto tratada. A prevalência da cegueira varia nas diferentes partes do mundo. O Brasil e a América Latina estão, de modo geral, incluídos entre as regiões de economia e serviços de saúde razoáveis, onde calcula-se que existam de 0,6 a 0,9 pessoas cegas para cada mil habitantes, sendo que o número daquelas com baixa visão é três vezes maior.

Em crianças, as causas oculares de perda visual mais comuns são as de origem infecciosa, como a rubéola e a toxoplasmose congênita ou adquirida durante os primeiros meses de vida e as de causa hereditária (Barbieri, 1984; Waisberg, 1984; Sato e cols., 1987; Kara José e cols., 1995; Reis e cols., 1998). As de origem cerebral estão associadas a sequelas neurológicas causadas principalmente pela prematuridade, síndromes e más-formações congênitas associadas a múltiplas deficiências que, muitas vezes, sobrepujam a importância da deficiência visual (Carvalho, 1993; OMS, 1994).

No adulto, com o aumento da expectativa de vida e a prevalência das doenças crônico-degenerativas - as quais aumentam com a idade -, as principais causas de perda visual são a retinopatia diabética, o glaucoma e a degeneração muscular senil. A catarata, embora seja uma das principais causas de cegueira no Brasil - mais de 70% dos casos -, não é incluída nas estatísticas de baixa visão por ser tratável e sua perda visual ser reversível após cirurgia e correção óptica convencional, como por exemplo o uso de óculos (Carvalho, 1993; OMS, 1994).

Já a deficiência auditiva, caracterizada pela perda total ou parcial da capacidade de ouvir, manifesta-se como surdez leve e moderada e surdez severa ou profunda. Assim como na visual, as pessoas com deficiência auditiva podem ter afetadas a sua aprendizagem e o seu desenvolvimento integral. A estimativa da OMS, em 1993, é de que 1,5% da população brasileira - cerca de 2.250.000 habitantes - seria de pessoas com essa deficiência. As causas de deficiência auditiva de moderada a profunda, mais frequentes em crianças, são a rubéola gestacional e outras infecções pré-natais. Contudo, em cerca de 33% dos casos não se consegue estabelecer uma etiologia para essa afecção. Nos casos de deficiência auditiva de leve a moderada, a otite média é a causa mais frequente na infância, com uma incidência ao redor de 33%.

Em 1989, 90% de crianças e adolescentes até 16 anos de idade que procuraram o departamento de otorrinolaringologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, com suspeita de deficiência auditiva, tiveram esta deficiência confirmada após terem sido avaliados clinicamente e submetidos a exames especializados. Desses, 90% apresentaram deficiência auditiva severa ou profunda, dos quais 95% bilaterais. Quanto à causa, concluiu-se que 45% dos casos eram de deficiência auditiva congênita; 22%, néo-natais; e 32,5%, de origem desconhecida. Nas deficiências auditivas congênitas, 16% tiveram como causa a rubéola materno-fetal; 10% associadas à prematuridade (baixo peso e hipoxemia); 9% hereditária; 1% em decorrência de casamento consangüíneo; e 11% de outras causas (Castro, 1991).

Na literatura internacional, a presbiacusia - perda auditiva devido à idade - é apontada como a principal causa de deficiência auditiva nos idosos, com uma incidência de cerca de 30% na população com mais de 65 anos de idade. O ruído, principalmente no ambiente de trabalho, é apontado como a segunda principal causa de perda auditiva neurossensorial entre os adultos. Dados semelhantes foram reportados por Silveira em 1992.

De acordo com a Associação Americana de Deficiência Mental (AAMD), na deficiência mental observa-se uma substancial limitação da capacidade de aprendizagem do indivíduo e de suas habilidades para a vida diária. A pessoa com essa deficiência, assim, caracteriza-se por apresentar um déficit na inteligência conceitual, prática e social. Já a deficiência múltipla é a associação, no mesmo indivíduo, de duas ou mais deficiências primárias - mental, visual, auditiva e motora -, com comprometimentos que acarretam atrasos no desenvolvimento global e na capacidade adaptativa.

Em relação a essas deficiências, existem poucos estudos no Brasil que apresentam um perfil mais abrangente dos agentes etiológicos envolvidos na sua determinação. A pesquisa realizada na Sociedade Pestalozzi do Estado do Rio de Janeiro, por intermédio de um estudo retrospectivo de 850 casos de pessoas com deficiência, num período de 10 anos (1981-1990), detectou que 654 casos (76,94%) eram de pessoas com deficiência mental, 106 casos (12,47%) de pessoas com deficiência motora (paralisia cerebral) e 90 casos (10,58%) de pessoas com deficiência múltipla (mental e motora).

Nesse estudo, a análise da parcela de pessoas com deficiência motora e deficiência múltipla - 196 casos no total - levou a concluir que múltiplos fatores foram os agentes etiológicos mais frequentemente envolvidos, correspondendo a 32 casos ou 16,3% da amostra. Esses resultados apontam para um somatório de agressões envolvendo o sistema nervoso nos períodos pré e perinatais e ou nos primeiros dias de vida. Os "fatores ignorados" - 31 casos ou 15,8% - aparecem em segundo lugar, o que pode estar refletindo o pouco acesso da população aos meios diagnósticos.

A anóxia perinatal figura como a terceira causa de deficiências nesse grupo estudado, com 29 casos ou 14,7%, destacando-se como o agente isolado mais frequente. Isso demonstra a importância de medidas preventivas eficientes para evitar ou amenizar as lesões neurológicas ou físicas que podem ser evitadas, sobretudo durante os períodos pré e perinatal. Vale ressaltar, no entanto, que vários autores questionam a anóxia isolada como causadora de paralisia cerebral e que um índice de Apgar baixo necessariamente não determina quadros de paralisia cerebral.

Esses três agentes - múltiplos fatores, agentes ignorados e anóxia perinatal - atuam de vários modos e intensidade e os seus mecanismos de ação podem determinar desde agressões leves até graves. Como agentes infecciosos pré-natais estão a rubéola e a toxoplasmose, com 10 casos - 5,10% - em 196. De qualquer forma, há que se considerar a precariedade do atendimento pré-natal em algumas regiões, o que impossibilita o diagnóstico de muitos casos de doenças infecciosas. No conjunto dos fatores pós-natais, as infecções - meningite e meningoencefalites - têm nítido predomínio como fator isolado entre os demais: com 14 casos, corresponde a 7,14% do total de 196 analisados, sendo que, das causas pós-natais - 25 casos - , respondem por 56% dos casos.

Por não ser patologia de notificação compulsória, a paralisia cerebral apresenta-se como sendo de difícil avaliação em termos de incidência, até mesmo nos países do primeiro mundo, como na Inglaterra e nos Estados Unidos, onde a incidência, na década de 50, apontava para 1,5 casos por 1.000 nascidos vivos e entre 1,5 e 5,9, respectivamente.

A morbidade aumentou nos países industrializados em função da redução da mortalidade perinatal, decorrente do aumento do índice de sobreviventes prematuros e com baixo peso. Pesquisas realizadas na Califórnia - EUA -, no período de 1983 a 1985, também apontam o baixo peso como fator associado à paralisia cerebral: de 192 casos, 47,4% eram de crianças com menos de 2.500g ao nascer.

Vale mencionar ainda a existência de doenças que, embora não estejam enquadradas como deficiência na classificação da OMS, produzem, direta ou indiretamente, graus de limitação variados e que são as condutas típicas, os distúrbios comportamentais, os distúrbios da fala e da linguagem e os transtornos orgânicos.

A despeito de as doenças crônicas apresentarem uma alta probabilidade de gerarem incapacidades, não configuram objeto desta Política na sua prevenção primária, considerando que estão sendo contempladas em políticas específicas. No entanto, as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, a insuficiência coronária, as doenças do aparelho respiratório (como a enfisema), as doenças metabólicas (com as diabetes mellitus e as nefropatias), as doenças hematológicas (a anemia falciforme, as hemoglobinopatias e as hemofilias), bem como o reumatismo e a hanseníase constituem campo de intervenção desta Política a partir de desvantagens e incapacidades delas decorrentes.

As pessoas com ostomias representam um segmento que pode ser classificado com deficiência, na medida em que houve uma doença prévia que deixou uma deficiência do sistema excretor, que produz limitações em várias esferas da vida, tanto social, quanto pessoal. Essas pessoas estão cadastradas pelo SUS e formam uma população de sete mil pessoas. As deficiências sensoriais e as múltiplas, excluída a paralisia cerebral, predominam após os 50 anos de idade, como consequência do processo de envelhecimento e do próprio aumento da vida média da população, refletindo o perfil de transição demográfica no País.

O Ministério da Saúde e a OMS apoiaram a realização de Estudos de Prevalência de Deficiências, Incapacidades e Desvantagem, realizados em 11 cidades de diferentes regiões do País, entre os anos de 1992 e 1999. Utilizando a metodologia de entrevistas domiciliares proposta pela Opas/OMS, esses estudos indicaram percentuais de pessoas com deficiência que variam de 2,81%, em Brasília; a 4,00%, em Taguatinga/DF; 4,30%, em Canoas/RS; 4,80, em Campo Grande/MS; 6,11%, em Santos/SP; 6,18%, em Silva Jardim/RJ; 6,97%, em Maceió/AL; 5,05%, em Santo André/SP; 7,50%, em Niterói/RJ; 9,60%, em Feira de Santana/BA; e 5,9%, em São José dos Campos/SP.

É importante ressaltar que, por se tratar de cidades com perfis populacionais distintos, com localização espacial e regional variadas e com características diferentes em termos socioeconômicos, as generalizações dos resultados para o Brasil, como um todo são desaconselháveis, o que não invalida a credibilidade dos resultados.

Esses percentuais retratam a realidade local, sendo úteis para a composição de um quadro parcial da situação da deficiência nas regiões estudadas, que podem ajudar na compreensão do problema em localidades de perfis semelhantes.

Os resultados dos estudos de prevalência permitem afirmar que as incapacidades motoras são a maioria dos casos de deficiências encontrados nas localidades estudadas, seguidas pelas deficiências mentais. Quanto maior o número de idosos na amostra da pesquisa, maior é a prevalência de incapacidades da visão e da audição. Por outro lado, é elevado o número de casos de deficiência múltipla nos municípios de menor renda per capita, entre os estudados.

A análise da situação das pessoas com deficiência deve ser realizada no contexto de diversos níveis de desenvolvimento econômico e social e de diferentes culturas. Todavia, a responsabilidade fundamental de prevenir as condições que conduzem ao aparecimento de incapacidades e de fazer frente às suas consequências recai, em toda parte, sobre os governos. Isso não diminui a responsabilidade da sociedade em geral, nem dos indivíduos e nem das organizações em particular.

No Brasil, a atenção aos deficientes surgiu com o caráter de atendimento elementar, nas áreas de educação e de saúde, desenvolvido em instituições filantrópicas, evoluindo depois para o atendimento de reabilitação, sem assumir, contudo, uma abordagem integradora desse processo e preservando, na maioria dos casos, uma postura assistencialista. Segundo Maior - 1995 -, originalmente, a reabilitação no Brasil surge em "instituições filantrópicas, sem proposta de participação comunitária, sem ouvir os próprios reabilitandos e conduzidas à margem do Estado" (p. 16).

Por outro lado, considerando que o atendimento integral à pessoa com deficiência, por parte do poder público estatal, ainda é precário, as críticas que possam ser feitas ao papel de entidades devem ser relativizadas. Além disso, devem estar sempre acompanhadas da ressalva de serem pioneiras e majoritárias na área da assistência social, educação e atenção médica a parcelas deste segmento populacional.

A situação da assistência à pessoa com deficiência no Brasil ainda apresenta um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações nas esferas pública e privada. No âmbito assistencial, a maioria dos programas é bastante centralizada e atende a um reduzido número de pessoas com deficiência, além de não contemplar experiências comunitárias, e de seus resultados raramente ser avaliados (Corde, 1995). Todos os leitos de reabilitação, segundo código da tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), estão concentrados nas regiões Centro-Oeste e Sudeste - os Estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro detêm 80% do total -, e pertencem quase que exclusivamente ao setor privado, conveniado e contratado.

Tomando por base os valores financeiros de dezembro de 1998, o gasto com internação de reabilitação alcançou o total de R$399.517,96. Em contrapartida, e a título de comparação, cabe registrar o montante despendido com internação de doentes crônicos e fora de possibilidade terapêutica, que foi de R$7.977.924,99, bem como o total de recursos com internação, nesse mesmo mês (R$340.247.853,63). A internação de doentes crônicos sem possibilidade terapêutica atende uma grande parcela de pessoas com deficiência sem, no entanto, obedecer às normas das portarias da então Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS), as quais regulamentam o atendimento hospitalar em reabilitação. Esses dados evidenciam um sub-registro de internação de pessoas com deficiência nos hospitais gerais e a não estruturação dos serviços de reabilitação em nível hospitalar.

Uma análise preliminar permite concluir que a estratégia usada ainda não foi suficiente para aumentar a cobertura, descentralizar o atendimento e incrementar a qualidade da reabilitação em regime de internação. Podem ser destacados como os mais prováveis fatores causais dessa situação: a falta de investimento na criação dos leitos e centros hospitalares; a pouca sensibilização de dirigentes em relação ao problema; e a remuneração insuficiente do leito de reabilitação. Acresce-se, ainda, o insuficiente engajamento dos hospitais universitários com esse tipo de internação especializada.

Na tabela SIA/SUS, os procedimentos de fisioterapia dominam os gastos, o que corrobora para a perpetuação do atendimento fragmentado e pouco compatível com a proposta de reabilitação integral. Em dezembro de 1998, as despesas com fisioterapia alcançaram um total de R$5.594.469,30, assim distribuídos: fisioterapia traumato-ortopédica, R$ 2.801.230,32; fisioterapia reumatológica, R$ 1.400.820,48; fisioterapia neurológica, R$ 1.166.205,80; fisioterapia respiratória, R$ 150.860,80; fisioterapia vascular periférica, R$ 53.993,60; e fisioterapia cardíaca, R$ 21.358,40. O montante de recursos é relativamente elevado e a aplicação concentra-se no setor privado e nas regiões Sudeste e Nordeste. Não há nenhum indicador de resultado ou de impacto dos atendimentos.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300098

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Tomando-se como exemplo o código de fisioterapia neurológica, em que foram executados 494.155 procedimentos, é possível inferir que parcela significativa dos pacientes atendidos poderia ser melhor enquadrada e assistida valendo-se do enfoque núcleo ou centro de reabilitação, com a abordagem multiprofissional. Todavia, desde a criação desse código, o valor unitário vem sofrendo corrosão e a falta de atrativo financeiro, aliada à ausência de normas de atendimentos de fisioterapia, impede a implantação e a qualidade inicialmente pretendida.

Por outro lado, um aspecto a ser considerado na assistência é a concessão e treinamento de equipamentos individuais - órteses e próteses -, ajuda técnica e bolsas coletoras. Trata-se de uma conquista importante da pessoa com deficiência, resultante das Portarias n.ºs 116/1993 e 146/1993, por intermédio do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência do Ministério da Saúde, que teve, inicialmente, seus recursos fixados no valor de 2,5% da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA). Embora o incremento tenha sido incorporado ao teto de custeio ambulatorial dos estados, a concessão de equipamento reduziu-se ou foi interrompida em muitas unidades federadas, permanecendo apenas naquelas que já tinham compromisso institucional e com maior poder de pressão de profissionais e usuários.

O referido Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituído pela Portaria 827/1991, no âmbito do Ministério da Saúde, tem como objetivo promover a redução da incidência de deficiência no País e garantir a atenção integral a esta população na rede de serviços do SUS. Em decorrência desse Programa, o Ministério da Saúde editou um conjunto de portarias que estabelecem normas e incluem os procedimentos de reabilitação em nível ambulatorial e hospitalar no Sistema, regulamentando, inclusive, a concessão de órteses e próteses.

Nesse conjunto, estão: a Portaria n.º 204/91 que insere no SIH/SUS o tratamento em reabilitação e seus procedimentos; a Portaria n.º 303/92 que inclui no SIA/SUS procedimentos de reabilitação; a n.º Portaria 304/92, que fixa normas de procedimentos de reabilitação; a Portaria n.º 305/92, que inclui internação em reabilitação no SIH/ SUS; a Portaria n.º 306/92, que apresenta normas dos procedimentos de reabilitação; a Portaria n.º 225/92, que dispõe sobre o funcionamento dos serviços de saúde para o deficiente no SUS; a Portaria n.º 116/93, que inclui a concessão de órteses e próteses na tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS; e a Portaria n.º 146/93, que regulamenta a concessão de órteses e próteses visando a reabilitação e a inserção social.

Apesar de todas as medidas até então levadas a efeito, ainda persistem fatores que dificultam o alcance de melhores resultados na atenção à saúde da pessoa com deficiência e o efetivo aproveitamento dos recursos financeiros, técnicos, materiais e humanos, entre os quais destacam-se: a desinformação da sociedade em geral, a precária distribuição dos recursos financeiros, a visão limitada dos serviços sobre como e em que poderiam contribuir para a independência e a qualidade de vida destas pessoas.

Soma-se a isso o desafio de despertar a consciência da população em relação aos benefícios resultantes para os indivíduos e a sociedade da inclusão das pessoas com deficiência em todas as esferas da vida social, econômica e política. As organizações não-governamentais podem, de diversas maneiras, apoiar as ações governamentais voltadas a esse segmento populacional, sobretudo apontando necessidades, sugerindo soluções ou oferecendo serviços complementares às pessoas com deficiência.

Nesse sentido, a presente Política Nacional, para o alcance do seu propósito, apresentado a seguir, confere prioridade à mobilização da população para com a saúde das pessoas com deficiência, a partir do que viabilizará a tomada das medidas necessárias ao enfrentamento dos problemas anteriormente abordados e no provimento da atenção adequada a este segmento populacional.

2. PROPÓSITO

A presente Política Nacional do setor saúde, dentro do contexto das políticas governamentais e à luz dos direitos universais do indivíduo, tem como propósito reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano - de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social - e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

A consecução desse propósito será pautada no processo de promoção da saúde, considerando, sobretudo, a possibilidade que enseja para a efetiva articulação entre os diversos setores do governo e a efetiva participação da sociedade. Além disso, o alcance do propósito desta Política requer a criação de ambientes favoráveis à saúde das pessoas com deficiência e a adoção de hábitos e estilos saudáveis, tanto por parte destas pessoas, quanto daquelas com as quais convivem, os quais constituem condições indispensáveis para a qualidade de vida buscada por esse processo.

3. DIRETRIZES

Para o alcance do propósito explicitado no capítulo precedente, são estabelecidas as seguintes diretrizes, as quais orientarão a definição ou a readequação dos planos, programas, projetos e atividades voltados à operacionalização da presente Política Nacional:

promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência;

assistência integral à saúde da pessoa com deficiência;

prevenção de deficiências;

ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação;

organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência; e

capacitação de recursos humanos.

3.1. Promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência

A implementação dessa diretriz compreenderá a mobilização da sociedade, nesta incluídos setores do governo, organismos representativos de diferentes segmentos sociais e organizações não-governamentais - entre as quais as instituições que atuam na promoção da vida independente -, visando assegurar a igualdade de oportunidades às pessoas com deficiência.

Essa garantia deverá resultar no provimento de condições e situações capazes de conferir qualidade de vida a esse segmento populacional. Para tanto, além da prevenção de riscos geradores de doenças e morte, constituirá foco dessa diretriz a implementação de ações capazes de evitar situações e obstáculos à vida, com qualidade, das pessoas com deficiência. Entre os elementos essenciais nesse sentido estão a criação de ambientes favoráveis, o acesso à informação e aos bens e serviços sociais, bem como a promoção de habilidades individuais que favoreçam o desenvolvimento das potencialidades destas pessoas.

No tocante a ambientes favoráveis à saúde desse segmento, especial atenção será concedida às facilidades para a locomoção e adaptação dos diferentes espaços, tanto os públicos - como vias e edifícios -, quanto os domiciliares, eliminando-se, assim, barreiras urbanísticas e arquitetônicas que dificultam a efetiva integração e inclusão. No conjunto dessas facilidades, está a construção de rampas e de corrimãos, bem como a adoção de múltiplas formas de comunicação. De outra parte, deverá ser promovido o amplo acesso das pessoas com deficiência às informações acerca dos seus direitos e das possibilidades para o desenvolvimento de suas potencialidades, seja na vida cotidiana e social, seja no trabalho, no esporte e no lazer. Ao lado disso, deverão ser desenvolvidas campanhas de comunicação social e processos educativos continuados dirigidos a segmentos específicos e à população em geral visando a superação de preconceitos e posturas que impedem ou constituam obstáculos à inclusão social das pessoas com deficiência.

Além de normas específicas de saúde que viabilizem o acesso e a qualidade das ações e serviços, o setor promoverá o estabelecimento ou o cumprimento daquelas afetas a outros setores voltadas à qualidade de vida desse segmento, bem como a plena observância do arcabouço legal específico, como é o caso do Decreto n.º 3298/99.

No âmbito do SUS em particular, buscar-se-á assegurar a representação das pessoas com deficiência nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de gestão do Sistema, objetivando, em especial, a sua participação ativa na proposição de medidas, no acompanhamento e na avaliação das ações levadas a efeito.

Paralelamente, o setor saúde adotará medidas destinadas a garantir a qualidade e o suprimento de ajudas técnicas compreendidas na tecnologia assistiva, de modo a estimular a independência e a dignidade na inclusão social desse segmento.

3.2. Assistência integral à saúde da pessoa com deficiência

A assistência a esse segmento pautar-se-á no pressuposto de que a pessoa com deficiência, além das necessidades de atenção à saúde específicas da sua própria condição, é um cidadão que pode ser acometido de doenças e agravos comuns aos demais, necessitando, portanto, de outros tipos de serviços além daqueles estritamente ligados a sua deficiência.

Nesse sentido, a assistência à saúde do pessoa com deficiência não poderá ocorrer somente nas instituições específicas de reabilitação, devendo ser assegurado a ele o atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas.

Por outro lado, promover-se-á a ampliação da cobertura assistencial em reabilitação, de modo que o acesso seja propiciado a toda a população com deficiência o qual, atualmente, estima-se alcance cerca de 2% deste segmento. Um das estratégias para tanto será a inclusão da assistência em reabilitação em unidades cujas ações são de diferentes níveis de complexidade.

Assim, a assistência à saúde da pessoa com deficiência, incluindo-se a assistência em reabilitação, deverá ser prestada observando-se os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, compreendendo desde as unidades básicas de saúde, os centros de atendimento em reabilitação - públicos ou privados - e organizações não-governamentais, até os Centros de Referência em Reabilitação, responsáveis pelas ações de maior nível de complexidade. Além disso, essa assistência envolverá a geração de conhecimentos, tecnologias e treinamento profissional em reabilitação em nível de pós-graduação estrito e lato senso. Para o atendimento desses requisitos, os Centros de Referência em Reabilitação deverão estar prioritariamente vinculados, direta ou indiretamente, a hospitais universitários.

As ações de assistência à saúde destinadas a esse segmento estarão dessa forma inseridas em um sistema amplo que abrangerá a implementação de programas de reabilitação envolvendo a família e a comunidade, bem como a modernização de centros de referência com atendimento e procedimentos de alta complexidade, em caráter ambulatorial.

Dessa forma, buscar-se-á continuamente aumentar a capacidade resolutiva dos serviços prestados, valendo-se, para tanto, de medidas sistemáticas dirigidas ao aprimoramento da assistência e de permanente avaliação. Nesse sentido, adotar-se-á a premissa de que a reabilitação constitui um processo de mão dupla, em que o indivíduo com deficiência, sua família e a comunidade deverão ser trabalhados simultaneamente. Assim, a programação do tratamento de reabilitação considerará o indivíduo e a sua família como centro e agentes prioritários do processo.

As ações de saúde para a pessoa com deficiência, assim, terão como eixos fundamentais o diagnóstico e o encaminhamento corretos dos procedimentos referentes às deficiências, imprescindíveis para prevenir e mesmo inibir ou minimizar as limitações e desvantagens delas decorrentes.

O diagnóstico da deficiência incluirá a doença e suas causas, bem como o grau de extensão da lesão. A mensuração da incapacidade e do comprometimento físico-funcional, real ou potencial, também deverão ser diagnosticados com precisão. A avaliação da situação e dinâmica familiar envolverá também as condições emocionais e a situação socioeconômica, cultural e educacional do indivíduo, bem como as suas expectativas frente ao processo de reabilitação, educação e profissionalização. Esse diagnóstico global deverá ser realizado em conjunto com a pessoa com deficiência e servirá de base para a definição de seu programa de reabilitação.

O diagnóstico presuntivo da deficiência precocemente formulado por profissionais que atuam principalmente nos serviços de saúde de menor complexidade, será fundamental na orientação da família para a busca de atenção necessária, no local adequado.

Todas as medidas assistenciais voltadas à saúde da pessoa com deficiência, incluindo a reabilitação, deverão levar em conta, sobretudo, as necessidades, potencialidades e recursos da comunidade, de modo a assegurar-se a continuidade e as possibilidades de autossustentação, visando, em especial, a manutenção da qualidade de vida deste segmento populacional e a sua inclusão ativa na comunidade. Tal objetivo, no âmbito do setor saúde, será alcançado mediante, sobretudo, a reabilitação da capacidade funcional e do desempenho humano da pessoa com deficiência.

A atuação dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família terá um papel fundamental na disseminação das práticas e estratégias de reabilitação baseada na comunidade. Nesse particular, ressalte-se que a inserção da assistência à saúde da pessoa com deficiência nas ações das equipes de saúde e dos agentes comunitários constituirá estratégia fundamental para implementação dos procedimentos de prevenção e reabilitação nos diferentes níveis de atendimento.

No processo de reabilitação, a busca da eficiência será uma preocupação permanente, desde a adoção de estratégias e ações que utilizem recursos da própria comunidade, até a intermediação de centros de excelência para procedimentos de alta complexidade. As ações de reabilitação deverão ter uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, de modo a garantir tanto a sua qualidade, quanto o princípio da integralidade.

Essas ações terão, assim, um enfoque funcional e integral, o que significa respeitar as especificidades de cada caso e as áreas das deficiências. Nesse sentido, além de contar com equipe multiprofissional e interdisciplinar, as instituições de reabilitação deverão dispor de implementos tecnológicos para avaliação, diagnóstico e tratamento em reabilitação, adequados ao nível de complexidade a que se destinam.

Serão considerados parte da atenção integral à saúde das pessoas com deficiência, os métodos e as técnicas específicas para garantir ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, incluindo medicamentos, recursos tecnológicos e intervenções especializadas.

A atenção integral à saúde das pessoas com deficiência inclui a saúde bucal e a assistência odontológica, acompanhadas de procedimentos anestésicos e outros, em casos específicos. Este atendimento deverá ser em regime ambulatorial especial ou em regime de internação, quando a natureza da sequela assim o exigir.

Serão consideradas parte integrante do processo de reabilitação as concessões de órtese e prótese, dado que tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão da pessoa com deficiência. A concessão desses equipamentos estará estreitamente vinculada ao atendimento de reabilitação, devendo a prescrição obedecer a criteriosa avaliação funcional, constituindo-se, dessa forma, um ato médico. Além disso, buscar-se-á prover o acesso dessas pessoas aos medicamentos que auxiliam na limitação da incapacidade, na reeducação funcional, no controle das lesões que geram incapacidades e que favorecem a estabilidade das condições clínicas e funcionais.

A assistência domiciliar em reabilitação configurará medida essencial no atendimento desse segmento populacional, compreendendo desde os serviços de apoio à vida cotidiana até o oferecimento de suporte clínico especializado em situação de internamento no domicílio. Nessa assistência deverão ser previstos os recursos necessários à complementação diagnóstica e as intervenções de caráter preventivo como, por exemplo, fornecimento de oxigênio.

3.3. Prevenção de deficiências

A implementação de estratégias de prevenção será fundamental para a redução da incidência de deficiências e das incapacidades delas decorrentes, tendo em vista que cerca de 70% dos casos são evitáveis ou atenuáveis com a adoção de medidas apropriadas e oportunas (Corde, 1992). O conhecimento da prevalência de doenças e de deficiências potencialmente incapacitantes configurará subsídio essencial para o desenvolvimento das ações de prevenção e a adoção de medidas destinadas a reduzir ou eliminar as causas de deficiências.

As diferentes realidades regionais brasileiras, que compreendem, entre outros, aspectos específicos de ambientes e processos de produção, de emprego e de renda, além de questões culturais que determinam a prevalência de doenças potencialmente incapacitantes deverão ser reconhecidas e consideradas nas estratégias de prevenção.

As medidas preventivas envolverão ações de natureza informativa e educativa dirigidas à população, relacionadas ao atendimento pré-natal adequado e à detecção precoce de deficiências, bem como de conscientização e formação de recursos humanos qualificados para a prestação de uma atenção eficiente neste contexto.

Nesse sentido, deverão ser promovidos processos educativos e campanhas de comunicação social que esclareçam e estimulem a população em geral e os segmentos de risco a adotarem estilos de vida saudáveis e, consequentemente, a abandonar hábitos nocivos, como o sedentarismo, o tabagismo e o uso de drogas.

Os programas de vacinação que, sabidamente, contribuem para a prevenção de deficiências, deverão incluir ações informativas à população em geral enfocando a inter-relação da imunização e a prevenção de deficiências, utilizando-se de linguagem acessível e de recursos variados e abrangentes. Nesse particular, ênfase especial será dada às atividades de vacinação contra poliomielite, o sarampo e a rubéola. A investigação da citomegalovirose deverá também ser in-

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

centivada e possibilitada nos serviços de acompanhamento de gestante. Ao lado disso, serão implementadas medidas que contemplem a segurança e a saúde nos ambientes de trabalho, destinadas a prevenir os acidentes e as doenças profissionais, tanto no setor urbano quanto no rural.

Promover-se-á, por outro lado, o acesso da população aos exames mais específicos para detecção de doenças genéticas que determinam deficiência, com destaque para o exame de cariótipo e pesquisa para outros erros inatos do metabolismo em geral, tais como: fenilcetonúria, hemoglobinopatias, hipertiroidismo congênito, entre outras.

Deverão ser também promovidos serviços de genética clinica para que se proceda a um adequado aconselhamento genético às famílias. Procedimentos de acompanhamento do desenvolvimento infantil nos seus aspectos motor, cognitivo e emocional deverão ser valorizados nos programas de saúde da criança como uma importante estratégia de prevenção de deficiências nesta população.

A articulação e a integração na implementação da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências serão, igualmente, iniciativas essenciais, principalmente mediante o estabelecimento de parcerias entre os vários setores e órgãos envolvidos, em todos os níveis de governo, com o objetivo de diminuir ao máximo o número de vítimas e, consequentemente, de sequelas que determinam algum tipo de deficiência.

3.4. Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação

Adequando-se às normas que disciplinam a criação de fontes de dados e ajustando-se às condições propostas nos fundamentos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), deverão ser criados mecanismos específicos para produção de informação a respeito de deficiências e incapacidades no âmbito do SUS.

O monitoramento permanente da ocorrência de deficiências e incapacidades, assim como as análises de prevalência e tendências, constituirá prioridade do SUS nas três esferas de governo. Tais iniciativas visarão o provimento oportuno de informações para a tomada de decisões quanto à adoção das medidas preventivas e à organização dos serviços especializados de assistência reabilitadora, além de subsídios para a identificação de linhas de pesquisa e a organização de programas de capacitação de recursos humanos.

Buscar-se-á, por iniciativa dos gestores do SUS, fomentar a realização de estudos epidemiológicos e clínicos, com periodicidade e abrangência adequadas, de modo a produzir informações sobre a ocorrência de deficiências e incapacidades. Para a efetivação desses estudos, será recomendável o uso da metodologia de inquérito domiciliar da Opas, com a devida adaptação à realidade brasileira, tanto nos aspectos relativos a sua aplicação, quanto nos relacionados à interpretação de seus resultados.

No que se refere aos censos demográficos, deverá ser buscado, por intermédio dos órgãos competentes, o estabelecimento de articulação com o IBGE, visando o ajuste dos quesitos específicos das planilhas censitárias, favorecendo, assim, a adequada e real apuração dos casos de deficiências e incapacidades existentes na população, bem como o detalhamento necessário à tomada de decisões dos gestores do SUS. Da mesma forma, promover-se-á a compatibilização de quesitos que permitam a extração de dados e informações específicos das Pesquisas Nacionais por Amostragem Domiciliar.

Na busca de informações de interesse gerencial, ênfase será dada à análise de dados dos sistemas de informação da produção e pagamento de serviços ambulatoriais, hospitalares, de diagnóstico complementar, bem como o fornecimento de órteses e próteses no âmbito do SUS, de que são o exemplo o SIA/SUS e o SIH/SUS. Desses sistemas serão extraídos dados que permitam análises qualitativas e quantitativas a respeito do diagnóstico da deficiência e do tratamento oferecido, facilitando a identificação, a localização das pessoas com deficiência, caracterizando o perfil dessa clientela, a sua distribuição, bem como o impacto dos custos, no âmbito dos recursos públicos, da atenção prestada a essa população, observando, também, a conjuntura e as diversidades regionais.

No tocante à infraestrutura dos serviços e aos profissionais de saúde, serão promovidos, anualmente, levantamentos e cadastramentos de unidades e especialistas envolvidos na assistência às pessoas com deficiência. Tais informações serão utilizadas para a análise da oferta de leitos, dos serviços ambulatoriais e de diagnóstico complementar, de modo a identificar lacunas e superposições que estejam dificultando o acesso universal e a oferta integral preconizados para o SUS. Esses levantamentos propiciarão a realização de análises sob os mais variados prismas da questão como, por exemplo, o conhecimento da distribuição geográfica dos serviços especializados, a cobertura viabilizada por estes serviços, a quantificação e a qualificação dos profissionais de saúde atuantes na área das deficiências nos serviços em âmbito federal, estadual e municipal.

O cruzamento das informações tornadas disponíveis pelas diversas fontes de dados será essencial para o adequado equacionamento das questões relativas à saúde da pessoa com deficiência. Continuamente, estudos analíticos serão promovidos mediante a superposição crítica dos resultados dos censos periódicos, das pesquisas censitárias domiciliares anuais, dos estudos epidemiológicos e clínicos, dos cadastramentos e dos levantamentos de infraestrutura.

3.5. Organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência

A atenção à saúde das pessoas com deficiência deverá reafirmar a importância do desenvolvimento de ações de forma descentralizada e participativa, conduzido, em especial, segundo a diretriz do SUS, relativas ao comando único em cada esfera de governo. Além disso, levará em conta que a rede de serviços de atenção à saúde desse segmento terá sempre interfaces com outras políticas públicas.

Nesse sentido, a atenção à saúde das pessoas com deficiência comportará a organização das ações e serviços em, pelo menos, três níveis de complexidade, interdependentes e complementares: atenção básica; atenção ambulatorial especializada; e atenção ambulatorial e hospitalar especializadas.

No nível de atenção básica, os serviços deverão estar qualificados a desenvolver:

ações de prevenção primária e secundária - como, por exemplo, controle da gestante de alto-risco, atenção à desnutrição -, detecção precoce de fatores de riscos - como controle da hipertensão arterial e combate ao tabagismo -, bem como o atendimento às intercorrências gerais de saúde da população com deficiência;

ações básicas de reabilitação com vistas a favorecer a inclusão social, de que são exemplos orientações para a mobilidade da pessoa com deficiência visual, prevenção de deformidades mediante posturas adequadas, estimulação da fala para as pessoas com distúrbios de comunicação.

Nesse nível, a intervenção de caráter individual, familiar, grupal e comunitária deverá organizar-se de forma complementar ao nível secundário especializado. Serão continuamente fomentados programas de reabilitação em parceria com a comunidade, nos quais os serviços respectivos e as lideranças comunitárias trabalham juntos com o objetivo de resolver os problemas funcionais e a inclusão social das pessoas com deficiência. Tais medidas, definidas a partir das necessidades dos usuários, deverão ser devidamente articuladas, planejadas e implementadas de forma intersetorial e descentralizada. As ações, por sua vez, serão desenvolvidas por familiares ou agente comunitário capacitado e supervisionado, com avaliação constante e sistematizada.

Já no nível de atenção secundária, os serviços deverão estar qualificados para atender as necessidades específicas das pessoas com deficiência advindas da incapacidade propriamente dita. Nesse nível, por conseguinte, será prestado o tratamento em reabilitação para os casos referendados, mediante atuação de profissional especializado para tal e utilização de tecnologia apropriada (tais como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, avaliação e acompanhamento do uso de órteses e próteses, entre outros).

Nesse nível, a organização das ações comporá um planejamento de abrangência local e regional, definida em bases epidemiológicas, e terá caráter complementar à atenção básica e ao atendimento terciário, tendo em conta um sistema de referência e contrarreferência, objetivando o alcance da maior cobertura e resolubilidade possíveis dos casos detectados. As ações de nível secundário deverão ser executadas por equipe multiprofissional, de caráter interdisciplinar, de acordo com a disponibilidade local de recursos humanos especializados. Será fundamental, nesse nível, o fornecimento de órteses, próteses, equipamentos auxiliares, bolsas de ostomia e demais itens de tecnologia assistiva necessária.

O nível terciário - ambulatorial e hospitalar - deverá estar qualificado para prestar atendimento aos casos de reabilitação cujo momento da instalação da incapacidade, o seu tipo e grau justifiquem uma intervenção mais frequente e intensa, requerendo, portanto, tecnologia de alta complexidade e recursos humanos mais especializados. Será importante que os serviços nesse nível tenham caráter docente e assistencial, vinculado aos centros universitários ou formadores de recursos humanos. Nesse nível, ainda, promover-se-á a formulação, em conjunto com os demais níveis, de instrumentos de avaliação da eficiência e eficácia do processo reabilitativo, bem como dos de resultados e de impactos alcançados na região.

Esses serviços estarão estruturados por especificidade da deficiência e contarão igualmente com equipe multiprofissional e interdisciplinar, que considere a globalidade das necessidades dos usuários. Assim, deverão além de fornecer o conjunto das ajudas técnicas - tecnologia assistiva - característico do nível secundário, desenvolver atividades nos campos da pesquisa e da capacitação de recursos humanos, bem como dispor na sua estrutura de serviços de apoio, como aqueles inerentes, por exemplo, às áreas de neurologia, foniatria, ortopedia e traumatologia.

A organização e o funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência compreenderão também a assistência domiciliar. A rede de atenção integral à pessoa deficiente deverá, necessariamente, prover os serviços necessários de forma a mais próxima possível, tanto do ponto de vista geográfico quanto social e cultural da comunidade, integrando-se efetivamente no contexto da municipalização da saúde. Na ausência de condições para tal, deverão ser feitos os encaminhamentos necessários, bem como o acompanhamento dos resultados alcançados.

Promover-se-á a disponibilidade de serviços de média complexidade, no nível regional, os quais poderão ser implantados por municípios de maior porte, por meio de consórcios intermunicipais ou, onde não for possível, por intermédio do Estado. A rede de serviços deverá garantir a detecção de todos os tipos e graus de deficiência, incluindo a atenção a pacientes com severo nível de dependência, bem como o conjunto de suas necessidades no âmbito da saúde. Unidades assistenciais filantrópicas poderão integrar, de forma complementar, a rede de serviços.

A porta de entrada do usuário deverá ser a unidade básica de saúde ou os serviços de emergência ou pronto atendimento, onde será assistido, receberá orientação e ou encaminhamento para a unidade mais adequada ao seu caso. Essa dinâmica possibilitará uma distribuição racional da clientela, evitando a sobrecarga de qualquer um dos serviços. O fato de ser assistido por um serviço de menor complexidade não implicará o não atendimento nos demais integrantes dos outros níveis.

A unidade básica constituirá, portanto, o local por excelência do atendimento à pessoa com deficiência, dada a sua proximidade geográfica e sociocultural com a comunidade circundante e, para isso, será necessário que esteja apta a oferecer atendimento resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades.

Será fundamental a articulação entre os gestores municipais visando garantir o cumprimento da programação pactuada e integrada das ações voltadas às pessoas com deficiência. Nesse sentido, será igualmente estratégica a instalação de rede regionalizada, descentralizada e hierarquizada de serviços de reabilitação, que contemple ações de prevenção secundária, diagnóstico etiológico, sindrômico e funcional; orientação prognóstica; ações básicas e complexas de reabilitação, além daquelas voltadas à inclusão social; e promova a interrelação dos serviços existentes. As unidades de reabilitação funcionarão na conformidade das orientações estabelecidas nas Portarias SNAS n.ºs 303, 304, 305 e 306, editadas em 1993.

Os estados e municípios definirão mecanismos de acompanhamento, controle, supervisão e avaliação de serviços de reabilitação, visando a garantia da qualidade do atendimento e uma reabilitação integradora e global da pessoa com deficiência. Um aspecto essencial na organização e funcionamento dos serviços será o estabelecimento de parcerias com os diversos níveis de governo, bem assim com organizações não-governamentais que têm larga experiência no atendimento a esse segmento populacional.

O serviço de saúde local deverá atuar de forma articulada com a área de assistência social visando, em especial, facilitar o acesso ao tratamento da pessoa com deficiência.

3.6 Capacitação de recursos humanos

A disponibilidade de recursos humanos capacitados para o desenvolvimento das ações decorrentes desta Política será enfocada como prioritária. Nesse sentido, a formação de recursos humanos em reabilitação deverá superar a escassez de profissionais com domínio do processo reabilitador e que atuem segundo a interdisciplinaridade aqui proposta.

Visando garantir o direito ao atendimento de saúde estabelecido nesta Política e o acesso à reabilitação a quem dela necessitar, buscar-se-á formar equipes interdisciplinares, compostas por profissionais de níveis técnico e universitário, as quais serão submetidas continuamente a cursos de qualificação e atualização.

Os programas de formação e treinamento serão promovidos junto aos diferentes órgãos envolvidos com a questão, tanto dos níveis federal, quanto estadual e municipal, os quais buscarão o engajamento das instituições públicas não-estatais neste trabalho. Ao lado disso, promover-se-á o desenvolvimento de ações conjuntas com o Ministério da Educação e as instituições de ensino superior, tendo em vista a necessidade de que sejam incorporadas disciplinas e conteúdos de reabilitação e atenção à saúde da pessoas com deficiência nos currículos de graduação da área de saúde.

As instituições de ensino superior deverão ser estimuladas a incorporar conteúdos de reabilitação na parte diversificada dos currículos dos cursos de graduação, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, com o objetivo de fomentar projetos de pesquisa e extensão nessa área do saber.

Deverá ser estimulada também, junto às agências de fomento ao ensino de pós-graduação e pesquisa - tais como o CNPq, a Capes, a Fiocruz e as fundações estaduais -, a ampliação do número de vagas e de bolsas de estudo e de pesquisa, voltadas para a formação de profissionais e pesquisadores de alto nível na área de reabilitação. Buscar-se-á da mesma forma incentivar os centros de referência em medicina de reabilitação para o desenvolvimento, entre outras atividades de educação continuada, de cursos de capacitação para o atendimento às pessoas com deficiência, destinados aos profissionais do SUS e da rede suplementar de assistência.

Os agentes comunitários de saúde e os profissionais que atuam nas equipes de saúde da família deverão receber treinamento que os habilite para o desenvolvimento de ações de prevenção, detecção precoce, intervenção específica e encaminhamento adequado das pessoas com deficiência. A capacitação de agentes de saúde para a atenção à pessoa com deficiência, nos aspectos referentes à assistência e à reabilitação, deverá ser promovida no contexto das ações de saúde da família e de saúde comunitária, sempre na perspectiva da promoção de uma vida saudável e da manutenção dos ganhos funcionais.

Além disso, serão promovidos treinamentos para a capacitação profissional do atendente pessoal, com enfoque na valorização, na autonomia e na individualidade da pessoa com deficiência, respeitando suas necessidades, como elemento de apoio para o estímulo à vida independente. Deverão ser criados ainda, em articulação com o Ministério da Educação, cursos com o objetivo de formar profissionais especializados na produção de órteses e próteses, em níveis médio e superior.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

A atenção à pessoa com deficiência envolve esforços de múltiplas instituições públicas e privadas, bem como de organizações civis, cujo objetivo final é a inclusão da pessoa com deficiência a sua comunidade, habilitando-a ao trabalho e ao exercício da vida social, segundo as suas possibilidades.

Nesse sentido, caberá aos gestores do SUS, de acordo com as suas respectivas competências e de forma articulada, criar as condições e atuar de modo a viabilizar o alcance do propósito desta Política, qual seja: reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano - de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social - e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Essa forma de atuação significará compartilhar responsabilidades tanto no âmbito interno do setor saúde, quanto no contexto de outros setores.

Assim, nas suas respectivas áreas de abrangência, os gestores buscarão estabelecer processos permanentes de articulação e integração institucional, tendo em vista a consolidação de compromissos intersetoriais, os quais deverão configurar parcerias efetivas. Promoverão, também, a participação de diferentes segmentos da sociedade que possam contribuir para a implementação das diretrizes desta Política.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300100

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

4.1. Articulação Intersetorial

No âmbito federal, o processo de articulação deverá envolver os setores a seguir identificados, com os quais procurar-se-á estabelecer parcerias que viabilizem o alcance dos objetivos preconizados.

A) Ministério da Educação;

A parceria com esse Ministério buscará, sobretudo:

a. a difusão, junto às instituições de ensino e da comunidade escolar, de informações relacionadas às deficiências, à prevenção e à limitação das incapacidades de modo a contribuir para a qualidade de vida desse segmento populacional;

b. o estímulo à criação de centros de referência em reabilitação nos hospitais universitários, com atuação integrada com o SUS, voltado ao atendimento da pessoa com deficiência, bem como ao treinamento contínuo de equipes interdisciplinares de reabilitação;

c. a garantia de retaguarda clínica às pessoas com deficiência inscritas na rede de ensino básico, em estreita parceria com as respectivas secretarias estaduais e municipais de educação e saúde;

d. a reavaliação e adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área de saúde, visando o atendimento das diretrizes fixadas nesta Política;

e. a colaboração às secretarias de educação dos estados e municípios no treinamento e capacitação dos docentes para o trabalho com a pessoa com deficiência, tendo em vista a sua inclusão no ensino regular;

f. a inclusão nos currículos dos cursos de graduação da área de saúde de conteúdos relacionados à reabilitação.

B) Ministério da Previdência e Assistência Social;

A parceria com esse Ministério visará em especial:

a. a realização de pesquisas epidemiológicas junto aos seus segurados relativas às doenças potencialmente incapacitantes, sobretudo quanto aos seus impactos nos indivíduos e na família, na sociedade, na previdência social e no setor saúde;

b. o encaminhamento do segurado, com deficiência, reabilitado pelo sistema de saúde, para programas de trabalho com ênfase na reeducação profissional, no trabalho domiciliar e nas cooperativas de prestação de serviço;

c. a difusão, junto aos seus serviços e àqueles sob sua supervisão, de informações relativas à proteção da saúde do com deficiência, à prevenção secundária e à limitação ou recuperação de incapacidades;

d. a promoção de treinamento de grupos de cuidadores para a identificação de deficiências e a promoção de cuidados básicos à pessoa com deficiência, tendo em vista a manutenção da qualidade de vida;

e. a inclusão na rede do SUS das unidades da rede da assistência social que já desenvolvem ações de reabilitação multidisciplinares especializadas para o atendimento de todos os tipos de deficiência;

f. a promoção da observância das normas relativas à criação e ao funcionamento de instituições de reabilitação e que assistem pessoas com deficiência nas unidades próprias e naquelas sob a sua supervisão

C) Ministério da Justiça;

Com esse Ministério, buscar-se-á, sobretudo:

a. a observância de mecanismos, normas e legislação voltados à promoção e à defesa dos direitos da pessoa com deficiência no tocante às questões de saúde;

b. a promoção da aplicação dos dispositivos de segurança no trânsito, principalmente no tocante ao uso do cinto de segurança;

c. a promoção, junto aos estados e municípios, de processos educativos relacionados ao trânsito, voltados à redução do número de vítimas e a consequente diminuição de sequelas que determinam algum tipo de deficiência;

d. o fornecimento de subsídios ao Ministério Público no tocante à criminalização da discriminação e do preconceito referentes à recusa, retardo ou limitação dos serviços médicos, hospitalares e ambulatoriais à pessoa com deficiência;

e. o provimento ao cidadão com deficiência, em articulação com a Corde, das informações sobre os direitos conquistados na área da saúde.

D) Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano;

Com essa Secretaria, a parceria objetivará, em especial:

a. a promoção de planos de habitação e moradia que permitam o acesso e a locomoção das pessoas com deficiência e que eliminem, portanto, barreiras arquitetônicas e ambientais que dificultam ou impedem a independência funcional destas pessoas;

b. a instalação de equipamentos comunitários públicos adequados à utilização da população com deficiência;

c. a promoção de ações na área de transportes urbanos que permitam e facilitem o deslocamento da pessoa com deficiência, sobretudo aquela que apresenta dificuldades de locomoção, na conformidade das normas existentes relativas à acessibilidade.

E) Ministério do Trabalho e Emprego;

Com esse Ministério, a parceria a ser estabelecida visará, principalmente:

a. a melhoria das condições de emprego, compreendendo a eliminação das discriminações no mercado de trabalho e a criação de condições que permitam a inserção da pessoa com deficiência na vida socioeconômica das comunidades;

b. a promoção de cursos e de materiais informativos voltados à eliminação do preconceito em relação à pessoa com deficiência destinados a empregadores.

c. o encaminhamento das pessoas com deficiência reabilitadas pelo sistema de saúde para cursos de capacitação profissional e inserção no mercado de trabalho.

F) Ministério do Esporte e Turismo;

A parceria objetivará em especial:

a. a implementação e o acompanhamento de programas esportivos e de atividades físicas destinados às pessoas com deficiência, tendo como base o conceito de qualidade de vida, e a utilização destas medidas para a manutenção dos ganhos funcionais obtidos com o programa de reabilitação;

b. a promoção de turismo adaptado à pessoa com deficiência, como elemento de qualidade de vida e inclusão social.

G) Ministério da Ciência e Tecnologia;

Buscar-se-á, com esse Ministério, o estabelecimento de parcerias que fomentem, sobretudo, o desenvolvimento de pesquisa na área da reabilitação, contemplando: 1) estudos de prevalência de incapacidades; 2) validação de novas tecnologias para diagnóstico e tratamento da pessoa com deficiência; 3) gerenciamento das informações referentes ao impacto social e funcional da reabilitação; 4) capacitação, reorganização e atualização tecnológica dos Centros de Reabilitação; e 5) avaliação da eficiência e eficácia dos modelos de atenção hospitalar, centro de reabilitação ambulatorial e assistência domiciliar.

4.2. Responsabilidades do Gestor Federal - Ministério da Saúde:

A) Implementar, acompanhar e avaliar a operacionalização desta Política, bem como os planos, programas e projetos dela decorrentes;

B) Assessorar os estados na formulação e na implementação de suas respectivas políticas, consoante às diretrizes aqui fixadas;

C) Criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos às instâncias estadual e municipal, ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde e de reabilitação da pessoa com deficiência;

D) Promover a capacitação de recursos humanos necessários à implementação desta Política;

E) Apoiar a estruturação de centros de referência em reabilitação, preferencialmente localizados em instituições de ensino superior, envolvidas na formação contínua de recursos humanos específicos para a atenção à pessoa com deficiência;

F) Realizar e apoiar estudos e pesquisas de caráter epidemiológico, visando ampliar o conhecimento sobre a população com deficiência e subsidiar o planejamento de ações decorrentes desta Política;

G) Promover a disseminação de informações relativas à saúde da pessoa com deficiência, bem como de experiências exitosas em reabilitação;

H) Promover processo educativo voltado à eliminação do preconceito em relação à pessoa com deficiência;

I) Promover o fornecimento de medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e à reabilitação da pessoa com deficiência;

J) Promover mecanismos que possibilitem a participação da pessoa com deficiência nas diversas instâncias do SUS, bem como o exercício do seu próprio papel no tocante à avaliação dos serviços prestados nas unidades de saúde;

K) Promover a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos em centros de reabilitação-dia, de atendimento domiciliar, bem como de outros serviços suplementares para a pessoa com deficiência;

L) Promover o desenvolvimento de ações de reabilitação utilizando os recursos comunitários, na conformidade do modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários;

M) Promover o cumprimento das normas e padrões de atenção das pessoas com deficiência nos estabelecimentos de saúde e nas instituições que prestam atendimento a estas pessoas;

N) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população em geral, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanente, visando a prevenção de deficiências;

O) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população com deficiência, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanente, visando prevenir agravos de deficiências já instaladas;

P) Prestar cooperação técnica aos estados e municípios na implementação das ações decorrentes desta Política;

Q) Organizar e manter sistema de informação e análise relacionadas à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa com deficiência.

4.3 Responsabilidades do Gestor Estadual - Secretaria Estadual de Saúde:

A) Elaborar, coordenar e executar a política estadual das pessoas com deficiência, consoante a esta Política Nacional;

B) Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades decorrentes desta Política;

C) Promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, com vistas a implementação das Políticas Nacional e Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência;

D) Promover a capacitação de recursos humanos necessários à consecução das Políticas Nacional e Estadual;

E) Promover o acesso da pessoa com deficiência aos medicamentos, órteses e próteses e outros insumos necessários a sua recuperação e reabilitação;

F) Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação das ações decorrentes desta Política;

G) Viabilizar a participação da pessoa com deficiência nas diversas instâncias do SUS;

H) Promover a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos - centros-dia -, de atendimento domiciliar e de outros serviços complementares para o atendimento da pessoa com deficiência;

I) Promover o desenvolvimento de ações de reabilitação, utilizando os recursos comunitários, conforme o modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários;

J) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis, por parte população em geral, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanentes, visando prevenir deficiências;

K) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população com deficiência, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanentes, visando prevenir agravos de deficiências já instaladas;

L) Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionadas à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa com deficiência;

M) Promover o cumprimento das normas e padrões de atenção às pessoas com deficiência nos serviços de saúde e nas instituições que cuidam destas pessoas;

N) Promover a organização de rede de atenção à saúde das pessoas com deficiência na conformidade das diretrizes aqui estabelecidas;

4.4. Responsabilidades do Gestor Municipal - Secretaria Municipal de Saúde ou organismo correspondente:

A) Coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência, definindo componentes específicos que devem ser implementados no seu âmbito respectivo;

B) Promover as medidas necessárias visando à integração da programação municipal à do Estado;

C) Promover o treinamento e a capacitação de recursos humanos necessários à operacionalização das ações e atividades específicas na área de saúde da pessoa com deficiência;

D) Promover o acesso a medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e reabilitação da pessoa com deficiência;

E) Estimular e viabilizar a participação da pessoa com deficiência nas instâncias do SUS;

F) Promover a criação, na rede de serviço do SUS, de unidades de cuidados diurnos - centros-dia -, de atendimento domiciliar e de outros serviços alternativos para a pessoa com deficiência;

G) Viabilizar o desenvolvimento de ações de reabilitação, utilizando os recursos comunitários, conforme o modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários;

H) Organizar e coordenar a rede de atenção à saúde das pessoas com deficiência na conformidade das diretrizes aqui estabelecidas;

I) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população em geral, visando a prevenção de deficiências;

J) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por da população com deficiência visando prevenir agravos de deficiências já instaladas;

L) Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionados à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa com deficiência;

M) Realizar a articulação com outros setores existentes no âmbito municipal, visando a promoção da qualidade de vida da pessoa com deficiência;

N) Apoiar a formação de entidades voltadas para a promoção da vida independente, de forma integrada com outras instituições que prestam atendimento às pessoas com deficiência.

5. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A implementação desta Política Nacional está pautada em processo de acompanhamento e avaliação permanente que permita o seu contínuo aperfeiçoamento, a partir das necessidades que venham a ser indicadas na sua prática.

Para o desenvolvimento do processo, serão definidos indicadores e parâmetros específicos os quais, aliados aos dados e informações geradas pela avaliação dos planos, programas, projetos e atividades que operacionalizarão esta Política, possibilitarão conhecer o grau de alcance do seu propósito, bem como o impacto sobre a qualidade de vida das pessoas com deficiência.

Entre os indicadores que poderão ser utilizados nesse processo, figuram, por exemplo: índices de cobertura assistencial; taxa de capacitação de recursos humanos; distribuição de medicamentos, órteses e próteses; taxa de implementação de novos leitos de reabilitação; comparações de informações gerenciais; taxas de morbidade; censos demográficos; pesquisa por amostragem domiciliar.

Ao lado disso, no processo de acompanhamento e avaliação referido, deverão ser estabelecidos mecanismos que favoreçam também verificar em que medida a presente Política tem contribuído para o cumprimento dos princípios e diretrizes de funcionamento do SUS, explicitados na Lei n.º 8.080/90, sobretudo no seu Capítulo II, art. 7º. Entre esses, destacam-se:

a "integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema" (inciso II);

a "preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral" (inciso III);

a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie" (inciso IV);

o "direito à informação, às pessoas assistidas, sobre a sua saúde" (inciso V);

a "divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário" (inciso VI); e

a "a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis da assistência" (inciso XII).

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300101

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

6. TERMINOLOGIA

Abordagem multiprofissional e interdisciplinar - assistência prestada por equipe constituída por profissionais de especialidades diferentes, que desenvolve processo terapêutico centrado em objetivos hierarquizados, de acordo com as incapacidades apresentadas pelo paciente.

Acidentes vásculo-encefálico - alteração na vascularização do cérebro que pode ser isquêmico ou hemorrágico.

Ações básicas de reabilitação - ações que visam minimizar as limitações e desenvolver habilidades, ou incrementá-las, compreendendo avaliações, orientações e demais intervenções terapêuticas necessárias, tais como: prevenção de deformidades, estimulação para pessoas com distúrbios da comunicação, prescrição e fornecimento de próteses etc.

Ações complexas de reabilitação - ações que se utilizam-se de tecnologia apropriada com o objetivo de conseguir maior independência funcional da pessoa com deficiência.

Aconselhamento genético - orientação fornecida após a realização de exames genéticos prévios que possibilitam verificar a probabilidade de se ter filhos com problemas genéticos.

Alterações da fala e linguagem - constituem-se em perda ou anormalidade de caráter permanente, apesar de parcialmente recuperáveis com a terapia, que geram incapacidades para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

Anemia falciforme - defeito na hemácia, que se torna disforme quando há baixa de oxigenação no sangue, sendo destruída.

Anóxia perinatal - falta de oxigênio no parto, que pode provocar uma lesão no cérebro.

(240) Assistência ou atendimento em reabilitação - terapia realizada para reabilitar os pacientes no desenvolvimento de sua capacidade funcional dentro de suas limitações.

Atendimento hospitalar em reabilitação - terapias realizadas em nível hospitalar visando reabilitar os pacientes no desenvolvimento de sua capacidade funcional dentro de suas limitações.

Avaliação funcional - avaliar a capacidade de o indivíduo em manter as habilidades motoras, mentais e sensoriais para uma vida independente e autônoma.

Bolsa de ostomia - bolsa coletora de secreções intestinais.

Capacidade adaptativa - capacidade de se adequar a uma nova situação.

Capacidade funcional - capacidade de o indivíduo manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma; avaliação do grau de capacidade funcional é feita mediante o uso de instrumentos multidimensionais.

Cardiopatias - qualquer processo ou doença do coração.

Centros de Referência em Reabilitação - serviços do setor saúde nos quais são realizadas a reabilitação em nível terciário, pesquisas e capacitação de recursos humanos.

Condições funcionais - situação encontrada após a avaliação funcional.

Condutas típicas - "manifestações de comportamento típicos de pessoas com síndromes e quadros psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos que ocasionam atrasos no desenvolvimento e prejuízo no relacionamento social, em grau que requeira atendimento especializado" (MEC, 1994).

Deficiência auditiva - perda total ou parcial da capacidade de ouvir.

Deficiência mental - caracteriza-se por registrar um funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, com limitações associadas a duas ou mais áreas da conduta adaptativa ou da capacidade do indivíduo em responder adequadamente às demandas da sociedade. (Associação Americana de Deficiência Mental - AAMD).

Deficiência motora - refere-se ao comprometimento do aparelho locomotor, que compreende o sistema ósteo-articular, o sistema muscular e o sistema nervoso. As doenças ou lesões que afetam quaisquer desses sistemas, isoladamente ou em conjunto, podem produzir quadros de limitações físicas de grau e gravidade variáveis, segundo os segmentos corporais afetados e o tipo de lesão ocorrida.

Deficiência visual - engloba tanto a cegueira quanto a baixa visão.

Deficit neurológico - comprometimento ou perda da função causada por lesões no sistema nervoso.

Diagnóstico etiológico - determina a causa das doenças, quer diretas, quer predisponentes, e do seu mecanismo de ação.

Diagnóstico sindrômico - determina o grupo de sintomas e sinais que, considerados em conjunto, caracterizam uma moléstia ou lesão.

Diagnóstico funcional - determina a ação normal ou especial de um órgão e grau de comprometimento.

Equipe básica de reabilitação - equipe cuja composição é interdisciplinar - médico e enfermeiro - com a presença ou não de equipe auxiliar treinada.

Erros inatos do metabolismo - doença na qual o organismo não consegue eliminar determinadas substâncias que produz e que lhe causam doenças.

Exame de cariótipo - exame genético mediante o qual são descobertas as anomalias.

Fatores perinatais - ocorrências identificadas no período que vai desde a vigésima semana ou mais de gestação e termina após o vigésimo oitavo dia do nascimento.

Fatores pós-natais - ocorrências identificadas após o nascimento.

Fenilcetonúria - doença metabólica hereditária, na qual existe uma deficiência de fenilalanina-hidroxilase que, quando não tratada, acarreta retardamento mental (Dicionário Médico - Blakiston)

Genética clínica - é ramo da medicina que trata dos fenômenos da hereditariedade.

Habilitação - processo de desenvolvimento de habilidades.

Hemiplégicos - pessoas com paralisia de um dos lados do corpo.

Hemofilia - transtorno de coagulação, caracterizado por transmissão recessiva ligada ao sexo, produzindo uma coagulação anormal ou deficiente do plasma.

Hemoglobinopatias - doenças relacionadas com as alterações na hemoglobina ou alteração dos glóbulos vermelhos do sangue

Hipertireoidismo congênito - estado funcional resultante de insuficiência de hormônios tireoidianos de origem congênita.

Hipoxemia - diminuição do teor de oxigênio no sangue.

Índice de Apgar - avaliação quantitativa das condições do recém-nascido com um a cinco minutos de vida, obtida pela atribuição de pontos à qualidade da frequência cardíaca ao esforço respiratório, à cor, ao tônus muscular e a reação ao estímulo; somando esses pontos, o máximo do melhor índice será de dez.

Inteligência conceitual - refere-se às capacidades fundamentais da inteligência, envolvendo suas dimensões abstratas.

Inteligência prática - refere-se à habilidade de se manter e de se sustentar como pessoa independente nas atividades da vida diária. Inclui capacidades como habilidades sensório-motoras, de autocuidado e segurança, de desempenho na comunidade e na vida acadêmica, de trabalho e de lazer, autonomia.

Inteligência social - refere-se à habilidade para compreender as expectativas sociais e o comportamento de outras pessoas, bem como ao comportamento adequado em situações sociais.

Internação em reabilitação - internação realizada pós-trauma visando ações de reabilitação intensas e frequentes.

Internamento (ou internação) no domicílio - assistência médica e paramédica prestada no domicílio.

Lesão - alteração estrutural ou funcional devida a uma doença. Comumente esse termo é utilizado em relação às alterações morfológicas.

Lesão medular - alteração da estrutura funcional da medula.

Lesão traumática - alteração produzida por um agente mecânico ou físico.

Lesões nervosas - alterações no sistema nervoso.

Lesões neuromusculares - alteração estrutural ou funcional dos nervos e músculos.

Lesões osteoarticulares - alteração estrutural ou funcional nos ossos e articulações.

Manutenção de ganhos funcionais - treinamento contínuo objetivando a preservação das aquisições motoras, mentais ou sensoriais já adquiridas.

Nefropatias - doenças que acometem o sistema renal.

Núcleo (ou centro) de atendimento em reabilitação - local onde é realizado um conjunto de terapias e outras ações destinado a possibilitar às pessoas com deficiência o alcance de sua autonomia funcional.

Orientação prognóstica - aconselhamento na predição da provável evolução e do desfecho de uma doença, lesão ou anomalia.

Órtese - aparelhagem destinada a suprir ou corrigir a alteração morfológica de um órgão, de um membro ou de um segmento de um membro, ou a deficiência de uma função.

Ostomias - são órgãos ou parte interna do organismo que não se comunica com o meio externo e que por alguma anormalidade passa a se comunicar.

Osteoporose - desossificação, com decréscimo absoluto de tecido ósseo, acompanhada de fraqueza estrutural.

Ototoxicose - substâncias tóxicas que afetam a audição.

Paralisia cerebral - qualquer comprometimento de funções neurológicas devido a lesões cerebrais congênitas (anomalia do desenvolvimento durante o primeiro trimestre da gravidez) ou adquirida (ocasionadas por um parto difícil ou por traumatismo acidental durante os primeiros meses de vida).

Paraplégicos - paralisia dos membros inferiores.

Perda auditiva neurossensorial - um tipo de surdez.

Perturbações psiquiátricas - doenças ou transtornos mentais e emotivos.

Prevenção secundária - consiste no tratamento da doença já instalada, visando evitar o aparecimento de deficiências ou incapacidades.

Processo reabilitativo - ver reabilitação.

Prótese - aparelho ou dispositivo destinado a substituir um órgão, um membro ou parte do membro destruído ou gravemente acometido.

Reabilitação - segundo o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência da ONU, "é um processo de duração limitada e com objetivo definido, com vista a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e/ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a sua própria vida. Pode compreender medidas com vista a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional (por exemplo ajudas técnicas) e outras medidas para facilitar ajustes ou reajustes sociais".

Retinopatia diabética - doença da retina causada pela diabetes.

Rubéola - doença contagiosa benigna e aguda, causada por vírus, das crianças e dos adultos jovens, caracterizada por febre, exantema pouco intenso e linfonopatia fetais, quando a infecção materna ocorre no início da gravidez.

Serviços de apoio à vida cotidiana - ações desenvolvidas por pessoal treinado visando auxiliar as pessoas com deficiência nas atividades de vida diária e de vida prática.

Tecnologia assistiva - conjunto de medidas adaptativas ou equipamentos que visam a facilitar a independência funcional das pessoas com deficiência.

Transtornos congênitos - alterações decorrentes de fatores hereditários.

Transtornos orgânicos - alterações que interferem no funcionamento do organismo.

Transtornos perinatais - alterações que ocorrem durante o nascimento.

7. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ARAÚJO, Luís Alberto David. A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 1994. 140 p.

BARROS Filho, T.E.P. et all. Revista Hospital das Clínicas, São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 45(3): 123-126, 1990.

BRASIL. Constituição República Federativa do Brasil (1988). Brasília. Senado Federal, Centro Gráfico. 1998. 292p.

BRASIL. Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência. Conselho Consultivo. Subsídios para planos de ação dos governos federal e estadual na área de atenção ao portador de deficiência. Brasília: CORDE, 1994.

BRASIL. Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência. Política nacional de prevenção de deficiências. Ministério da Ação Social - CORDE, Brasília, 1992.

BRASIL. Relatório da Câmara Técnica sobre Reabilitação Baseada na Comunidade. Ministério da Justiça. SDC. CORDE.1995.

BRASIL. Lei de diretrizes e bases (DO QUÊ?). 1996.

BRASIL. MEC. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial. Livro 1, Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 01/96 do Sistema Único de Saúde. Brasília:1997

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Promoção da Saúde. Brasília.1998. Texto mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Saúde da Pessoas Portadora de Deficiência. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços. Brasília. 1995. 48 pgs.

BRITO, P. Veitzman, S. Causas da cegueira em criança. Arquivo brasileiro de oftalmologia, 1998.

CASTRO JUNIOR, N.P.; LOPES FILHO, O.C.; FIGUEIREDO, M.S.; REDONDO, M.C. Deficiência auditiva infantil: aspectos de incidência, etiologia e avaliação audiológica. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v.46, p.228-36, 1980.

_____. Do estudo da audiometria de tronco cerebral em neonatos normais e de alto risco. São Paulo, 1991. 78p. Tese (doutorado). Escola Paulista de Medicina. CIDID

(319) CLIFTON. G.L. Spinal Coord in Jury in the Houston Galneston Area. In: Tex - Med 79:55-8, 1983 - EUA.

COMITE DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA. Prevenção de deficiências. Brasília. Corde, s/data. 34 pgs.

CHRISTENSEN, E. e MELCHIOR, J. Cerebral Palsy. A Clinical and Neuropathological Study. Clinic in Development Medicine. N.º 25 W. Heinemenn-London, 1967

Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais. tradução Edilson Alkimim da Cunha. 2ª edição. Brasília: Corde. 1997. 54 ps.

DIAMENT, A. e Cypel, S. Neurologia Infantil. 3ª edição. Livraria Atheneu, 1996.

FOSTER, Allen. Blindness prevention, Statistics and principles of control, workshop of ocular health, São Paulo, 1999.

INFORMAPAE. Boletim mensal da Federação Nacional das APAES. Ano IV, Janeiro de 1996.

JANNUZI, G. S.M. JANNUZI, N. Portadores de necessidades especiais no Brasil: reflexões a partir do censo demográfico 1991. SEESP, MEC, Brasília: Revista Integração, ano 7: 18, 1997. P.40-46.

KARA José. ALMEIDA, Vicente N. de, et alli. Causas de deficiência visual em crianças. Bol of Panam, 1997. (5) Pg. 405- 412. 1994.

LAURENTI. R. et all. Estatística de Saúde, São Paulo. EPU, 1990.

LEITE, Ama e Maranhão, H.P. Situação do Atendimento dos Portadores de Necessidades Educativas Especiais nos Municípios do estado do RJ. Resultados. Rio de Janeiro, outubro/98.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Atenção a Grupos Especiais.

MAIOR, Isabel Maria M. L. Políticas públicas sociais para as pessoas portadoras de deficiência no Brasil. Cadernos de Pesquisa n07, São Paulo: CEBRAP.1997. pg.31 a 47.

NALLIN, Araci. Reabilitação em instituição: suas razões e procedimentos: análise de representação do discurso. Brasília: Corde, 1985. 184 ps.

Normas e recomendações internacionais sobre a deficiência. tradução Edilson Alkimim Cunha, Brasília: Corde, 1996. 113ps.

OMS. Classificacion internacional de las deficiencias actividades e participacion: um manual de las dimensiones de la inhabilitacion e su funcionamento. Genebra. 1997. Versão preliminar.

Programa de ação mundial para as pessoas com deficiências. Tradução Edilson Alkmin da Cunha, Brasília: Corde, 1996.

REGULY, Vanessa Soledade. A inserção dos deficientes físicos no mercado de trabalho na região metropolitana de Salvador. Salvador:1998. Monografia apresentada à UNIFACS.

RIBAS, João Batista Cintra. As pessoas portadoras de deficiência na sociedade brasileira. Brasília: Corde, 1997.

Educação inclusiva, desenho universal e integração. HYPERLINK http://www.gente www.gente especial.com.br/arquitetura.htm.

SALIMENE, ACM. Sexo: caminho para a reabilitação. São Paulo:Cortez, 1995.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Inclusão social: os novos paradigmas para todos os grupos minoritários. 1997. Htp://www.entreamigos.com.br.temas.

SILVEIRA, J.A.M. Estudo da deficiência auditiva em crianças submetidas a exames de potenciais evocados auditivos: etiologia, grau da deficiência e precocidade diagnóstica. São Paulo, 1992. 107p. Tese (doutorado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

TARICO, M.C. et all, The social and vocational outcome of spinal cor injury patients. In: Paraplegia, the International Journal of Spinal Cord, vol 30:3, 1992, 214-219, International Medical Society of Paraplegia.

TARTARELA. M B et alli. Visão subnormal em crianças. Arquivos brasileiros de oftalmologia. 54 (5). Pg. 221-224. 1991.

UNICEF. Deficiência Infantil: Sua Prevenção e Reabilitação. Relatório da Reabilitation International, Junta Executiva do UNICEF, 1980.

WHO/PBL 93-27. Management of low vision in children, Bangkok, 1992

WHO/PBL 97.61. Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness. Programme for the Prevention of Blindness and Deafness. 1997.

Anexo XIV

Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Origem: PRT MS/GM 254/2002)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, na forma do Anexo 1 do Anexo XIV . (Origem: PRT MS/GM 254/2002, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 254/2002, Art. 2º)

Art. 3º Ficam aprovadas as diretrizes da Gestão da Saúde Indígena na forma do Anexo 2 do Anexo XIV . (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Art. 1º)

Anexo 1 do Anexo XIV

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Origem: PRT MS/GM 254/2002, Anexo 1)

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

1 - Introdução

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.

Esta proposta foi regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória n.º 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, em que está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS.

A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) para essa população. É indispensável, portanto, a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços.

Com base nesses preceitos, foi formulada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja elaboração contou com a participação de representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política e ação indigenista do governo, bem como de organizações da sociedade civil com trajetória reconhecida no campo da atenção e da formação de recursos humanos para a saúde dos povos indígenas. Com o propósito de garantir participação indígena em todas as etapas de formulação, implantação, avaliação e aperfeiçoamento da Política, a elaboração desta proposta contou com a participação de representante das organizações indígenas, com experiência de execução de projetos no campo da atenção à saúde junto a seu povo.

2 - Antecedentes

No Brasil, a população indígena, estimada em cerca de 5 milhões de pessoas no início do Século XVI, comparável à da Europa nesta mesma época, foi dizimada pelas expedições punitivas às suas manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência, mas, principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida impostas pela colonização e cristianização (como escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e sedentarização compulsória em aldeamentos e internatos).

A perda da autoestima, a desestruturação social, econômica e dos valores coletivos (muitas vezes da própria língua, cujo uso chegava a ser punido com a morte) também tiveram um papel importante na diminuição da população indígena. Até hoje há situações regionais de conflito, em que se expõe toda a trama de interesses econômicos e sociais que configuram as relações entre os povos indígenas e demais segmentos da sociedade nacional, especialmente no que se refere à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento.

Desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos pelos missionários de forma integrada às políticas dos governos. No início do Século XX, a expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferrovias provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis que levaram, em 1910, à criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). O órgão, vinculado ao Ministério da Agricultura, destinava-se à proteger os índios, procurando o seu enquadramento progressivo e o de suas terras no sistema produtivo nacional.

Uma política indigenista começou a se esboçar com inspiração positivista, em que os índios, considerados num estágio infantil da humanidade, passaram a ser vistos como passíveis de "evolução" e integração na sociedade nacional por meio de projetos educacionais e agrícolas. A assistência à saúde dos povos indígenas, no entanto, continuou desorganizada e esporádica. Mesmo após a criação do SPI, não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática, restringindo-se a ações emergenciais ou inseridas em processos de "pacificação".

Na década de 50, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), no Ministério da Saúde, com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígena e rural em áreas de difícil acesso. Essas ações eram essencialmente voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis.

Em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que, baseando-se no modelo de atenção do SUSA, criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Essas equipes realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem.

A FUNAI, após a crise financeira do Estado brasileiro pós-milagre econômico da década de 70, teve dificuldades de diversas ordens para a organização de serviços de atenção à saúde que contemplassem a grande diversidade e dispersão geográfica das comunidades: carência de suprimentos e capacidade administrativa de recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e organização de um sistema de informações em saúde adequado, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto a comunidades culturalmente diferenciadas.

Com o passar do tempo, os profissionais das EVS foram se fixando nos centros urbanos, nas sedes das administrações regionais, e a sua presença nas aldeias se tornava cada vez mais esporádica, até não mais ocorrer. Alguns deles, em geral pouco qualificados, ficaram lotados em postos indígenas, executando ações assistenciais curativas e emergenciais sem qualquer acompanhamento. Era frequente funcionários sem qualificação alguma na área da saúde prestarem atendimentos de primeiros socorros ou até de maior complexidade, devido à situação de isolamento no campo.

As iniciativas de atenção à saúde indígena geralmente ignoravam os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas. Estes sistemas tradicionais de saúde se apresentam numa grande diversidade de formas, sempre considerando as pessoas integradas ao contexto de suas relações sociais e com o ambiente natural, consistindo ainda num recurso precioso para a preservação ou recuperação de sua saúde.

Em 1988, a Constituição Federal estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena - tornando obsoleta a instituição da tutela - e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. A Constituição também definiu os princípios gerais do SUS, posteriormente regulamentados pela Lei 8.080/90, e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde.

Para debater a saúde indígena, especificamente, foram realizadas, em 1986 e 1993, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, por indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente. Essas duas Conferências propuseram a estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações.

Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº 23 transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base da organização dos serviços de saúde. Foi então criada, no Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações (DEOPE) da Fundação Nacional de Saúde, com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena.

No mesmo ano, a Resolução 11, de 13 de outubro de 1991, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), tendo como principal atribuição assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena. Inicialmente sem representação indígena, os próprios membros da CISI reformularam sua composição e, com a saída espontânea de representantes do CNS, da Secretaria de Meio Ambiente, dentre outros, abriu-se 4 das 11 vagas para representantes de organizações indígenas.

Em sentido oposto ao processo de construção da política de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS, em 19 de maio de 1994 o Decreto Presidencial n° 1.141/94 constitui uma Comissão Intersetorial de Saúde (CIS), com a participação de vários Ministérios relacionados com a questão indígena, sob a coordenação da FUNAI. O decreto devolve, na prática, a coordenação das ações de saúde à FUNAI. A CIS aprovou, por intermédio da Resolução n° 2, de outubro de 1994, o "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio", que atribuía a um órgão do Ministério da Justiça, a FUNAI, a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes, e a prevenção, ao Ministério da Saúde, que seria responsável pelas ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias.

Desde então, a FUNASA e a FUNAI dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa. Ambas já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não-governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, tinham pouca definição de objetivos e metas a serem alcançados e de indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena.

2.1 - Situação atual de saúde

A população indígena brasileira é estimada em, aproximadamente, 350.000 pessoas, pertencentes a cerca de 210 povos, falantes de mais de 170 línguas identificadas. Cada um destes povos tem sua própria maneira de entender e se organizar diante do mundo, que se manifesta nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território. Diferem também no que diz respeito à antiguidade e experiência histórica na relação com as frentes de colonização e expansão da sociedade nacional, havendo desde grupos com mais de três séculos de contato intermitente ou permanente, principalmente nas regiões litorânea e do Baixo Amazonas, até grupos com menos de dez anos de contato. Há indícios da existência de 55 grupos que permanecem isolados, sendo que, com 12 deles, a Fundação Nacional do Índio, FUNAI, vem desenvolvendo algum tipo de trabalho de reconhecimento e regularização fundiária. Por outro lado, há também aqueles, como os Potiguara, Guarani e Tupiniquim, cujos ancestrais presenciaram a chegada das primeiras embarcações que cruzaram o Atlântico há cinco séculos.

Os povos indígenas estão presentes em todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte, vivendo em 567 terras indígenas que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária e que ocupam cerca de 12% do território nacional. Uma parcela vive em áreas urbanas, normalmente em periferias.

Cerca de 60% dessa população vivem no Centro-Oeste e Norte do país, onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas.

Os outros 40% da população indígena estão confinados em apenas 1,3% da extensão das terras indígenas, localizadas nas regiões mais populosas do Nordeste, Leste e Sul do país:

Ainda que numericamente constituam uma parcela de somente 0,2% da população brasileira, em algumas regiões a presença indígena é significativa. Em Roraima, por exemplo, representa cerca de 15% da população do estado; 4% no Amazonas; e 3% no Mato Grosso do Sul. Tomando-se como base a população municipal, em grande número de localidades a população indígena é maioria, tanto em municípios amazônicos, quanto em outros das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Os povos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidade. A expansão das frentes econômicas (extrativismo, trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento) vem ameaçando a integridade do ambiente nos seus territórios e também os seus saberes, sistemas econômicos e organização social.

Muitos desses povos estão ameaçados de desaparecimento, sendo que entre alguns deles o número de indivíduos se reduziu a ponto de comprometer a sua reprodução biológica. O Estado de Rondônia, onde uma intensa atividade madeireira, garimpeira e agropecuária tem provocado altíssima mortalidade, numa população hoje estimada em 6.284 pessoas, remanescentes de 22 povos, é um dos exemplos nesse sentido. Enquanto que algumas dessas sociedades passam por processo de recuperação populacional, como os Pakaas Novos, por exemplo, que hoje são mais de 1.900, outros, como os Latundê, sofreram um processo de redução e contam atualmente com apenas 37 pessoas.

Em termos gerais observa-se um crescimento demográfico entre os povos indígenas do país, fato normalmente associado à conservação do ambiente natural, estabilização das relações interétnicas, demarcação das terras indígenas e melhoria do acesso aos serviços de atenção básica à saúde.

Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde dessa população, mas sim de dados parciais, gerados pela FUNAI, pela FUNASA e diversas organizações não-governamentais ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviços de atenção à saúde aos povos indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis.

Em relação à morbidade, verifica-se uma alta incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças preveníveis por vacinas, evidenciando um quadro sanitário caracterizado pela alta ocorrência de agravos que poderiam ser significativamente reduzidos com o estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde no interior das áreas indígenas.

De acordo com dados consolidados dos relatórios de 1998, de 22 das 47 administrações regionais da Fundação Nacional do Índio, sobre uma população de cerca de 60 mil indivíduos, foram registrados 466 óbitos, quase 50% deles entre menores de cinco anos de idade, tendo como causas mais frequentes as doenças transmissíveis, especialmente as infecções das vias respiratórias e as parasitoses intestinais, a malária e a desnutrição. As causas externas, especialmente a violência e o suicídio, são a terceira causa de mortalidade conhecida entre a população indígena no Brasil, afetando sobretudo regiões com Mato Grosso do Sul e Roraima.

Por sua vez, os dados consolidados no Relatório de Atividades de 1998, da Coordenação de Saúde do Índio/FUNASA, baseiam-se no material enviado pelas equipes de saúde indígena de 24 unidades da federação. Referem-se a uma população de 312.017 indígenas e, num total de 219.445 ocorrências, mostram um incremento de cerca de 24,7% sobre o volume registrado no ano anterior. A indicação de causas de óbitos (844) é proporcionalmente semelhante a dos dados analisados pela FUNAI.

A tuberculose é um dos agravos que acometem com maior frequência e severidade as comunidades indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam taxas de incidência altíssimas, superiores em muito àquelas encontradas entre a população branca do país. Entre os Yanomami de Roraima, por exemplo, o coeficiente de incidência anual de tuberculose passou de 450 por 100.000 pessoas em 1991 para 881.4 por 100.000 pessoas em 1994. Em 1998, era de 525.6 por 100.000, segundo os dados da organização Comissão Pró-Yanomami. Também em outros povos indígenas foram registradas taxas altíssimas de incidência. Os dados epidemiológicos do Departamento de Saúde da FUNAI, antes mencionado e relativos ao mesmo ano, indicam que a tuberculose foi responsável por 22,7% do total dos óbitos indígenas registrados por doenças infecto-parasitárias (2,2% dos óbitos por todas as causas), ou seja, duas vezes a taxa mundial de mortalidade específica por tuberculose. A fraca cobertura sanitária das comunidades indígenas, a deterioração crescente de suas condições de vida em decorrência do contato com os brancos, a ausência de um sistema de busca ativa dos casos infecciosos, os problemas de acessibilidade (geográfica, econômica, linguística e cultural) aos centros de saúde, a falta de supervisão dos doentes em regime ambulatorial e o abandono frequente pelos doentes do tratamento favorecem a manutenção da endemia de tuberculose entre as populações indígenas no Brasil.

A infecção pelo HIV/Aids também é um agravo que tem ameaçado um grande número de comunidades. A partir de 1988 começaram a ser registrados os primeiros casos entre os índios, número que vem aumentando com o passar dos anos, sendo que, dos 36 casos conhecidos até o momento, oito foram notificados em 1998, distribuídos por todas as regiões do Brasil. O curto período de tempo transcorrido entre o diagnóstico e o óbito dos pacientes e a falta de informações entre os índios sobre os modos de transmissão do vírus e prevenção da doença, bem como as limitações de ordem linguística e cultural para a comunicação com eles, são desafios a serem enfrentados e expressam a situação altamente vulnerável frente à tendência de interiorização da epidemia no país. A compreensão das redes de transmissão e os determinantes dos processos sociais e culturais originados do contato com a sociedade envolvente, bem como as relações intergrupais, é fator importante para a tomada de decisões e implementação de ações de prevenção. Com relação às DST, cofator que potencializa a infeção pelo HIV em qualquer grupo social, indicadores a partir de estudos de casos revelam números preocupantes. O relatório da FUNASA de 1998 indicou 385 casos registrados.

Em algumas regiões, onde a população indígena tem um relacionamento mais estreito com a população regional, nota-se o aparecimento de novos problemas de saúde relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida e, especialmente, na alimentação: a hipertensão arterial, o diabetes, o câncer, o alcoolismo, a depressão e o suicídio são problemas cada vez mais frequentes em diversas comunidades.

A deficiência do sistema de informações em saúde, que não contempla, entre outros dados, a identificação étnica e o domicílio do paciente indígena, dificulta a construção do perfil epidemiológico e cria dificuldades para a sistematização de ações voltadas para a atenção à saúde dos povos indígenas.

A descontinuidade das ações e a carência de profissionais fizeram com que muitas comunidades indígenas se mobilizassem, desde os anos 70, de diversas maneiras, especialmente por intermédio de suas organizações juridicamente constituídas, para adquirir conhecimentos e controle sobre as doenças e agravos de maior impacto sobre sua saúde, dando origem a processos locais e regionais de capacitação de agentes indígenas de saúde e de valorização da medicina tradicional indígena, com a participação das diversas instituições envolvidas com a assistência à saúde indígena.

Mesmo sem um programa de formação e inserção institucional definidos, mais de 1.400 agentes indígenas de saúde vinham atuando no Brasil. A maioria deles trabalhando voluntariamente, sem acompanhamento ou suprimento sistemático de insumos para suas atividades. Em algumas regiões da Amazônia, onde as distâncias são medidas em dias de viagens por estradas em precário estado de conservação ou rios de navegabilidade difícil ou impossível durante o período da seca, os agentes indígenas de saúde são o único recurso das comunidades diante de determinadas doenças. Cerca de 13% dos agentes indígenas de saúde estão inseridos no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a maioria no Nordeste. Na Região Amazônica, a maioria das iniciativas foi tomada por organizações indígenas e não-governamentais.

3 - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

4 - Diretrizes

Para o alcance desse propósito são estabelecidas as seguintes diretrizes, que devem orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas:

- organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
- preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
- monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- promoção de ações específicas em situações especiais;
- promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- controle social.

4.1 - Distrito Sanitário Especial Indígena

4.1.1 - Conceito

O conceito utilizado nesta proposta define o Distrito Sanitário como um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social.

A definição territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá levar em consideração os seguintes critérios:

- população, área geográfica e perfil epidemiológico;
- disponibilidade de serviços, recursos humanos e infraestrutura;
- vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS;
- relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional;
- distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

4.1.2 - Organização

Para a definição e organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverão ser realizadas discussões e debates com a participação de lideranças e organizações indígenas, do órgão indigenista oficial, de antropólogos, universidades e instituições governamentais e não-governamentais que prestam serviços às comunidades indígenas, além de secretarias municipais e estaduais de Saúde.

Cada distrito organizará uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS. As Comissões Intergestores Bipartites (CIB) são importantes espaços de articulação para o eficaz funcionamento dos distritos.

As equipes de saúde dos distritos deverão ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários.

O número, qualificação e perfil dos profissionais das equipes serão estabelecidos de acordo com o planejamento detalhado de atividades, considerando: o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico, as necessidades específicas para o controle das principais endemias e o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde a ser definido conforme a diretriz específica desta Política.

Nas aldeias, a atenção básica será realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde, nos postos de saúde, e pelas equipes multidisciplinares periodicamente, conforme planejamento das suas ações.

Na organização dos serviços de saúde, as comunidades terão uma outra instância de atendimento, que serão os Polos-Base. Os pólos são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. Neste último caso, correspondem a uma unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município. A maioria dos agravos à saúde deverão ser resolvidas nesse nível.

As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos Polos-Base deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e será articulada e incentivada a atender os índios, levando em consideração a realidade socioeconômica e a cultura de cada povo indígena, por intermédio de diferenciação de financiamento.

Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades, deverão ser definidos procedimentos de referência, contra-referência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço.

Deverão ser oferecidos, ainda, serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede do SUS. Tais serviços serão prestados pelas Casas de Saúde Indígena, localizadas em municípios de referência dos distritos a partir da readequação das Casas do Índio. Essas Casas de Saúde deverão estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso.

Além disso, as Casas deverão ser adequadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades.

4.2 - Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural

A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não.

O Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde deverá ser concebido como parte do processo de construção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Será desenvolvido em serviço e de forma continuada, sob a responsabilidade de Instrutores/Supervisores, devidamente capacitados, com a colaboração de outros profissionais de serviço de saúde e das lideranças e organizações indígenas.

O processo de formação dos agentes indígenas de saúde será elaborado dentro dos marcos preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) -Lei nº 9.394/96-, no que diz respeito ao ensino básico, direcionado para a construção de competências/habilidades, visando facilitar o prosseguimento da profissionalização nos níveis médio (técnico) e superior (tecnológico). Deverá seguir metodologia participativa, propícia à comunicação intercultural, de modo a favorecer o processo recíproco de aquisição de conhecimentos. Os estudos e levantamentos socioantropológicos existentes e os realizados de forma participativa deverão ser aproveitados como subsídios à formação de recursos humanos e à própria prestação de serviços.

O órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas fará gestões, junto aos órgãos e instituições competentes no campo da educação, no sentido de obter a certificação de competências para os agentes que seguirem o processo de formação, inclusive aqueles já capacitados, de acordo com o que faculta a Lei nº 9.394/96.

A capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deverá ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços. Deverão ser promovidos cursos de atualização, aperfeiçoamento, especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (indígenas e não-indígenas) das várias instituições que atuam no sistema.

As instituições de ensino e pesquisa serão estimuladas a produzir conhecimentos e tecnologias adequadas para a solução dos problemas de interesse das comunidades e propor programas especiais que facilitem a inserção de alunos de origem indígena, garantindo-lhes as facilidades necessárias ao entendimento do currículo regular: aulas de português, apoio de assistentes sociais, antropólogos e pedagogos, currículos diferenciados e vagas especiais.

O órgão responsável pela execução desta Política organizará um processo de educação continuada para todos os servidores que atuam na área de saúde indígena.

4.3 - Monitoramento das ações de saúde

Para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do Distrito Sanitário, será organizado sistema de informações, na perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde, voltado para a população indígena.

Esse sistema deverá identificar informações que atendam às necessidades de cada nível gerencial, fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliem a saúde e, indiretamente, a atenção à saúde, como a organização dos serviços no Distrito Sanitário, particularmente no que diz respeito ao acesso, à sua cobertura e à sua efetividade.

Essas informações servirão também para identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, estabelecer prioridades na alocação de recursos e orientação programática, facilitando a participação das comunidades no planejamento e na avaliação das ações.

Os instrumentos para coleta de dados no território distrital serão propostos por equipe técnica do órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas. Estes instrumentos poderão ser adaptados à realidade local, mas terão que permitir a identificação dos riscos e das condições especiais que interferem no processo de adoecer para buscar intervenções específicas de cada povo.

O fluxo de informações será pactuado com os municípios de referência e/ou estados. Os dados gerados nos serviços de referência da rede do SUS serão encaminhados para os distritos. Nas circunstâncias especiais, em que couber ao distrito viabilizar todo o serviço de assistência na sua área de abrangência, o mesmo repassará estas informações para os respectivos municípios e/ou estados, a fim de

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300104

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

alimentar continuamente os bancos de dados nacionais. O acesso permanente ao banco de dados deverá estar assegurado a qualquer usuário.

Deverá ser facilitado o acesso aos dados para a produção antropológica, de modo a facilitar a qualificação e a análise dos dados epidemiológicos, com a participação de antropólogos especialistas que atuam na região e dos agentes tradicionais de saúde indígena.

O Acompanhamento e Avaliação desta política terá como base o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), referente à saúde dos povos indígenas. Os aspectos a serem acompanhados e avaliados incluirão a estrutura, o processo e os resultados da atenção à saúde dos povos indígenas. O SIASI deverá subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político, visando a coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas.

4.4 - Articulação dos Sistemas Tradicionais Indígenas de Saúde

Todas as sociedades humanas dispõem de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e de tratamento das doenças. Esses sistemas tradicionais de saúde são, ainda hoje, o principal recurso de atenção à saúde da população indígena, apesar da presença de estruturas de saúde ocidentais. Sendo parte integrante da cultura, esses sistemas condicionam a relação dos indivíduos com a saúde e a doença e influem na relação com os serviços e os profissionais de saúde (procura ou não dos serviços de saúde, aceitabilidade das ações e projetos de saúde, compreensão das mensagens de educação para a saúde) e na interpretação dos casos de doenças.

Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde.

Portanto, a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligados ao processo saúde-doença.

O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local.

O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas.

A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas.

4.5 - Promoção ao uso adequado e racional de medicamentos

As ações que envolvem, direta ou indiretamente, a assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena, tais como seleção, programação, aquisição, acondicionamento, estoque, distribuição, controle e vigilância - nesta compreendida a dispensação e a prescrição -, devem partir, em primeiro lugar, das necessidades e da realidade epidemiológica de cada Distrito Sanitário e estar orientadas para garantir os medicamentos necessários.

Devem também compor essas ações as práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas, que envolvem o conhecimento e o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopeia tradicional no tratamento de doenças e outros agravos a saúde. Essa prática deve ser valorizada e incentivada, articulando-a com as demais ações de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Assim, os pressupostos que devem orientar os gestores, no sentido de tornar efetivas as ações e diretrizes da assistência farmacêutica para os povos indígenas, em conformidade com as orientações da Política Nacional de Medicamentos, são:

a) descentralização da gestão da assistência farmacêutica no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

b) promoção do uso racional dos medicamentos essenciais básicos e incentivo e valorização das práticas farmacológicas tradicionais;

c) avaliação e adaptação dos protocolos padronizados de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento, baseadas em decisão de grupo técnico interdisciplinar de consenso, considerando as variáveis socioculturais e as situações especiais (como grupos indígenas isolados ou com pouco contato, com grande mobilidade e em zonas de fronteira);

d) controle de qualidade e vigilância em relação a possíveis efeitos iatrogênicos, por meio de estudos clínicos, epidemiológicos e antropológicos específicos;

e) promoção de ações educativas no sentido de se garantir adesão do paciente ao tratamento, inibir as práticas e os riscos relacionados com a automedicação e estabelecer mecanismos de controle para evitar a troca da medicação prescrita e a hipermedicação;

f) autonomia dos povos indígenas quanto à realização ou autorização de levantamentos e divulgação da farmacopeia tradicional indígena, seus usos, conhecimentos e práticas terapêuticas, com promoção do respeito às diretrizes, políticas nacionais e legislação relativa aos recursos genéticos, bioética e bens imateriais das sociedades tradicionais.

4.6 - Promoção de ações específicas em situações especiais

Para a efetiva implementação e consolidação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deverão ser consideradas e priorizadas ações para situações consideradas especiais, isto é, caracterizadas, fundamentalmente, por risco iminente, especificidade do processo saúde-doença, impactos econômico e social de grandes projetos de desenvolvimento, vulnerabilidade derivada do tipo de contato, exposição a determinados agravos, como as doenças sexualmente transmissíveis e a aids, o suicídio, e os desastres ambientais, entre outros.

Estas ações e situações especiais devem, portanto, contemplar:

1 - prevenção e controle de agravos à saúde em povos com pouco contato ou isolados, com estabelecimento de normas técnicas específicas e ações de saúde especiais que diminuam o impacto causado à saúde no momento do contato e pelos desdobramentos posteriores. Deverão ser contemplados: a preparação e capacitação de equipes de saúde para situações especiais, quarentena pré e pós-contato, imunização da população, estruturação de sistema de vigilância e monitoramento demográfico;

2 - prevenção e controle de agravos à saúde indígena nas regiões de fronteira, em articulação com as instituições nacionais, e cooperação técnica com os países vizinhos;

3 - exigência de estudos específicos de impactos na saúde e suas repercussões no campo social, relativos a populações indígenas em áreas sob influência de grandes projetos de desenvolvimento econômico e social (tais como a construção de barragens, estradas, empreendimentos de exploração mineral, etc.), com implementação de ações de prevenção e controle de agravos;

4 - acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas;

5 - prevenção e assistência em doenças sexualmente transmissíveis e aids, priorizando a capacitação de multiplicadores, dos agentes indígenas de saúde e de pessoal técnico especializado para atuar junto aos portadores destas doenças;

6 - combate à fome e à desnutrição e implantação do Programa de Segurança Alimentar para os povos indígenas, incentivando a agricultura de subsistência e a utilização de tecnologias apropriadas para beneficiamento de produtos de origem extrativa, mobilizando esforços institucionais no sentido de garantir assessoria técnica e insumos para o aproveitamento sustentável dos recursos;

7 - desenvolvimento de projetos habitacionais adequados e reflorestamento com espécies utilizadas tradicionalmente na construção de moradias.

4.7- Promoção da ética nas pesquisas e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas

O órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, em conjunto com o órgão indigenista oficial, adotará e promoverá o respeito à Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e à Resolução nº 304/2000, que diz respeito à temática especial: pesquisas envolvendo populações indígenas. Igualmente, será promovido o cumprimento das normas do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução n° 1.246/88, do Conselho Federal de Medicina, bem como a realização de eventos que visem aprofundar a reflexão ética relativa à prática médica em contextos de alta diversidade sociocultural e linguística.

4.8 - Promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena

O equilíbrio das condições ambientais nas terras indígenas é um fator de crescente importância para a garantia de uma atenção integral à saúde dos povos indígenas. Mesmo nos casos em que a definição de limites e o processo de demarcação das terras indígenas tenham ocorrido de forma satisfatória, assegurando-se as condições indispensáveis para o futuro dos ocupantes, e mesmo que estes se incluam entre os grupos mais isolados e com contatos menos frequentes e desestabilizadores com a sociedade envolvente, há demandas importantes colocadas na interface entre meio ambiente e saúde para populações indígenas.

Por um lado, a ocupação do entorno das terras indígenas e a sua intermitente invasão por terceiros, com desmatamento, queimadas, assoreamento e poluição dos rios, têm afetado a disponibilidade de água limpa e de animais silvestres que compõem a alimentação tradicional nas aldeias. Por outro, as relações de contato alteraram profundamente as formas tradicionais de ocupação, provocando concentrações demográficas e deslocamentos de comunidades, com grande impacto sobre as condições sanitárias das aldeias e sobre a disponibilidade de alimentos e de outros recursos naturais básicos no seu entorno.

As prioridades ambientais para uma política de atenção à saúde dos povos indígenas devem contemplar a preservação das fontes de água limpa, construção de poços ou captação à distância nas comunidades que não dispõem de água potável; a construção de sistema de esgotamento sanitário e destinação final do lixo nas comunidades mais populosas; a reposição de espécies utilizadas pela medicina tradicional; e o controle de poluição de nascentes e cursos d`água situados acima das terras indígenas.

As ações de saneamento básico, que serão desenvolvidas no Distrito Sanitário, deverão ter como base critérios epidemiológicos e estratégicos que assegurem à população água de boa qualidade, destino adequado dos dejetos e lixo e controle de insetos e roedores.

4.9 - Controle social

A participação indígena deverá ocorrer em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, contemplando expressões formais e informais.

Essa participação dar-se-á especialmente por intermédio da constituição de Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena; por Reuniões Macrorregionais; pelas Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Fórum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena e pela presença de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde.

Os Conselhos Locais de Saúde serão constituídos pelos representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos Polos-Base, incluindo lideranças tradicionais, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros.

Os representantes que farão parte do Conselho Local de Saúde serão escolhidos pelas comunidades daquela região, tendo sua indicação formalizada pelo chefe do Distrito.

Essa é uma instância privilegiada para articulação com gestores locais para encaminhamento das discussões pertinentes às ações e serviços de saúde.

Os Conselhos Distritais de Saúde serão instâncias de Controle Social, de caráter deliberativo e constituídos, de acordo com a Lei nº 8.142/90, observando em sua composição a paridade de 50% de usuários e 50% de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos.

Todos os povos que habitam o território distrital deverão estar representados entre os usuários. Aos conselheiros que não dominam o português deve ser facultado o acompanhamento de intérprete.

Os presidentes dos conselhos serão eleitos diretamente pelos conselheiros, que devem elaborar o regimento interno e o plano de trabalho de cada Conselho Distrital.

Os Conselhos Distritais serão formalizados pelo presidente do órgão responsável pela execução desta política, mediante portaria publicada no Diário Oficial.

Como forma de promover a articulação da população indígena com a população regional na solução de problemas de saúde pública, deve ser favorecida a participação de seus representantes nos Conselhos Municipais de Saúde.

Deve ser ainda estimulada a criação de Comissões Temáticas ou Câmaras Técnicas, de caráter consultivo, junto aos Conselhos Estaduais de Saúde, com a finalidade de discutir formas de atuação na condução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

O Controle Social, no âmbito nacional, será exercido pelo Conselho Nacional de Saúde, assessorado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), já existente e em funcionamento.

As Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas deverão fazer parte das Conferências Nacionais de Saúde e obedecerão à mesma periodicidade.

5 - Responsabilidades institucionais

As características excepcionais da assistência à saúde dos povos indígenas determinam a necessidade de uma ampla articulação em nível intra e intersetorial, cabendo ao órgão executor desta Política a responsabilidade pela promoção e facilitação deste processo. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas prevê a existência de uma atuação coordenada, entre diversos órgãos e ministérios, no sentido de viabilizar as medidas necessárias ao alcance de seu propósito.

- Articulação intersetorial

Deverão ser definidos mecanismos de articulação intersetorial que possam fazer frente aos diferentes determinantes envolvidos nos processos de saúde e doença que afetam essas populações.

O órgão executor das ações de atenção à saúde dos povos indígenas buscará, em conjunto com o órgão indigenista oficial, parcerias para a condução desta Política, principalmente no que diz respeito a alternativas voltadas para a melhoria do nível de saúde dos povos indígenas.

- Articulação intrassetorial

Do ponto de vista da articulação intrassetorial, é necessário um envolvimento harmônico dos gestores nacional, estaduais e municipais do SUS, por meio de um planejamento pactuado nos Distritos Sanitários Indígenas que resguarde o princípio da responsabilidade final da esfera federal e um efetivo Controle Social exercido pelas comunidades indígenas.

5.1 - Ministério da Saúde

Os direitos indígenas têm sede constitucional e são de competência federal, cabendo ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela gestão e direção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Conforme determinação do Decreto n° 3.146, de 27 de agosto de 1999 (art. 3º), a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) é o órgão responsável pela execução das ações. As atribuições da FUNASA, em articulação com as Secretarias de Assistência à Saúde e de Políticas de Saúde, são as seguintes:

- estabelecer diretrizes e normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

- promover a articulação intersetorial e intrassetorial com as outras instâncias do SUS;

- coordenar a execução das ações de saúde e exercer a responsabilidade sanitária sobre todas as terras indígenas no país;

- implantar e coordenar o sistema de informações sobre a saúde indígena no país.

A FUNASA, por intermédio do Departamento de Saúde Indígena (DESAI), desenvolverá atividades objetivando a racionalização das ações desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que incluirão a promoção de encontros regionais, macrorregionais e nacionais para avaliar o processo de implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

5.2 - Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

As Secretarias Estaduais e Municipais devem atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, em articulação com o Ministério da Saúde/FUNASA. É indispensável a integração das ações nos programas especiais, como imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da tuberculose, malária, doenças sexualmente transmissíveis e aids, entre outros, assim como nos serviços de vigilância epidemiológica e sa-

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300105

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

nitária a cargo dos gestores estaduais e municipais do SUS. Deverá se dar atenção, também, às doenças crônico-degenerativas (como o câncer cérvico-uterino; diabetes etc.) que já afetam grande parte da população indígena no país.

5.3 - Fundação Nacional do Índio (FUNAI/MJ)

A Fundação Nacional do Índio (FUNAI) é o órgão indigenista oficial, vinculado ao Ministério da Justiça, responsável pela coordenação das ações do governo federal destinadas a assegurar os direitos constitucionais dos povos indígenas no país. Entre suas principais atribuições está a garantia dos territórios indígenas, por meio de uma política de demarcação, fiscalização e retirada de invasores, ação que assume relevância primordial entre os fatores determinantes de saúde e qualidade de vida destas populações. Os projetos de desenvolvimento sustentável e manejo adequado do meio ambiente deverão ser priorizados por essa instituição. A FUNAI deve fazer o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas em prol das comunidades indígenas.

5.4 - Ministério da Educação

Uma estreita cooperação com o Ministério da Educação e Secretarias Estaduais de Educação é de importância vital para a execução de diversos aspectos desta política. Entre estes, destacam-se a necessidade de integração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas com os currículos básicos das escolas indígenas, a garantia do ensino fundamental em programas especiais para jovens e adultos como componente fundamental na formação dos Agentes Indígenas de Saúde, o envolvimento das universidades nas atividades de pesquisa e extensão, a capacitação e certificação dos agentes indígenas de saúde e dos profissionais de saúde que atuam nas áreas, assim como o apoio ao desenvolvimento de atividades de educação comunitária em bases culturalmente adequadas.

5.5 - Ministério Público Federal

A participação do Ministério Público Federal tem como objetivo garantir o cumprimento dos preceitos constitucionais assegurados aos povos indígenas no país, que devem obedecer aos princípios da autonomia, equidade e respeito à diversidade cultural em todas as políticas públicas a eles destinadas.

5.6 - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS)

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CONEP) foi criada pelo Conselho Nacional de Saúde com o intuito de elaborar e acompanhar a aplicação das normas que devem regulamentar as pesquisas envolvendo seres humanos no país. A articulação com esta comissão visa à vigilância ao cumprimento dos princípios da Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e, especialmente, da Resolução n° 304/2000, em virtude dos riscos adicionais que podem apresentar as pesquisas junto a populações indígenas decorrentes de sua condição excepcional.

5.7 - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI/CNS)

O funcionamento da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), órgão assessor do Conselho Nacional de Saúde, com participação de instituições públicas, organizações não-governamentais e organizações representativas dos povos indígenas, tem por finalidade o acompanhamento da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em nível nacional, recomendando medidas para a sua correta execução. Essa comissão atende às exigências do controle social estabelecidas na Lei n° 8.080/90, devendo ter participação paritária de membros escolhidos pelos povos indígenas e suas organizações representativas.

6 - Financiamento

As ações a serem desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas serão financiadas pelo orçamento da FUNASA e do Ministério da Saúde, podendo ser complementada por organismos de cooperação internacional e da iniciativa privada. Os estados e municípios também deverão atuar complementarmente, considerando que a população indígena está contemplada nos mecanismos de financiamento do SUS. O financiamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá ser de acordo com o montante de população, situação epidemiológica e características de localização geográfica.

Anexo 2 do Anexo XIV

Diretrizes do Modelo de Gestão da Saúde Indígena (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1)

Art. 1º O modelo de gestão de saúde indígena segue as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º)

I - a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, integrante da Política Nacional de Saúde, deve ser compatibilizada com as determinações da Lei Orgânica da Saúde e com a Constituição Federal, que reconhecem as especificidades étnicas e culturais e os direitos sociais e territoriais dos povos indígenas;(Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, I)

II - o objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, II)

III - a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena adotará modelo de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos povos indígenas o exercício da cidadania; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, III)

IV - o Subsistema de Saúde Indígena fica organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos e etno-culturais, sob responsabilidade do gestor federal; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, IV)

V - os Distritos Sanitários Especiais Indígenas devem contar com uma rede interiorizada de serviços de atenção básica organizada de forma hierarquizada e articulada com a rede de serviços do Sistema Único de Saúde para garantir a assistência de média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, V)

VI - a estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena fica composta pelos Postos de Saúde situados dentro das aldeias indígenas, que contam com o trabalho do agente indígena de saúde (AIS) e do agente indígena de saneamento (Aisan); pelos Pólos-Base com equipes multidisciplinares de saúde indígena e pela Casa do Índio (CASAI) que apoia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, VI)

VII - o processo de estruturação da atenção à saúde dos povos indígenas deve contar com a participação dos próprios índios, representados por suas lideranças e organizações nos Conselhos de Saúde locais e distritais; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, VII)

VIII - na execução das ações de saúde dos povos indígenas deverão ser estabelecidos indicadores de desempenho e sistemas de informações que permitam o controle e a avaliação das referidas ações; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, VIII)

IX - a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deve respeitar as culturas e valores de cada etnia, bem como integrar as ações da medicina tradicional com as práticas de saúde adotadas pelas comunidades indígenas. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, IX)

CAPÍTULO I

DA COMPETÊNCIA DOS ÓRGÃOS

(Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, CAPÍTULO I)

Art. 2º Ao Ministério da Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 2º)

I - formular, aprovar e normatizar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 2º, I)

Art. 3º À Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 3º)

I - coordenar, normatizar e executar as ações de atenção à saúde dos povos indígenas, observados os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 3º, I)

Art. 4º Ao Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da Fundação Nacional de Saúde, compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º)

I - planejar, promover e coordenar o desenvolvimento de ações integrais de atenção à saúde dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, I)

II - planejar, coordenar e garantir a assistência farmacêutica no âmbito da atenção à saúde dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, II)

III - coordenar e executar o sistema de informação da saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, III)

IV - promover e divulgar a análise das informações geradas pelos sistemas de informação da saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, IV)

V - propor normas, critérios, parâmetros e métodos para a alocação de recursos financeiros, o controle da qualidade e avaliação das ações de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, V)

VI - supervisionar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito do DSEI; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, VI)

VII - implantar instrumentos para organização gerencial e operacional das ações de atenção à saúde dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, VII)

VIII - articular com os órgãos responsáveis pela política indígena no país o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde - doença das coletividades indígenas; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, VIII)

IX - propor alterações nas áreas de abrangência dos DSEI. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, IX)

Art. 5º Às Coordenações Regionais (CORE) da Fundação Nacional de Saúde, compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º)

I - coordenar e articular no âmbito de cada Unidade Federada a execução das ações de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, I)

II - planejar em conjunto com os DSEI as ações integrais de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, II)

III - articular junto à Comissão Intergestora Bipartite (CIB) o fluxo de referência de pacientes do distrito sanitário aos serviços de média e alta complexidade do SUS; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, III)

IV - articular junto aos Conselhos Estaduais de Saúde a criação de comissões técnicas de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, IV)

V - assegurar as condições para a implantação e implementação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, V)

VI - homologar e dar posse aos membros dos Conselhos Locais de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, VI)

VII - articular no âmbito de cada unidade federada com os órgãos envolvidos com a política indígena o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde - doença das coletividades; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, VII)

VIII - executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, VIII)

Art. 6º Ao Distrito Especial de Saúde Indígena (DSEI), compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º)

I - planejar, coordenar, e executar as ações integrais de saúde na área de abrangência do distrito sanitário especial indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, I)

II - executar o fluxo de referência e contra referência de pacientes no distrito sanitário a serviços de média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, II)

III - acompanhar e avaliar todas as ações de saúde desenvolvidas em sua área de abrangência com base em indicadores de saúde e desempenho; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, III)

IV - avaliar e controlar a qualidade da assistência prestada em seu território de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, IV)

V - alimentar os sistemas de informação da saúde indígena e consolidar as informações epidemiológicas e de saúde referentes à sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, V)

VI - propor e executar programas e ações emergenciais, fundamentados em dados epidemiológicos; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, VI)

VII - assegurar as condições para a implantação e implementação do Conselho locais de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, VII)

VIII - articular as práticas de Saúde Indígena com a medicina tradicional, respeitando as características culturais indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, VIII)

IX - executar em conjunto com o Setor de Engenharia e Saúde Pública o Saneamento e a Vigilância Ambiental; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, IX)

X - executar em conjunto com Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde as ações de educação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, X)

XI - fortalecer o controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, XI)

XII - o chefe do DSEI é a autoridade sanitária responsável pela saúde na área de abrangência do Distrito; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, XII)

XIII - executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, XIII)

Art. 7º Ao Conselho Distrital de Saúde Indígena compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º)

I - aprovar e acompanhar a execução do plano distrital de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º, I)

II - acompanhar as ações dos Conselho locais de saúde indígena; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º, II)

III - exercer o controle social das atividades de atenção à saúde indígena. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º, III)

Art. 8º Aos Estados, Municípios e Instituições Governamentais e não Governamentais compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 8º)

I - atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena definidas no Plano Distrital de Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 8º, I)

Parágrafo Único. A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) definirá, observando as características das populações envolvidas, as ações complementares que ficarão a cargo das entidades previstas neste artigo. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 9º Fica a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) autorizada a normatizar e regulamentar as diretrizes da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, previstas nesta portaria. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 9º)

Anexo 3 do Anexo XIV

Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (Origem: PRT MS/GM 2759/2007)

Art. 1º São diretrizes gerais para uma Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas: (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º)

I - apoiar e respeitar a capacidade das diversas etnias e das comunidades indígenas, com seus valores, economias, tecnologias, modos de organização, de expressão e de produção de conhecimento, para identificar problemas, mobilizar recursos e criar alternativas para a construção de soluções para os problemas da comunidade;(Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, I)

II - apoiar a organização de um processo de construção coletiva de consensos e de soluções, que envolva a participação de todos os atores sociais relevantes, em especial o movimento social e as lideranças indígenas, que considere e respeite as especificidades e a cultura de cada comunidade indígena envolvida, que respeite e convoque os conhecimentos da medicina tradicional das comunidades, e que crie alternativas viáveis e consensuais para a abordagem dos problemas de saúde destas comunidades; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, II)

III - considerar como atores sociais imprescindíveis para a construção deste processo, os etnólogos e a comunidade acadêmica, na medida em que vem acompanhando sistematicamente o impacto do contato destas comunidades com as sociedades envolventes, apontando a complexidade dos problemas das comunidades e das intervenções do Estado brasileiro e produzindo conhecimento acerca da heterogeneidade destas comunidades; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, III)

IV - garantir ações integradas, através da articulação institucional entre as diferentes esferas de governo (União, estado e municípios); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, IV)

V - garantir acessibilidade, sobretudo através da potencialização das ações de construção coletiva de soluções para os problemas de saúde mental no nível da atenção básica, e da potencialização dos CAPS na construção coletiva de ações em seu território, sobretudo em regiões com grande concentração de comunidades indígenas; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, V)

VI - considerar como fundamento das propostas de intervenção a estratégia de pesquisa - ação participativa, que permita sistematizar informação epidemiológica, assim como os modelos explicativos e sistemas de ação que os indígenas implementam para a superação de seus problemas; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, VI)

VII - garantir a criação de um sistema de monitoramento e avaliação das ações, que além de inquéritos epidemiológicos específicos, inclua estudos qualitativos de avaliação das estratégias de intervenção, sejam estas intraculturais ou externas à cultura local; e (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, VII)

VIII - garantir que o Programa de Formação Permanente de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, já em andamento, absorva, especialmente em regiões com grande concentração de comunidades indígenas, a problemática da saúde mental indígena. (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, VIII)

Art. 2º Fica instituído o Comitê Gestor da Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas, com as seguintes incumbências: (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 2º)

I - elaborar e pactuar com as instâncias implicadas uma norma que regulamente as ações de atenção em Saúde Mental às populações indígenas, onde estejam implicadas estruturas da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), e da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA);(Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 2º, I)

II - coordenar as ações no âmbito do Ministério da Saúde, ouvidas as instâncias representativas de comunidades indígenas, para o enfrentamento das situações emergenciais da atenção à saúde mental indígena, como o alcoolismo, o suicídio e outros problemas prevalentes; e (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 2º, II)

III - elaborar um sistema de monitoramento e avaliação das ações de atenção em saúde mental às populações indígenas, em sua implantação e implementação. (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 2º, III)

Art. 3º São integrantes do Comitê, sob a coordenação do primeiro, e a coordenação adjunta do segundo, os seguintes membros: (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º)

I - 1 (um) representante do Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, I)

II - 1 (um) representante do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Área Técnica de Saúde Mental (DAPES/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, II)

III - 1 (um) representante do Projeto VIGISUS - Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, III)

IV - 1 (um) representante do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, IV)

V - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, V)

VI - 1 (um) representante do Conselho de Comunidades Indígenas das cinco regiões do país; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, VI)

VII - 1 (um) pesquisador convidado, de universidade brasileira; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, VII)

VIII - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, VIII)

IX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); e (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, IX)

X - 1 (um) representante da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, X)

Anexo 4 do Anexo XIV

Comitê Consultivo de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Origem: PRT MS/GM 69/2004)

Art. 1º Fica instituído o Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º)

Parágrafo Único. O Comitê Consultivo terá as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único)

I - apreciar as propostas de condução da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, a)

II - contribuir com o Departamento de Saúde Indígena/FUNASA nas normatizações técnicas e operacionais da saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, b)

III - propor medidas técnicas e operacionais ao Departamento de Saúde Indígena/FUNASA de matérias relevantes a Organização e Gestão dos Serviços de Saúde Indígena; e (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, c)

IV - participar de fóruns nacionais de discussão da Política de Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, d)

Art. 2º O Comitê Consultivo será composto pelos referidos membros, com as seguintes representações: (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º)

I - Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) - 4 (quatro) representantes; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

II - Ministério da Saúde (MS): (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

a) Secretaria-Executiva - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II, a)

b) Secretaria de Atenção à Saúde - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II, b)

c) Secretaria de Vigilância em Saúde - 1 (um) representante; e (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II, c)

d) Secretaria de Gestão Participativa - 1 (um) representante. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II, d)

III - Fundação Nacional do Índio (FUNAI/MJ) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

IV - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

V - organizações indígenas - 3 (três) representantes; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

VI - Organizações Indigenistas - dois representantes; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, VI) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

VII - Conselhos Distritais de Saúde Indígena - 5 (cinco) representantes; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

VIII - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, VIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

IX - Ministério Público Federal (6ª Câmara) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, IX) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

X - Ministério da Educação - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, X) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

XI - Ministério do Meio Ambiente - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, XI) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

XII - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, XII) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

XIII - Confederação dos Trabalhadores do Serviço Público Federal (CONDSEF) - 2 (dois) representantes. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, XIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 1731/2004)

§ 1º A Secretaria Executiva do Comitê será indicada pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os membros do Comitê Consultivo não receberão nenhuma gratificação para o seu exercício, sendo considerado de relevância pública. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Caberá ao Presidente da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) regulamentar através de portaria o funcionamento do Comitê Consultivo e designar os seus membros. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 3º)

§ 4º O mandato dos membros do Comitê Consultivo será de um ano, permitida a recondução. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 4º)

§ 5º As despesas decorrentes do funcionamento do Comitê ficarão a cargo da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 5º)

Anexo 5 do Anexo XIV

Certificado Hospital Amigo do Índio (Origem: PRT MS/GM 645/2006)

Art. 1º Fica instituído o Certificado Hospital Amigo do Índio, a ser oferecido aos estabelecimentos de saúde que fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 1º)

Art. 2º Para concessão do Certificado Hospital Amigo do Índio, deverão ser observados os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º)

I - garantia do direito ao acompanhante, dieta especial e informação aos usuários, respeitando as especificidades culturais dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, I)

II - garantia do respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde nos projetos terapêuticos singulares e na ambiência física; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, II)

III - participação nas instâncias de Controle Social (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais de Saúde) e de pactuação intergestores do SUS, no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, III)

IV - garantia de informação em saúde à rede integrada do SUS, compreendendo as unidades de saúde indígena no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, IV)

V - garantia de critérios especiais de acesso e acolhimento a partir da avaliação de risco clínico e vulnerabilidade sócio-cultural; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, V)

VI - garantia de instâncias próprias de avaliação com participação de usuários e gestores no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, VI)

VII - garantia de Ouvidoria adaptada às especificidades étnico-culturais dos povos indígenas; e (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, VII)

VIII - garantia de processo de Educação Permanente aos profissionais com respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, VIII)

Art. 3º Fica instituído o Comitê de Certificação e Avaliação dos Hospitais Amigos do Índio com as seguintes responsabilidades: (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º)

I - certificar os estabelecimentos de saúde da rede do SUS em obediência aos critérios de concessão do Certificado Hospital Amigo do Índio; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, I)

II - estabelecer instrumentos, indicadores, metas e avaliação, bem como o período de renovação da certificação; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, II)

III - estabelecer critérios de não renovação da certificação; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, III)

IV - divulgar nas instâncias de Controle Social do SUS (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais de Saúde), Comissões Bipartite e Tripartite, bem como os relatórios de certificação e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, IV)

V - articular com as instâncias de Controle Social do SUS (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais), Comissões Bipartite e Tripartite e o acompanhamento do processo de certificação e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, V)

Art. 4º O Comitê de Certificação e Avaliação dos Hospitais Amigos do Índio será integrado por um representante das seguintes instituições: (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º)

I - Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, I)

II - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, II)

III - Conselho Nacional de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, III)

IV - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, IV)

V - Comissão Intersetorial de Saúde do Índio, do Conselho Nacional de Saúde (CISI/CNS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, V)

VI - Conselhos Distritais de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, VI)

VII - Fundação Nacional do Índio (FUNAI); e (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, VII)

VIII - Sexta Câmara do Ministério Público Federal. (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, VIII)

Parágrafo Único. É facultado ao Comitê de Certificação e Avaliação dos Hospitais Amigos do Índio a constituição de Grupos de Trabalho Locais para visitas de certificação e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, Parágrafo Único)

Anexo XV

Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Origem: PRT MS/GM 1823/2012)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 2º)

Art. 3º Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 3º)

Parágrafo Único. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º Além do disposto neste Anexo, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora reger-se-á, de forma complementar, pelos elementos informativos constantes do Anexo 1 do Anexo XV . (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 4º)

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES

(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO I)

Art. 5º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observará os seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º)

I - universalidade; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, I)

II - integralidade; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, II)

III - participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, III)

IV - descentralização; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, IV)

V - hierarquização; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, V)

VI - equidade; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, VI)

VII - precaução. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, VII)

Art. 6º Para fins de implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, dever-se-á considerar a articulação entre: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º)

I - as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º, I)

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

II - as ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º, II)

III - o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º, III)

Parágrafo Único. A realização da articulação tratada neste artigo requer mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 7º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora deverá contemplar todos os trabalhadores priorizando, entretanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 7º)

Parágrafo Único. As pessoas e os grupos vulneráveis de que trata o "caput" devem ser identificados e definidos a partir da análise da situação de saúde local e regional e da discussão com a comunidade, trabalhadores e outros atores sociais de interesse à saúde dos trabalhadores, considerando-se suas especificidades e singularidades culturais e sociais. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 7º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS

(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO II)

Art. 8º São objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º)

I - fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I)

a) identificação das atividades produtivas da população trabalhadora e das situações de risco à saúde dos trabalhadores no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, a)

b) identificação das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, b)

c) realização da análise da situação de saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, c)

d) intervenção nos processos e ambientes de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, d)

e) produção de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de VISAT; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, e)

f) controle e avaliação da qualidade dos serviços e programas de saúde do trabalhador, nas instituições e empresas públicas e privadas; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, f)

g) produção de protocolos, de normas técnicas e regulamentares; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, g)

h) participação dos trabalhadores e suas organizações. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, h)

II - promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II)

a) estabelecimento e adoção de parâmetros protetores da saúde dos trabalhadores nos ambientes e processos de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, a)

b) fortalecimento e articulação das ações de vigilância em saúde, identificando os fatores de risco ambiental, com intervenções tanto nos ambientes e processos de trabalho, como no entorno, tendo em vista a qualidade de vida dos trabalhadores e da população circunvizinha; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, b)

c) representação do setor saúde/saúde do trabalhador nos fóruns e instâncias de formulação de políticas setoriais e intersetoriais e às relativas ao desenvolvimento econômico e social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, c)

d) inserção, acompanhamento e avaliação de indicadores de saúde dos trabalhadores e das populações circunvizinhas nos processos de licenciamento e nos estudos de impacto ambiental; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, d)

e) inclusão de parâmetros de proteção à saúde dos trabalhadores e de manutenção de ambientes de trabalho saudáveis nos processos de concessão de incentivos ao desenvolvimento, nos mecanismos de fomento e outros incentivos específicos; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, e)

f) contribuição na identificação e erradicação de situações análogas ao trabalho escravo; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, f)

g) contribuição na identificação e erradicação de trabalho infantil e na proteção do trabalho do adolescente; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, g)

h) desenvolvimento de estratégias e ações de comunicação de risco e de educação ambiental e em saúde do trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, h)

III - garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede, considerando os seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III)

a) atenção primária em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, a)

b) atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, b)

c) atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência, e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, c)

d) rede de laboratórios e de serviços de apoio diagnóstico; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, d)

e) assistência farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, e)

f) sistemas de informações em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, f)

g) sistema de regulação do acesso; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, g)

h) sistema de planejamento, monitoramento e avaliação das ações; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, h)

i) sistema de auditoria; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, i)

j) promoção e vigilância à saúde, incluindo a vigilância à saúde do trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, j)

IV - ampliar o entendimento de que de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, IV)

V - incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, V)

VI - assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, VI)

VII - assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, VII)

CAPÍTULO III

DAS ESTRATÉGIAS

(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO III)

Art. 9º São estratégias da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º)

I - integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I)

a) planejamento conjunto entre as vigilâncias, com eleição de prioridades comuns para atuação integrada, com base na análise da situação de saúde dos trabalhadores e da população em geral, e no mapeamento das atividades produtivas e com potencial impacto ambiental no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, a)

b) produção conjunta de protocolos, normas técnicas e atos normativos, com harmonização de parâmetros e indicadores, para orientação aos estados e municípios no desenvolvimento das ações de vigilância, e especialmente como referência para os processos de pactuação entre as três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, b)

c) harmonização e, sempre que possível, unificação dos instrumentos de registro e notificação de agravos e eventos de interesse comum aos componentes da vigilância; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, c)

d) incorporação dos agravos relacionados ao trabalho, definidos como prioritários para fins de vigilância, nas listagens de agravos de notificação compulsória, nos âmbitos nacional, estaduais e municipais, seguindo a mesma lógica e fluxos dos demais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, d)

e) proposição e produção de indicadores conjuntos para monitoramento e avaliação da situação de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, e)

f) formação e manutenção de grupos de trabalho integrados para investigação de surtos e eventos inusitados e de investigação de situações de saúde decorrentes de potenciais impactos ambientais de processos e atividades produtivas nos territórios, envolvendo as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, saúde do trabalhador e rede de laboratórios de saúde pública; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, f)

g) produção conjunta de metodologias de ação, de investigação, de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de vigilância nos ambientes e situações epidemiológicas; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, g)

h) incorporação, pelas equipes de vigilância sanitária dos estados e municípios, de práticas de avaliação, controle e vigilância dos riscos ocupacionais nas empresas e estabelecimentos, observando as atividades produtivas presentes no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, h)

i) investimentos na qualificação e capacitação integradas das equipes dos diversos componentes da vigilância em saúde, com incorporação de conteúdos específicos, comuns e afins, nos processos formativos e nas estratégias de educação permanente de todos os componentes da Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, i)

j) investimentos na ampliação da capacidade técnica e nas mudanças das práticas das equipes das vigilâncias, especialmente para atuação no apoio matricial às equipes de referência dos municípios; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, j)

k) participação conjunta nas estratégias, fóruns e instâncias de produção, divulgação, difusão e comunicação de informações em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, k)

l) estímulo à participação dos trabalhadores e suas organizações, sempre que pertinente, no acompanhamento das ações de vigilância epidemiológica, sanitária e em saúde ambiental, além das ações específicas de VISAT; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, l)

m) atualização e ou revisão dos códigos de saúde, com inserção de disposições sobre a vigilância em saúde do trabalhador e atribuição da competência de autoridade sanitária às equipes de vigilância em saúde do trabalhador, nos estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, m)

II - análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II)

a) identificação das atividades produtivas e do perfil da população trabalhadora no território em conjunto com a atenção primária em saúde e os setores da Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, a)

b) implementação da rede de informações em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, b)

c) definição de elenco de indicadores prioritários para análise e monitoramento; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, c)

d) definição do elenco de agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória e de investigação obrigatória e inclusão no elenco de prioridades, nas três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, d)

e) revisão periódica da lista de doenças relacionadas ao trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, e)

f) realização de estudos e análises que identifiquem e possibilitem a compreensão dos problemas de saúde dos trabalhadores e o comportamento dos principais indicadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, f)

g) estruturação das estratégias e processos de difusão e comunicação das informações; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, g)

h) garantia, na identificação do trabalhador, do registro de sua ocupação, ramo de atividade econômica e tipo de vínculo nos seguintes sistemas e fontes de informação em saúde, aproveitando todos os contatos do/a trabalhador/a com o sistema de saúde: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h)

1. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 1)

2. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 2)

3. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 3)

4. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAISUS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 4)

5. Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 5)

6. Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP); e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 6)

7. Registros de Câncer de Base Hospitalar (RCBH); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 7)

i) articulação e sistematização das informações das demais bases de dados de interesse à saúde do trabalhador, como: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i)

1. Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 1)

2. Sistema Único de Benefícios (SUB); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 2)

3. Relação Anual de Informações Sociais (RAIS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 3)

4. Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 4)

5. Sistema Federal de Inspeção do Trabalho (SFIT); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 5)

6. Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS); e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 6)

7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 7)

8. outros sistemas de informações dos órgãos e setores de planejamento, da agricultura, do meio ambiente, da segurança pública, do trânsito, da indústria, comércio e mineração, das empresas, dos sindicatos de trabalhadores, entre outras; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 8)

j) gestão junto a essas instituições para acesso às bases de dados de forma desagregada, conforme necessidades da produção da análise da situação de saúde nos diversos níveis territoriais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, j)

k) produção e divulgação, periódicas, com acesso ao público em geral, de análises de situação de saúde, considerando diversos níveis territoriais (local, municipal, microrregional, macrorregional, estadual, grandes regiões, nacional); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, k)

l) estabelecimento da notificação compulsória e investigação obrigatória em todo território nacional dos acidentes de trabalho graves e com óbito e das intoxicações por agrotóxicos, considerando critérios de magnitude e gravidade; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, l)

m) viabilização da compatibilização e/ou unificação dos instrumentos de coleta de dados e dos fluxos de informações, em articulação com as demais equipes técnicas e das vigilâncias; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, m)

n) gestão junto à Previdência Social para que a notificação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho feito pelo SUS (Sinan) seja reconhecida, nos casos de trabalhadores segurados pelo Seguro Acidente de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, n)

o) criação de sistemas e bancos de dados para registro das informações contidas nos relatórios de inspeções e mapeamento dos ambientes de trabalho realizados pelas equipes de Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, o)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300108

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

p) definição de elenco básico de indicadores de morbimortalidade e de situações de risco para a composição da análise de situação de saúde dos trabalhadores, considerando o conjunto dos trabalhadores brasileiros, incluindo as parcelas inseridas em atividades informais, ou seja, o total da População Economicamente Ativa Ocupada; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, p)

q) articulação intra e intersetorial para a implantação ou implementação de observatórios de saúde do trabalhador, em especial, articulando-se com o observatório de violências e outros; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, q)

r) articulação, apoio e gestão junto à Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) para fins de ampliação dos atuais indicadores de saúde do trabalhador constantes das publicações dos Indicadores Básicos de Saúde (IDB); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, r)

s) garantia da inclusão de indicadores de saúde do trabalhador nas RIPSA estaduais, conforme necessidades e especificidades de cada estado; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, s)

t) produção de protocolos e manuais de orientação para os profissionais de saúde para a utilização da Classificação Brasileira de Ocupação e da Classificação Nacional de Atividades Econômicas; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, t)

u) avaliação e produção de relatórios periódicos sobre a qualidade dos dados e informações constantes nos sistemas de informação de interesse à saúde do trabalhador; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, u)

v) disponibilização e divulgação das informações em meios eletrônicos, boletins, cartilhas, impressos, vídeos, rádio e demais instrumentos de comunicação e difusão; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, v)

III - estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no contexto da Rede de Atenção à Saúde, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III)

a) ações de Saúde do Trabalhador junto à atenção primária em saúde: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a)

1. reconhecimento e mapeamento das atividades produtivas no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 1)

2. reconhecimento e identificação da população trabalhadora e seu perfil sócio ocupacional no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 2)

3. reconhecimento e identificação dos potenciais riscos e impactos (perfil de morbimortalidade) à saúde dos trabalhadores, das comunidades e ao meio ambiente, advindos das atividades produtivas no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 3)

4. identificação da rede de apoio social aos trabalhadores no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 4)

5. inclusão, dentre as prioridades de maior vulnerabilidade em saúde do trabalhador, das seguintes situações: chefe da família desempregado ou subempregado, crianças e adolescentes trabalhando, gestantes ou nutrizes trabalhando, algum membro da família portador de algum agravo à saúde relacionado com o trabalho (acidente ou doença) e presença de atividades produtivas no domicílio; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 5)

6. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários das unidades e serviços de atenção primária em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 6)

7. suspeita e ou identificação da relação entre o trabalho e o problema de saúde apresentado pelo usuário, para fins de diagnóstico e notificação dos agravos relacionados ao trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 7)

8. notificação dos agravos relacionados ao trabalho no Sinan e no SIAB e, emissão de relatórios e atestados médicos, incluindo o laudo de exame médico da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos pertinentes; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 8)

9. subsídio à definição da rede de referência e contrarreferência e estabelecimento dos fluxos e instrumentos para os encaminhamentos necessários; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 9)

10. articulação com as equipes técnicas e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) sempre que necessário, para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 10)

11. definição e implantação de condutas e manejo assistenciais, de promoção e de vigilância em saúde do trabalhador, mediante a aplicação de protocolos, de linhas de cuidado e de projetos terapêuticos para os agravos, e de linhas guias para a vigilância de situações de riscos relacionados ao trabalho; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 11)

12. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes da atenção primária em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 12)

b) ações de saúde do trabalhador junto à urgência e emergência: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b)

1. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários dos pontos de atenção às urgências e emergências, nas redes estaduais e municipais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 1)

2. identificação da relação entre o trabalho e o acidente, violência ou intoxicação exógena sofridos pelo usuário, com decorrente notificação do agravo no Sinan e adequado registro no SIH-SUS para os casos que requererem hospitalização; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 2)

3. preenchimento do laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 3)

4. acompanhamento desses casos pelas equipes dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, onde houver; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 4)

5. encaminhamento para a rede de referência e contrarreferência, para fins de continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos para tal; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 5)

6. articulação com as equipes técnicas e os CEREST sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 6)

7. harmonização dos conceitos dos eventos/agravos e unificação das fichas de notificação dos casos de acidentes de trabalho, outros acidentes e violências; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 7)

8. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos pontos de atenção às urgências e emergências; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 8)

9. estabelecimento de parcerias intersetoriais e referência e contrarreferência com as unidades de atendimento e serviços das Secretarias de Segurança Pública, Institutos Médico Legais, e setores/departamentos de trânsito e transporte; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 9)

c) ações de saúde do trabalhador junto à atenção especializada (ambulatorial e hospitalar): (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c)

1. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários dos pontos de atenção especializada, nas redes estaduais e municipais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 1)

2. suspeita ou identificação da relação entre o trabalho e o agravo à saúde do usuário, com decorrente notificação do agravo no Sinan; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 2)

3. preenchimento do laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 3)

4. encaminhamento para a rede de referência e contrarreferência, para fins de continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos para tal; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 4)

5. articulação com as equipes técnicas e os CEREST sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 5)

6. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos pontos de atenção especializada; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 6)

IV - fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, IV)

a) aplicação de indicadores de avaliação de impactos à saúde dos trabalhadores e das comunidades nos processos de licenciamento ambiental, de concessão de incentivos ao desenvolvimento, mecanismos de fomento e incentivos específicos; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, IV, a)

b) fiscalização conjunta onde houver trabalho em condições insalubres, perigosas e degradantes, como nas carvoarias, madeireiras, canaviais, construção civil, agricultura em geral, calcareiras, mineração, entre outros, envolvendo os Ministérios do Trabalho e do Meio Ambiente, o SUS e o Ministério Público; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, IV, b)

c) compartilhamento e publicização das informações produzidas por cada órgão e instituição, inclusive por meio da constituição de observatórios, de modo a viabilizar a adequada análise de situação, estabelecimento de prioridades, tomada de decisão e monitoramento das ações; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, IV, c)

V - estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V)

a) acolhimento e resposta às demandas dos representantes da comunidade e do controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, a)

b) buscar articulação com entidades, instituições, organizações não governamentais, associações, cooperativas e demais representações de categorias de trabalhadores, presentes no território, inclusive as inseridas em atividades informais de trabalho e populações em situação de vulnerabilidade; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, b)

c) estímulo à participação de representação dos trabalhadores nas instâncias oficiais de representação social do SUS, a exemplo dos conselhos e comissões intersetoriais, nas três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, c)

d) apoiar o funcionamento das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, d)

e) inclusão da comunidade e do controle social nos programas de capacitação e educação permanente em saúde do trabalhador, sempre que possível, e inclusão de conteúdos de saúde do trabalhador nos processos de capacitação permanente voltados para a comunidade e o controle social, incluindo grupos de trabalhadores em situação de vulnerabilidade, com vistas às ações de promoção em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, e)

f) transparência e facilitação do acesso às informações aos representantes da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, f)

VI - desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI)

a) adoção de estratégias para a progressiva desprecarização dos vínculos de trabalho das equipes de saúde, incluindo os técnicos dos centros de referência e das vigilâncias, nas três esferas de gestão do SUS, mediante concurso público; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, a)

b) inserção de especificação da atribuição de inspetor de vigilância aos técnicos em saúde do trabalhador nos planos de carreira, cargos e vencimentos, nas esferas estadual e municipal; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, b)

c) inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos processos formativos e estratégias de educação permanente, cursos e capacitações, para profissionais de nível superior e nível médio, com destaque àqueles destinados às equipes de Vigilância em Saúde, à Saúde da Família e aos gestores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, c)

d) capacitação para aplicação de protocolos, linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, com ênfase à identificação da relação saúde-trabalho, ao diagnóstico e manejo dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, incluindo a reabilitação, à vigilância de agravos, de ambientes e de processos de trabalho e à produção de análise da situação de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, d)

e) capacitação voltada à aplicação de medidas básicas de promoção, prevenção e educação em saúde e às orientações quanto aos direitos dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, e)

f) estabelecimento de referências e conteúdos curriculares para a formação de profissionais em saúde do trabalhador, de nível técnico e superior; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, f)

g) produção de tecnologias mistas de educação presencial e a distância e publicização de tecnologias já existentes, com estabelecimento de processos e métodos de acompanhamento, avaliação e atualização dessas tecnologias; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, g)

h) articulação intersetorial com Ministérios e Secretarias de Governo, especialmente com o Ministério da Educação, para fins de inclusão de conteúdos temáticos de saúde do trabalhador nos currículos do ensino fundamental e médio, da rede pública e privada, em cursos de graduação e de programas específicos de pós-graduação em sentido amplo e restrito, possibilitando a articulação ensino / pesquisa /extensão, bem como nos cursos voltados à qualificação profissional e empresarial; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, h)

i) investimento na qualificação de todos os técnicos dos CEREST, no mínimo, em nível de especialização; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, i)

j) integração com órgãos de fomento de pesquisa, nacionais e internacionais e com instituições responsáveis pelo processo educativo como universidades, centros de pesquisa, organizações sindicais, ONG, entre outras; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, j)

k) apoio à capacitação voltada para os interesses do movimento social, movimento sindical e controle social, em consonância com as ações e diretrizes estratégicas do SUS e com a legislação de regência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, k)

VII - apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII)

a) articulação estreita entre os serviços e instituições de pesquisa e universidades, com envolvimento de toda a rede de serviços do SUS na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas, voltadas à produção de respostas aos problemas e necessidades identificadas pelos serviços, comunidade e controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, a)

b) adoção de critérios epidemiológicos e de relevância social para a identificação e definição das linhas de investigação, estudos e pesquisas, de modo a fornecer respostas e subsídios técnico-científicos para o enfrentamento de problemas prioritários no contexto da saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, b)

c) desenvolvimento de projetos de pesquisa-intervenção que possam ser estruturantes para a saúde do trabalhador no SUS, que articulem as ações de promoção, vigilância, assistência, reabilitação e produção e comunicação de informações, e resultem em produção de tecnologias de intervenção em problemas prioritários em cada território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, c)

d) definição de linhas prioritárias de pesquisa para a produção de conhecimento e de respostas às questões teórico conceituais do campo da saúde do trabalhador, de modo a preencher lacunas e produzir modelos teóricos que contribuam para a melhoria da promoção, da vigilância e da atenção à saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, d)

e) incentivo à pesquisa e aplicação de tecnologias limpas e/ou com reduzido impacto à saúde dos trabalhadores e ao meio ambiente, bem como voltadas à produção de alternativas e substituição de produtos e processos já reconhecidos como danosos à saúde, e formas de organização de trabalho saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, e)

f) estabelecimento de rede de centros de pesquisa colaboradores na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas, voltadas à produção de respostas aos problemas e necessidades identificadas pelos serviços, comunidade e controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, f)

g) estabelecimento de mecanismos que garantam a participação da comunidade e das representações dos trabalhadores no desenvolvimento dos estudos e pesquisas, incluindo a divulgação e aplicação dos seus resultados; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, g)

h) garantia, pelos gestores, da observância dos preceitos éticos no desenvolvimento de estudos e pesquisas realizados no âmbito da rede de serviços do SUS, mediante a participação dos Comitês de Ética em Pesquisa nesses processos. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, h)

§ 1º A análise da situação de saúde dos trabalhadores, de que trata o inciso II do "caput", compreende o monitoramento contínuo de indicadores e das situações de risco, com vistas a subsidiar o planejamento das ações e das intervenções em saúde do trabalhador, de forma mais abrangente, no território nacional, no estado, região, município e nas áreas de abrangência das equipes de atenção à saúde. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 1º)

§ 2º No que se refere à análise da situação de saúde dos trabalhadores, de que trata o inciso II do "caput", dever-se-á promover a articulação das redes de informações, que se baseará nos seguintes pressupostos: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º)

I - concepção de que as informações em saúde do trabalhador, presentes em diversas bases e fontes de dados, devem estar em consonância com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Informações e Informática do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, I)

II - necessidade de estabelecimento de processos participativos nas definições e na produção de informações de interesse à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, II)

III - empreendimento sistemático e permanente de ações, com vistas ao aprimoramento e melhoria da qualidade das informações; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, III)

IV - compartilhamento de informações de interesse para a saúde do trabalhador, mediante colaboração intra e intersetorial, entre as esferas de governo, e entre instituições, públicas e privadas, nacionais e internacionais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, IV)

V - necessidade de estabelecimento de mecanismos de publicação e garantia de acesso pelos diversos públicos interessados; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, V)

VI - zelo pela privacidade e confidencialidade de dados individuais identificados, garantindo o acesso necessário às autoridades sanitárias no exercício das ações de vigilância. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, VI)

§ 3º O processo de capacitação em saúde do trabalhador, de que trata o inciso VI do caput, deverá: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º)

I - contemplar as diversidades e especificidades locorregionais, incorporar os princípios do trabalho cooperativo, interdisciplinar e em equipe multiprofissional e as experiências acumuladas pelos estados e municípios nessa área; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º, I)

II - abranger todos os profissionais vinculados ao SUS, independente da especialidade e nível de atuação - atenção básica ou especializada, os inseridos em programas e estratégias específicos, como, por exemplo, agentes comunitários de saúde, saúde da família, saúde da mulher, saúde do homem, saúde mental, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e em saúde ambiental, entre outros; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º, II)

III - considerar, sempre que possível, com graus de prioridade distintos, as necessidades de outras instituições públicas e privadas -sindicatos de trabalhadores e patronais, organizações não governamentais (ONG) e empresas que atuam na área de modo interativo com o SUS, em consonância com a legislação de regência; e(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º, III)

IV - contemplar estratégias de articulação e de inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos cursos de graduação das áreas de saúde, engenharias, ciências sociais, entre outros além de outros que apresentem correlação com a área da saúde, de modo a viabilizar a preparação dos profissionais desde a graduação, incluindo a oferta de vagas para estágios curriculares e extracurriculares. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º, IV)

CAPÍTULO IV

DAS RESPONSABILIDADES

(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO IV)

Seção I

Das Atribuições dos Gestores do SUS

(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO IV, Seção I)

Art. 10. São responsabilidades da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, em seu âmbito administrativo, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10)

I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, I)

II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, II)

III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, III)

IV - assegurar a oferta regional das ações e dos serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, IV)

V - estabelecer e garantir a articulação sistemática entre os diversos setores responsáveis pelas políticas públicas, para analisar os diversos problemas que afetam a saúde dos trabalhadores e pactuar uma agenda prioritária de ações intersetoriais; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, V)

VI - desenvolver estratégias para identificar situações que resultem em risco ou produção de agravos à saúde, adotando e ou fazendo adotar medidas de controle quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, VI)

Art. 11. À direção nacional do SUS compete: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11)

I - coordenar, em âmbito nacional, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, I)

II - conduzir as negociações nas instâncias do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Nacional de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, II)

III - alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, aprovados no Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, III)

IV - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) do CNS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, IV)

V - apoiar tecnicamente as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na implementação e execução da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, V)

VI - promover a incorporação de ações e procedimentos de vigilância e de assistência à saúde do trabalhador junto à Rede de Atenção à Saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, VI)

VII - monitorar, em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, os indicadores pactuados para avaliação das ações e serviços de saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, VII)

VIII - estabelecer rotinas de sistematização, processamento, análise e divulgação dos dados gerados nos municípios e nos estados a partir dos sistemas de informação em saúde, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento estratégico da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, VIII)

IX - elaborar perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, IX)

X - promover a articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, X)

XI - participar da elaboração de propostas normativas e elaborar normas pertinentes à sua área de atuação, com a participação de outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XI)

XII - promover a formação e a capacitação em saúde do trabalhador dos profissionais de saúde do SUS, junto à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XII)

XIII - desenvolver estratégias de comunicação e elaborar materiais de divulgação visando disponibilizar informações do perfil produtivo e epidemiológico relativos à saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XIII)

XIV - conduzir a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho no território nacional e a inclusão do elenco prioritário de agravos relacionados ao trabalho na listagem nacional de agravos de notificação compulsória; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XIV)

XV - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e serviços de saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XV)

Art. 12. À direção estadual do SUS compete: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12)

I - coordenar, em âmbito estadual, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, I)

II - conduzir as negociações nas instâncias estaduais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Estadual de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, II)

III - pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros, para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pactuados nas instâncias de gestão e aprovados no Conselho Estadual de Saúde (CES); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, III)

IV - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CES; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, IV)

V - apoiar tecnicamente e atuar de forma integrada com as secretarias municipais de saúde na implementação das ações de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, V)

VI - organizar as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador nas regiões de saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde, definindo, em conjunto com os municípios, os mecanismos e os fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, VI)

VII - realizar a pactuação regional e estadual das ações e dos indicadores de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, VII)

VIII - monitorar, em conjunto com as secretarias municipais de saúde, os indicadores pactuados para avaliação das ações e serviços de saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, VIII)

IX - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, IX)

X - garantir a implementação, nos serviços públicos e privados, da notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, assim como do registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados nos municípios, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento desta Política; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, X)

XI - elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XI)

XII - participar da elaboração de propostas normativas e elaborar normas técnicas pertinentes à sua esfera de competência, com outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XII)

XIII - promover a formação e capacitação em saúde do trabalhador para os profissionais de saúde do SUS, inclusive na forma de educação continuada, respeitadas as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XIII)

XIV - desenvolver estratégias de comunicação e elaborar materiais de divulgação visando disponibilizar informações do perfil produtivo e epidemiológico relativos à saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XIV)

XV - definir e executar projetos especiais em questões de interesse locorregional, em conjunto com as equipes municipais, quando e onde couber; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XV)

XVI - promover, no âmbito estadual, a articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XVI)

Art. 13. Compete aos gestores municipais de saúde: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13)

I - executar as ações e serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, I)

II - coordenar, em âmbito municipal, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, II)

III - conduzir as negociações nas instâncias municipais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, III)

IV - pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pactuados nas instâncias de gestão e aprovados no Conselho Municipal de Saúde (CMS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, IV)

V - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CMS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, V)

VI - constituir referências técnicas em saúde do trabalhador e/ou grupos matriciais responsáveis pela implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, VI)

VII - participar, em conjunto com o estado, da definição dos mecanismos e dos fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, VII)

VIII - articular-se regionalmente para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde quando da identificação de problemas e prioridades comuns; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, VIII)

IX - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, IX)

X - implementar, na Rede de Atenção à Saúde do SUS, e na rede privada, a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, assim como o registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, proces-

samento e análise dos dados gerados no município, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, X)

XI - instituir e manter cadastro atualizado de empresas classificadas nas diversas atividades econômicas desenvolvidas no município, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para os trabalhadores e para o contingente populacional direta ou indiretamente a eles expostos, em articulação com a vigilância em saúde ambiental; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, XI)

XII - elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, XII)

XIII - capacitar, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e com os CEREST, os profissionais e as equipes de saúde do SUS, para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para o diagnóstico dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, em consonância com as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, XIII)

XIV - promover, no âmbito municipal, articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, XIV)

Seção II

Das Atribuições dos CEREST e das Equipes Técnicas

(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO IV, Seção II)

Art. 14. Cabe aos CEREST, no âmbito da RENAST: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14)

I - desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, I)

II - dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, II)

III - atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, III)

§ 1º As ações a serem desenvolvidas pelos CEREST serão planejadas de forma integrada pelas equipes de saúde do trabalhador no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das secretarias municipais de saúde (SMS), sob a coordenação dos gestores. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, § 1º)

§ 2º Para as situações em que o município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para aquelas definidas como de maior complexidade, caberá às SES a execução direta de ações de vigilância e assistência, podendo fazê-lo, em caráter complementar ou suplementar, através dos CEREST. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, § 2º)

§ 3º O apoio matricial, de que trata o art. 14, II, será equacionado a partir da constituição de equipes multiprofissionais e do desenvolvimento de práticas interdisciplinares, com estabelecimento de relações de trabalho entre a equipe de matriciamento e as equipes técnicas de referência, na perspectiva da prática da clínica ampliada, da promoção e da vigilância em saúde do trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, § 3º)

Art. 15. As equipes técnicas de saúde do trabalhador, nas três esferas de gestão, com o apoio dos CEREST, devem garantir sua capacidade de prover o apoio institucional e o apoio matricial para o desenvolvimento e incorporação das ações de saúde do trabalhador no SUS. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 15)

Parágrafo Único. A execução do disposto no caput deste artigo pressupõe, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 15, Parágrafo Único)

I - a construção, em toda a Rede de Atenção à Saúde, de capacidade para a identificação das atividades produtivas e do perfil epidemiológico dos trabalhadores nas regiões de saúde definidas pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI); e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 15, Parágrafo Único, I)

II - a capacitação dos profissionais de saúde para a identificação e monitoramento dos casos atendidos que possam ter relação com as ocupações e os processos produtivos em que estão inseridos os usuários. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 15, Parágrafo Único, II)

CAPÍTULO V

DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO

(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO V)

Art. 16. As metas e os indicadores para avaliação e monitoramento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora devem estar contidos nos instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16)

I - Planos de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, I)

II - Programações Anuais de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, II)

III - Relatórios Anuais de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, III)

§ 1º O planejamento estratégico deve contemplar ações, metas e indicadores de promoção, vigilância e atenção em saúde do trabalhador, nos moldes de uma atuação permanentemente articulada e sistêmica. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, § 1º)

§ 2º As necessidades de saúde do trabalhador devem ser incorporadas no processo geral do planejamento das ações de saúde, mediante a utilização dos instrumentos de pactuação do SUS, o qual é um processo dinâmico, contínuo e sistemático de pactuação de prioridades e estratégias de saúde do trabalhador nos âmbitos municipal, regional, estadual e federal, considerando os diversos sujeitos envolvidos neste processo. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, § 2º)

Art. 17. A avaliação e o monitoramento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pelas três esferas de gestão do SUS, devem ser conduzidos considerando-se: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17)

I - a inserção de ações de saúde do trabalhador, considerando objetivos, diretrizes, metas e indicadores, no Plano de Saúde, na Programação Anual de Saúde e no Relatório Anual de Gestão, em cada esfera de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, I)

II - a definição de que as ações de saúde do trabalhador, em cada esfera de gestão, devem expressar com clareza e transparência, os mecanismos e as fontes de financiamento; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, II)

III - o estabelecimento de investimentos nas ações de vigilância, no desenvolvimento de ações na Atenção Primária em Saúde e na regionalização como eixos prioritários para a aplicação dos recursos de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, III)

IV - a definição de interlocutor para o tema saúde do trabalhador nas três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, IV)

V - a inclusão na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) de ações e serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, V)

VI - a produção de protocolos, de linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, de acordo com os níveis de organização da vigilância e atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, VI)

VII - a capacitação dos profissionais de saúde, visando à implementação dos protocolos, das linhas guias e das linhas de cuidado em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, VII)

VIII - a definição dos fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, de acordo com as diretrizes clínicas, as linhas de cuidado pactuadas na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), garantindo a notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, VIII)

IX - o monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde do trabalhador pactuados, bem como o acompanhamento da evolução histórica e tendências dos indicadores de morbimortalidade, nas esferas municipal, micro e macrorregionais, estadual e nacional. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, IX)

CAPÍTULO VI

DO FINANCIAMENTO

(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO VI)

Art. 18. Além dos recursos dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, fica facultado aos gestores de saúde utilizar outras fontes de financiamento, como: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18)

I - ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde privados, dos valores gastos nos serviços prestados aos seus segurados, em decorrência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, I)

II - repasse de recursos advindos de contribuições para a seguridade social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, II)

III - criação de fundos especiais; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, III)

IV - parcerias com organismos nacionais e internacionais para financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos trabalhadores, especialmente aqueles voltados a cooperativas, da economia solidária e pequenos empreendimentos. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, IV)

Parágrafo Único. Além das fontes de financiamento previstas neste artigo, poderão ser pactuados, nas instâncias intergestores, incentivos específicos para as ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador, a serem inseridos nos pisos variáveis dos componentes de vigilância e promoção da saúde e da vigilância sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, Parágrafo Único)

Anexo 1 do Anexo XV

Elementos Informativos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Anexo 1)

ELEMENTOS INFORMATIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Os elementos informativos consistem na apresentação de conceitos e contextualização de termos e conteúdos explicativos e conformadores da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Tem como finalidade precípua conferir caráter pedagógico e orientador à Política.

1. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) compreende todas as ações e serviços que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece ao usuário para atendimento da integralidade que se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual conforme pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A organização e a integração das ações e dos serviços de saúde sob a responsabilidade dos entes federativos em uma região de saúde, inclusive as de saúde do trabalhador, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários do SUS é objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

2. A participação da comunidade é um princípio fundante do SUS, estabelecido na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, tendo relevância e especificidades na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Partindo deste principio, a participação dos trabalhadores é essencial nos processos de identificação das situações de risco presentes nos ambientes de trabalho e das repercussões sobre a sua saúde, bem como na formulação, no planejamento, acompanhamento e avaliação das intervenções sobre as condições geradoras dos agravos relacionados ao trabalho. Cabe às diversas instâncias do SUS assumir como legítima a participação da sociedade nas decisões envolvendo as políticas de saúde do trabalhador, estabelecendo-se relações éticas entre os representantes da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, gestores e a equipe de saúde. A garantia da participação da comunidade e do controle social na formulação, no planejamento, no acompanhamento e na avaliação das políticas, contribui para o fortalecimento do exercício da cidadania pela sociedade.

3. Deve-se, no âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observar a diretriz organizativa da descentralização, o que requer a consolidação do papel do Município como instância efetiva de desenvolvimento das ações de atenção à saúde do trabalhador em seu território, de acordo com as necessidades e características de suas populações.

4. No que toca à diretriz da hierarquização, a construção da atenção integral à saúde do trabalhador passa pela integração de todos os níveis de atuação do SUS, em função de sua complexidade e densidade tecnológica, considerando sua organização em redes e sistemas solidários e compartilhados entre as três esferas de gestão e conforme a pactuação estadual e regional.

5. O direito à saúde constitui-se num direito social derivado do direito à vida, estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos (Resolução 217ª, III, da Assembleia Geral da ONU, 10/09/1948). No Brasil, segundo a Constituição Federal de 1988, o direito à saúde é um direito social (art. 6º) que decorre do princípio fundamental da dignidade humana (inciso III, art. 1º), cabendo ao Estado garanti-la mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196). Dessa forma, é dever do poder público prover as condições e as garantias para o exercício do direito individual e coletivo à saúde, com a ressalva de que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (art. 2º, parágrafo 2º da Lei Nº 8.080/90). A responsabilidade sanitária é comum às três esferas de gestão do SUS - federal, estadual e municipal, e deve ser desempenhada por meio da formulação, financiamento e gestão de políticas de saúde que respondam às necessidades sanitárias, demográficas e sócio-culturais das populações e superem as iniquidades existentes. Nesse sentido, o caráter ético-político da ação sanitária em saúde do trabalhador compreende o entendimento de que o objetivo e a justificativa da intervenção é a melhoria das condições de trabalho e saúde. Refere-se ao compromisso ético, que devem assumir gestores e profissionais de saúde nas ações desenvolvidas, tanto no que diz respeito à dignidade dos trabalhadores, ao direito à informação fidedigna, ao sigilo, no que couber, das informações relativas ao seu estado de saúde e a sua individualidade, quanto em relação ao direito de conhecimento sobre o processo e os resultados das intervenções sanitárias, e de participação, inclusive na tomada de decisões.

6. A incorporação do princípio da precaução nas ações de saúde do trabalhador considera que, por precaução, medidas devem ser implantadas visando prevenir danos à saúde dos trabalhadores, mesmo na ausência da certeza científica formal da existência de risco grave ou irreversível à saúde. Busca, assim, prevenir possíveis agravos à saúde dos trabalhadores causados pela utilização de processos produtivos, tecnologias, substâncias químicas, equipamentos e máquinas, entre outros. Requer, na tomada de decisão em relação ao uso de determinadas tecnologias, que o ônus da prova científica passe a ser atribuído aos proponentes das atividades suspeitas de danos à saúde e ao ambiente.

7. A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Visa à promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). A especificidade de seu campo é dada por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, abordada por práticas sanitárias desenvolvidas com a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas. Como componente da vigilância em saúde e visando à integralidade do cuidado, a VISAT deve inserir-se no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). Nesta perspectiva, a VISAT é estruturante e essencial ao modelo de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador. A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (Portaria GM/MS Nº 3.120/98). Apresenta como características gerais:

- O caráter transformador: a Vigilância em Saúde do Trabalhador constitui um processo pedagógico que requer a participação dos sujeitos e implica em assumir compromisso ético em busca da melhoria dos ambientes e processos de trabalho. Dessa maneira, a ação de VISAT deve ter caráter proponente de mudanças e de intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados ao trabalho.

- A importância das ações de promoção, proteção e prevenção: partindo do entendimento de que os problemas de saúde decorrentes do trabalho são potencialmente preveníveis, esta Política deve fomentar a substituição de matérias primas, de tecnologias e de processos organizacionais prejudiciais à saúde por substâncias, produtos e processos menos nocivos. As práticas de intervenção em VISAT devem orientar-se pela priorização de medidas de controle dos riscos na origem e de proteção coletiva.

- Interdisciplinaridade: a abordagem multiprofissional sobre o objeto da vigilância em saúde do trabalhador deve contemplar os saberes técnicos, com a concorrência de diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, o saber dos trabalhadores, necessários para o desenvolvimento da ação.

- Pesquisa-intervenção: o entendimento de que a intervenção, no âmbito da vigilância em saúde do trabalhador, é o deflagrador de um processo contínuo, ao longo do tempo, em que a pesquisa é sua parte indissolúvel, subsidiando e aprimorando a própria intervenção.

- Articulação intrasetorial: a Vigilância em Saúde do Trabalhador deve se articular com os demais componentes da Vigilância em Saúde - Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental, Promoção da Saúde e Vigilância da Situação de Saúde.

- Articulação intersetorial: deve ser compreendida como o exercício da transversalidade entre as políticas de saúde do trabalhador e outras políticas setoriais, como Previdência, Trabalho e Meio Ambiente, e aquelas relativas ao desenvolvimento econômico e social, nos âmbitos federal, estadual e municipal.

- Pluriinstitucionalidade: articulação, com formação de redes e sistemas no âmbito da vigilância em saúde e com as universidades, os centros de pesquisa e demais instituições públicas com responsabilidade na área de saúde do trabalhador, consumo e ambiente.

8. A promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis deve ser compreendida como um conjunto de ações, articuladas intra e intersetorialmente, que possibilite a intervenção nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, a atuação em situações de vulnerabilidade e de violação de direitos e na garantia da dignidade do trabalhador no trabalho. A articulação intra e intersetorial deve buscar a adoção de estratégias que viabilizem a inserção de medidas de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores nas políticas, públicas e privadas, mediante a garantia da participação do setor saúde/saúde do trabalhador na definição das políticas setoriais e intersetoriais. A indissociabilidade entre produção, trabalho, saúde e ambiente compreende que a saúde dos trabalhadores, e da população geral, está intimamente relacionada às formas de produção e consumo e de exploração dos recursos naturais e seus impactos no meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. Nesta perspectiva, o princípio da precaução deve ser incorporado como norteador das ações de promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis, especialmente nas questões relativas à sustentabilidade socioambiental dos processos produtivos. Isto implica na adoção do conceito de sustentabilidade socioambiental, como integrador de políticas públicas, incorporando nas políticas de desenvolvimento social e econômico o entendimento de que a qualidade de vida e a saúde envolvem o direito de trabalhar e viver em ambientes saudáveis e com dignidade, e ao mesmo tempo, evitando o aprofundamento das iniquidades e das injustiças sociais. A dignidade no trabalho refere-se à garantia da manutenção de relações éticas e de respeito nos locais de trabalho, o reconhecimento do direito dos trabalhadores à informação, à participação e à livre manifestação. Compreende também o entendimento da defesa e da promoção da qualidade de vida e da saúde como valores absolutos e universais.

9. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores, incluindo ações de promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação, a partir do reconhecimento das necessidades de saúde da população. Cumpre ressaltar que esta Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como componente estruturante a Vigilância em Saúde do Trabalhador, a ser desenvolvida de forma articulada com os demais componentes da Vigilância em Saúde e, especialmente, com a Atenção Primária à Saúde. A organização da atenção e o planejamento das ações de saúde do trabalhador devem contemplar as especificidades dos perfis das atividades produtivas e da população trabalhadora, considerando os problemas de saúde deles advindos, e sua distribuição nos territórios, em coerência à análise da situação de saúde dos trabalhadores.

10. Integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde:

- Considerando que a vigilância em saúde do trabalhador compreende um conjunto de ações e práticas que envolvem desde a vigilância sobre os agravos relacionados ao trabalho, tradicionalmente reconhecida como vigilância epidemiológica; intervenções sobre fatores de risco, ambientes e processos de trabalho, compreendendo ações de vigilância sanitária, até as ações relativas ao acompanhamento de indicadores para fins de avaliação da situação de saúde e articulação de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos, fica clara a existência de interfaces com os demais componentes da vigilância em saúde.

- Frequentemente os riscos advindos dos processos produtivos extrapolam os limites dos ambientes de trabalho e atingem, em maior ou menor grau, as comunidades e populações no entorno, ou até de locais mais distantes. Por outro lado, problemas de saúde, endemias e epidemias que atingem a população geral também afetam grupos de trabalhadores ou locais de trabalho específicos. Assim, pode-se observar certa superposição de ambientes, lugares e pessoas, que resultam na confluência de objetos e campos de atuação entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e de saúde do trabalhador, incluindo o papel das redes, nacional e estadual, de laboratórios de saúde pública e dos setores responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento das informações em saúde.

- O fortalecimento da capacidade de atuação e das competências técnicas e legais da vigilância em saúde do trabalhador e a integração das práticas entre as vigilâncias são, portanto, estratégicas para a obtenção de melhores resultados na proteção da saúde dos trabalhadores.

- Por outro lado, considerando a integralidade do cuidado e seu papel estruturante no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, cabe também à Atenção Primária à Saúde o desenvolvimento de ações de VISAT, em seu âmbito de atuação e complexidade, e conforme o perfil produtivo e da população trabalhadora em seu território. Para viabilizar essas ações é fundamental a integração das vigilâncias com a Atenção Primária à Saúde.

- A nova política nacional de atenção básica preconiza a inserção de profissionais especializados como uma possibilidade de apoio matricial a ser desenvolvido pelo NASF, conforme sua nova regulamentação, o que demanda a articulação entre as equipes técnicas envolvidas nas ações de saúde do trabalhador.

11. Análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores: o conhecimento da situação de saúde dos trabalhadores depende fundamentalmente da produção e sistematização das informações existentes em diversas fontes de dados e de interesse para o desenvolvimento das políticas de saúde do trabalhador, envolvendo o conhecimento sobre o perfil das atividades produtivas, da população trabalhadora, a realidade do mundo do trabalho, e a análise do perfil de morbimortalidade dos trabalhadores e de outros indicadores sociais, nos territórios. A análise da situação de saúde dos trabalhadores visa subsidiar o planejamento e a tomada de decisão dos gestores nas diversas esferas de gestão do SUS, assim como servir aos interesses e necessidades dos trabalhadores e da população. Além disso, deve subsidiar a permanente avaliação das políticas públicas e privadas, das empresas, dos trabalhadores e seus sindicatos, contribuindo inclusive na revisão, atualização e proposição de normas técnicas e legais. Para tal, as informações devem ser oportunas, fidedignas, inteligíveis e de fácil acesso.

12. Considerando o princípio de que a saúde do trabalhador é uma ação transversal a ser incorporada em todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS, a capacidade de identificação da relação entre o trabalho e o processo saúde-doença deve ser implementada desde a atenção primária até o nível terciário, na Rede de Atenção à Saúde, incluindo as ações de Vigilância em Saúde. Ao mesmo tempo em que estes níveis de atenção se estabelecem com a lógica operacional da hierarquização e da regionalização, deve-se buscar o seu funcionamento enquanto rede solidária, resolutiva e de compartilhamento de saberes, práticas e de produção de conhecimento.

13. Ações de Saúde do Trabalhador junto à Atenção Primária em Saúde (APS):

A Atenção Primária em Saúde é ordenadora da Rede de Atenção à Saúde do SUS, conforme consta na Portaria GM/MS Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Neste sentido, as equipes da APS e de saúde do trabalhador devem atuar de forma articulada para garantir o desenvolvimento de ações no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, a prevenção de agravos relacionados ao trabalho, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

A ação da APS é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Assim, cabe à APS considerar sempre que os territórios são espaços sócio-políticos dinâmicos, com trabalhadores residentes e não residentes, executando atividades produtivas e de trabalho em locais públicos e privados, peri e intradomiciliares.

14. Ações de Saúde do Trabalhador junto à Urgência e Emergência:

Os pontos de atenção às urgências e emergências constituem lócus privilegiado para a identificação dos casos de acidentes de trabalho graves e fatais, incluindo as intoxicações exógenas, assim como para o devido encaminhamento das informações aos setores de vigilância em saúde (e vigilância em saúde do trabalhador). Dada a frequência e gravidade desses casos, que são de notificação compulsória, aumenta a importância estratégica deste nível de atenção à saúde do SUS, possibilitando, a partir da notificação, o desencadeamento de medidas de prevenção e controle nos ambientes e locais de trabalho. Desse modo, a articulação desta Política com a Política Nacional de Urgência e Emergência e com a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, e seus desdobramentos nos estados e municípios, são estratégicos para a garantia da integralidade da atenção à saúde do trabalhador.

15. Ações de Saúde do Trabalhador junto à Atenção Especializada (Ambulatorial e Hospitalar):

Considerando a lógica operacional da hierarquização e da regionalização das ações e serviços de saúde, os pontos de atenção especializada são essenciais para a garantia da integralidade do cuidado aos trabalhadores portadores de agravos à saúde relacionados ao trabalho. Assim, diagnóstico, tratamento e reabilitação desses agravos devem ser viabilizados na rede, conforme o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde do trabalhador em cada região.

16. Fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial:

- A atuação intersetorial é pressuposto constituinte da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e condição para a obtenção de impactos positivos na intervenção nos determinantes das condições de saúde e trabalho.

- Deve ser entendida como a "... articulação entre sujeitos de setores sociais diversos, saberes, poderes e vontades, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que possibilite a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população". (Rede Unida)

- Sua prática possibilita o estabelecimento de estratégias de planejamento conjunto e articulado entre as políticas públicas, de modo a garantir a transversalidade das questões de saúde do trabalhador, de forma complementar, cooperativa e solidária.

- A intersetorialidade permite o estabelecimento de espaços compartilhados entre instituições e setores de governos e entre diferentes esferas de governo - federal, estadual e municipal, que atuam na produção da saúde, na formulação, implementação e acompanhamento de políticas, públicas e privadas, que possam ter impacto sobre a saúde da população. Nos estados e municípios envolve órgãos dos governos locais, estaduais e municipais, estruturas derivadas dos ministérios que atuam nas regiões, tais como Superintendências Regionais do Trabalho e Emprego (SRTE), Superintendências Regionais do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e unidades descentralizadas da Fundacentro, Ministério Público, universidades, centros de pesquisas, entre outros.

17. Estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social:

- O fortalecimento e a ampliação da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, na formulação, no planejamento, na gestão e no desenvolvimento das políticas e das ações em saúde do trabalhador, devem considerar as configurações do mundo do trabalho, as mudanças nos processos produtivos e na estrutura sindical, e o crescimento das relações informais e precárias de trabalho.

- Isso requer a busca de alternativas para a ampliação da representação dos trabalhadores nas instâncias de participação e controle social. Dessa forma, além dos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho e suas organizações sindicais, sugerem-se esforços que equacionem a participação de outras representações sociais que congreguem os trabalhadores de setores da economia informal, de produção agrícola, pescadores, comunidades tradicionais, trabalhadores rurais sem terra, quilombolas, trabalhadores autônomos e outros; dos empregadores; de grupos sociais e movimentos ambientalistas; com vistas à identificação de soluções e compromissos que favoreçam a promoção e a proteção da saúde de todos os trabalhadores.

- A participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social em saúde do trabalhador deve ser concebida como parte do controle social do SUS e deve estar em consonância com os princípios e diretrizes da Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS.

18. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos

- A capacitação dos profissionais para o desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador tem importância estratégica na operacionalização desta Política. Esta qualificação deverá considerar a necessidade de harmonização dos conceitos e valores, e de mudanças nos processos de trabalho e nas práticas de saúde das equipes multiprofissionais nas três esferas de gestão do SUS, de modo a operar efetivamente como redes de atenção solidárias e compartilhadas e na perspectiva de viabilização de apoio institucional e matricial.

- Esse processo - abrangendo as esferas cognitivas e das competências, habilidades e atitudes - deverá proporcionar a preparação de profissionais, em quantidade suficiente, envolvendo a qualificação nas dimensões da gestão, planejamento e acompanhamento, da vigilância de agravos e dos ambientes e processos de trabalho, da assistência (diagnóstico, tratamento e reabilitação), da produção de informações e comunicação em saúde e da organização dos serviços. Entre as habilidades a serem incentivadas, figura a de permanente diálogo com as demais instituições responsáveis pelas ações de saúde dos trabalhadores, os trabalhadores e os empregadores, para que se efetive o controle social.

19. Garantia do financiamento das ações de saúde do trabalhador

- O financiamento das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de governo, conforme o disposto na Constituição Federal e nas Leis nº 8.080, de 1990, e nº 8.142, de 1990. Por isso, o desenvolvimento da PNST no SUS deve ser garantido através das fontes de financiamento do próprio sistema de saúde, devendo ser contemplada de modo adequado e permanente nos orçamentos de saúde da União, Estados, Municípios e DF, além de outras fontes.

- As ações de saúde do trabalhador, a serem desenvolvidas conforme esta Política e as políticas estadual e municipal de saúde, deverão contar com a respectiva previsão orçamentária, definida nos planos e nas programações anuais de saúde, nas três esferas de gestão do SUS.

- Para a garantia do financiamento, as ações de promoção e vigilância, de atenção à saúde do trabalhador, de educação permanente, entre outras, devem ser incluídas nos planos de saúde com especificação das respectivas necessidades orçamentárias e financeiras em cada um dos blocos de financiamento do SUS, conforme legislação específica, uma vez que as ações de saúde do trabalhador devem ser executadas por todos os pontos da rede, conforme a complexidade e densidade tecnológica de cada uma delas.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300112

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Anexo XVI

Regulamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 (Origem: PRT MS/GM 122/2012)

Art. 1º Fica aprovado o regulamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009.

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA

Art. 2º Ficam definidas as diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios na Rua (eCR). (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 1º)

Parágrafo Único. As eCR integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolvem ações de Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 3º As eCR são multiprofissionais e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 2º)

§ 1º As atividades das eCR incluirão a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 2º, § 1º)

§ 2º As eCR desempenharão suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 2º, § 2º)

§ 3º As eCR utilizarão, quando necessário, as instalações das UBS do território. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 2º, § 3º)

Art. 4º As equipes dos Consultórios na Rua possuem as seguintes modalidades: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1029/2014)

I - Modalidade I: equipe formada, minimamente, por 4 (quatro) profissionais, dentre os quais 2 (dois) destes, obrigatoriamente, deverão estar entre aqueles descritos na alínea "a" abaixo e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas "a" e "b" a seguir: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, I)

a) enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, I, a)

b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, I, b)

II - Modalidade II: equipe formada, minimamente, por 6 (seis) profissionais, dentre os quais 3 (três) destes, obrigatoriamente, deverão estar aqueles descritos na alínea "a" abaixo e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas "a" e "b" a seguir: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, II)

a) enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, II, a)

b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, II, b)

III - Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, III)

Art. 5º As eCR poderão ser compostas pelos seguintes profissionais de saúde: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º)

I - enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, I)

II - psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, II)

III - assistente social; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, III)

IV - terapeuta ocupacional; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, IV)

V - médico; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, V)

VI - agente social; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, VI)

VII - técnico ou auxiliar de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, VII)

VIII - técnico em saúde bucal; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, VIII)

IX - cirurgião dentista; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, IX) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1029/2014)

X - profissional/professor de educação física; e (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, X) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1029/2014)

XI - profissional com formação em arte e educação. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, XI) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1029/2014)

§ 1º Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de 2 (dois) profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Todas as modalidades de eCR poderão agregar Agentes Comunitários de Saúde, complementando suas ações. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 2º)

§ 3º As equipes de saúde da família que atendam pessoas em situação de rua poderão ter sua habilitação modificada para eCR, respeitados os parâmetros de adstrição de clientela e de composição profissional previstos para cada modalidade. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 3º)

§ 4º No caso do § 3º, as eCR poderão ser contabilizadas no numero de equipes matriciadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 4º)

§ 5º O agente social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 5º)

§ 6º Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 6º)

§ 7º Os agentes sociais exercerão as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º)

I - trabalhar junto a usuários de álcool, crack e outras drogas, agregando conhecimentos básicos sobre Redução de Danos, uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, I)

II - realizar atividades educativas e culturais (educativas e lúdicas); (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, II)

III - dispensação de insumos de proteção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, III)

IV - encaminhar e mediar o processo de encaminhamento para Rede de Saúde e intersetorial; e (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, IV)

V - acompanhar o cuidado das pessoas em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, V)

§ 8º Os agentes sociais terão, preferencialmente, experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 8º)

§ 9º O técnico em saúde bucal da eCR será supervisionado por um cirurgião-dentista vinculado a uma Equipe de Saúde da Família (ESF) ou a outra equipe de atenção básica da área correspondente à área de atuação da eCR ou da UBS mais próxima da área de atuação, conforme definição do gestor local. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 9º)

§ 10. A equipe de que trata o §9º também será responsável pelo atendimento da população e pela programação de atividades em conjunto com o técnico em saúde bucal da eCR. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 10)

§ 11. A supervisão do cirurgião-dentista, de que trata o § 9º, direta ou indireta, será obrigatória em todas as atividades realizadas pelo técnico em saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 11)

§ 12. As equipes dos Consultórios na Rua, Modalidade III ou Modalidade II, que tenham perdido 1 (um) ou mais profissionais por um período superior a 60 (sessenta) dias, serão consideradas, temporariamente, para fins de repasse financeiro, como Modalidade II ou Modalidade I, de acordo com os seguintes critérios a serem observados no SCNES: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, § 12) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1922/2013)

I - a soma das cargas horárias semanais dos membros da eCR deverá acumular, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas semanais para ser considerada temporariamente como Modalidade I, sendo a mesma composta por 2 (dois) profissionais de nível superior e 2 (dois) profissionais de nível médio; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, § 12, a)

II - a soma das cargas horárias semanais dos membros da eCR deverá acumular, no mínimo, 180 (cento e oitenta) horas semanais para ser considerada temporariamente como Modalidade II, sendo a mesma composta por 3 (três) profissionais de nível superior e 3 (três) profissionais de nível médio. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, § 12, b)

Parágrafo Único. O horário de funcionamento deverá se adequar às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno e em qualquer dia da semana. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 6º As eCR cumprirão carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais, ressalvada a possibilidade das equipes enquadradas na Modalidade III optarem por profissional médico com carga horária semanal de 30 (trinta) horas ou por 2 (dois) médicos com carga horária de 20 (vinte) horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 5º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1922/2013)

Art. 7º Para cálculo do número máximo de eCR financiados pelo Ministério da Saúde por Município, serão tomados como base os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua, realizados por órgãos oficias e reconhecidos pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 6º)

§ 1º O número de eCR por município será publicado em portaria específica da SAS/MS, de acordo com os censos populacionais vigentes relacionados à população em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 6º, § 1º)

§ 2º O parâmetro adotado será de uma eCR a cada 80 (oitenta) a 1.000 (um mil) pessoas em situação de rua, conforme faixas estabelecidas no Anexo 1 do Anexo XVI . (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 6º, § 2º)

Art. 8º As eCR terão acesso a processos de educação permanente, contemplando-se, dentre outros, a abordagem das diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua, bem como o desenvolvimento de competências para a prática da redução de danos. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 7º)

Art. 9º O gestor municipal de saúde deverá disponibilizar veículo para deslocamento da eCR, para viabilizar o cuidado presencial para a população de rua, consoante as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 9º)

Parágrafo Único. O veículo destinado ao deslocamento da eCR deverá manter a identificação visual e o grafismo da eCR, de acordo com o padrão pactuado nacionalmente. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 10. Para implantação, credenciamento e liberação do financiamento das eCR, os municípios e o Distrito Federal seguirão os processos descritos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para implantação das Equipes de Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 10)

Art. 11. O Ministério da Saúde publicará manual e documentos de apoio com vistas a auxiliar a implementação das eCR, disponibilizando-os no endereço eletrônico dab.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 11)

CAPÍTULO II

DOS CRITÉRIOS DE CÁLCULO DO NÚMERO MÁXIMO DE EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA (ECR) POR MUNICÍPIO

Art. 12. Este Capítulo define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de eCR por município. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 1º)

Art. 13. Para o cálculo do número máximo de eCR por município serão considerados os seguintes dados: (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 2º)

I - para municípios com população de 100.000 (cem mil) a 300.000 (trezentos mil) habitantes, serão utilizados os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua, realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo DAB/SAS/MS; e (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 2º, I)

II - para os municípios com população superior 300.000 (trezentos mil) habitantes, serão utilizados os dados extraídos da Pesquisa do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, de 2008, e da Pesquisa sobre Criança e Adolescente em situação de rua, levantados pela Secretaria de Direitos Humanos, em 2011. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 2º, II)

Parágrafo Único. Os municípios com população inferior a 100.000 (cem mil) habitantes poderão ser contemplados com eCR, desde que comprovada a existência de população em situação de rua nos parâmetros populacionais previstos neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 14. Os 92 (noventa e dois) Consultórios de Rua existentes no País quando da publicação da Portaria nº 123/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, não serão considerados para efeito da contagem do número máximo de eCR por município. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 3º)

Parágrafo Único. Nos municípios onde houver Consultório de Rua, ele será somado ao número máximo de eCR obtido pelo cálculo definido neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 15. Observados os critérios de cálculo estabelecidos neste Capítulo, a relação completa do número máximo de eCR admitido por município será publicada no endereço eletrônico do DAB/SAS/MS, em www.saude.gov.br/dab. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 4º)

CAPÍTULO III

DO COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Art. 16. Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua, com a seguinte composição de representantes titulares: (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º)

I - representantes de órgãos e entidades públicas: (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I)

a) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, a)

b) 3 (três) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, b)

c) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, c)

d) 2 (dois) representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, d)

e) 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); e (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, e)

f) 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, f)

II - representantes de entidades da Sociedade Civil Organizada: (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II)

a) 3 (três) representantes do Movimento Nacional da População de Rua; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, a)

b) 2 (dois) representantes da Organização Médicos Sem Fronteiras, no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, b)

c) 2 (dois) representantes da Pastoral Nacional da População de Rua; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, c)

d) 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, d)

e) 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, e)

Art. 17. Constituem atribuições do Comitê Técnico de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º)

I - propor ações que visem garantir o acesso à atenção à saúde, pela população em situação de rua, aos serviços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, I)

II - apresentar subsídios técnicos e políticos voltados à atenção à saúde da população em situação de rua no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, II)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300113

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

III - elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, III)

IV - participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população em situação de rua; e (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, IV)

V - colaborar com a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do Ministério da Saúde no que se refere à saúde da população em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, V)

§ 1º A coordenação do Comitê Técnico de Saúde de que trata este Capítulo será realizada pelo representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e, na sua ausência ou impedimentos eventuais, por seu suplente. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, § 1º)

§ 2º O Comitê poderá convidar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas ao tema, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance de seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, § 2º)

§ 3º A designação dos componentes do Comitê, titulares e respectivos suplentes, será feita mediante ato do titular da SGEP/MS, após a indicação dos órgãos e entidades. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, § 3º)

Art. 18. As reuniões ordinárias ocorrerão com frequência mínima de 3 (três) vezes ao ano. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 3º)

Art. 19. Os componentes do Comitê Técnico de Saúde de que trata este Capítulo não receberão nenhuma remuneração para o seu exercício, sendo considerado trabalho de relevante interesse social. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 4º)

Art. 20. O Comitê definirá, em sua primeira reunião, o cronograma de trabalho e sua agenda de atividades. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 5º)

Anexo 1 do Anexo XVI

Número de Consultórios de Rua por Cidade (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Anexo 1)

Número de Consultórios de Rua por Cidade

Região	Estado	Município	nº CR
CENTRO OESTE	DF	Brasília	3
	GO	Anápolis	1
		Aparecida de Goiânia	1
		Goiânia	4
	MG	Cuiabá	1
	MT	Várzea Grande	1
	MS	Corumbá	1
		Ponta Porã	1
NORTE	AC	Rio Branco	1
	AM	Manacapuru	1
		Manaus	1
	AP	Macapá	1
	PA	Belém	1
		Santarém	1
	RO	Porto Velho	1
NORDESTE	AL	Maceió	4
	BA	Salvador	4
	CE	Fortaleza	3
	MA	Imperatriz	1
	PB	Campina Grande	1
		João Pessoa	2
	PE	Camaragibe	1
		Olinda	1
		Paulista	1
		Recife	1
	PI	Teresina	1
	RN	Natal	1
SUDESTE	ES	Serra	1
		Vila Velha	1
		Vitória	1
	MG	Barbacena	1
		Belo Horizonte	2
		Janaúba	1
		Juiz de Fora	1
		Montes Claros	1
		Uberaba	1
		Uberlândia	1
	RJ	Duque de Caxias	1
		Itaboraí	1
		Macaé	1
		Niterói	1
		Nova Iguaçu	1
		Resende	1
		Rio de Janeiro	2
	SP	Campinas	2
		Diadema	2
		Embu	1
		Guarulhos	2
		Jundiaí	1
		Osasco	1
		Ribeirão Preto	1
		Santos	1
		São Bernardo do Campo	1
		São José do Rio Preto	1
		São José dos Campos	1
		São Paulo	2
		Sorocaba	1
		Suzano	1
SUL	PR	Cascavel	1
		Curitiba	1
		Maringá	1
	RS	Caxias do Sul	1
		Pelotas	1
		Porto Alegre	2
		Uruguaiana	1
		Viamão	1
	SC	Blumenau	1
		Criciúma	1
		Florianópolis	1
		Joinville	1
TOTAL			92

Anexo 2 do Anexo XVI

Número de equipes em função da população em situação de rua (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Anexo 2)

Número de equipes em função da população em situação de rua

FAIXA	POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	N° DE EQUIPES
1	80 - 1000	1
2	1001 - 2000	2
3	2001 - 3000	3
4	3001- 4000	4
5	4001- 5000	5
6	5001- 6000	6
7	6001- 7000	7
8	7001- 8000	8
9	8001- 9000	9
10	9001- 10000	10
11	10001 -11000	11
12	11001 -12000	12
13	12001 - 13000	13
14	13001 - 14000	14
15	14001- 15000	15
16	15001 - 16000	16

Anexo XVII

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (Origem: PRT MS/GM 1082/2014)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO I)

Art. 1º Este Anexo define as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 1º)

Art. 2º Para fins do disposto neste Anexo, consideram-se as seguintes definições: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º)

I - adolescente em conflito com a lei: aquele que cometeu algum ato infracional e que cumpre medida socioeducativa em meio aberto ou fechado, em situação de privação de liberdade, conforme definido na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, I)

II - medida socioeducativa em meio aberto: aquela cumprida na forma de prestação de serviço à comunidade e de liberdade assistida, conforme definido no Estatuto da Criança e do Adolescente; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, II)

III - privação de liberdade: cumprimento de medida socioeducativa de internação, de internação provisória e de semiliberdade, conforme definido no Estatuto da Criança e do Adolescente; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, III)

IV - Plano Operativo: documento que tem por objetivo estabelecer diretrizes para a implantação e implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em regime de internação, internação provisória e semiliberdade, descrevendo-se as atribuições e compromissos entre as esferas estadual e municipal de saúde e da gestão do sistema socioeducativo estadual na provisão dos cuidados em saúde dos adolescentes; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, IV)

V - Plano de Ação Anual: documento elaborado anualmente que contém os compromissos firmados anualmente entre gestores da saúde, do socioeducativo e equipe de referência em saúde para atenção aos adolescentes em regime de internação, internação provisória e semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, V)

Art. 3º A execução de medidas socioeducativas privativas de liberdade é de responsabilidade da Secretaria Estadual gestora do Sistema Socioeducativo, cabendo às Secretarias Municipais de Assistência Social as medidas em meio aberto. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 3º)

CAPÍTULO II

DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO II)

Art. 4º Ao adolescente em conflito com a lei, em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, será garantida a atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), no que diz respeito à promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, nas três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 4º)

Seção I

Dos Princípios

(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 5º A organização das ações de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei será realizada de acordo com os seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º)

I - respeito aos direitos humanos e à integridade física e mental dos adolescentes; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, I)

II - enfrentamento ao estigma e preconceito; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, II)

III - respeito à condição peculiar dos adolescentes como pessoas em desenvolvimento; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, III)

IV - garantia do acesso universal e integralidade na Rede de Atenção à Saúde, observando-se o princípio da incompletude institucional; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, IV)

V - reafirmação da responsabilidade sanitária da gestão de saúde nos municípios que possuem unidades socioeducativas em seu território; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, V)

VI - atenção humanizada e de qualidade a esta população; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, VI)

VII - permeabilidade das instituições socioeducativas à comunidade e ao controle social; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, VIII)

VIII - organização da atenção à saúde, com definição das ações e serviços de saúde a partir das necessidades da população adolescente em conflito com a lei. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, VII)

Seção II

Dos Objetivos

(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 6º A PNAISARI tem como objetivo geral garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 6º)

Art. 7º São objetivos específicos da PNAISARI: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º)

I - ampliar ações e serviços de saúde para adolescentes em conflito com a lei, em especial para os privados de liberdade; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, I)

II - estimular ações intersetoriais para a responsabilização conjunta das equipes de saúde e das equipes socioeducativas para o cuidado dos adolescentes em conflito com a lei; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, II)

III - incentivar a articulação dos Projetos Terapêuticos Singulares elaborados pelas equipes de saúde aos Planos Individuais de Atendimento (PIA), previstos no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), de modo a atender as complexas necessidades desta população; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, III)

IV - promover o acesso aos cuidados em saúde a essa população, sem quaisquer tipos de constrangimentos no acesso ao tratamento; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, IV)

V - garantir ações da atenção psicossocial para adolescentes em conflito com a lei; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, V)

VI - priorizar ações de promoção da saúde e redução de danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, VI)

VII - promover a reinserção social dos adolescentes e, em especial, dos adolescentes com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, VII)

Seção III

Da Organização

(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 8º Na organização da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei serão contemplados os seguintes eixos: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 8º)

I - promoção da saúde e prevenção de agravos; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 8º, I)

II - ações de assistência e reabilitação da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 8º, II)

III - educação permanente. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 8º, III)

Art. 9º Na organização da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei serão contemplados: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º)

I - o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, I)

II - a saúde sexual e a saúde reprodutiva; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, II)

III - a saúde bucal; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, III)

IV - a saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, IV)

V - a prevenção ao uso de álcool e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, V)

VI - a prevenção e controle de agravos; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, VI)

VII - a educação em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, VII)

VIII - os direitos humanos, a promoção da cultura de paz e a prevenção de violências e assistência às vítimas. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, VIII)

Art. 10. A atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei será organizada e estruturada na Rede de Atenção à Saúde, garantindo-se: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10)

I - na Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I)

a) as principais ações relacionadas à promoção da saúde, ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial, à prevenção e ao controle de agravos; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, a)

b) as ações relativas à saúde sexual e saúde reprodutiva, com foco na ampla garantia de direitos; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, b)

c) o acompanhamento do pré-natal e a vinculação ao serviço para o parto das adolescentes gestantes, com atenção especial às peculiaridades advindas da situação de privação de liberdade, seguindo-se as diretrizes da Rede Cegonha; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, c)

d) o aleitamento materno junto às adolescentes, sobretudo às adolescentes puérperas e mães em situação de privação de liberdade, seguindo-se as diretrizes da Rede Cegonha; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, d)

e) os cuidados de saúde bucal; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, e)

f) o desenvolvimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, f)

g) a articulação com a RAPS, inclusive por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), para possibilitar avaliações psicossociais que visem à identificação de situações de sofrimento psíquico, transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para a realização de intervenções terapêuticas; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, g)

h) o desenvolvimento dos trabalhos com os determinantes sociais de saúde relacionados às vulnerabilidades pessoais e sociais desta população, além de outras ações que efetivamente sejam promotoras da saúde integral dos adolescentes em conflito com a lei; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, h)

II - na Atenção Especializada e Atenção às Urgências e Emergências: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II)

a) o acesso à assistência de média e alta complexidade na rede de atenção do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II, a)

b) a implementação de estratégias para promoção de cuidados adequadas nos componentes ambulatorial especializado e hospitalar, considerando-se as especificidades de abordagem desta clientela e os agravos decorrentes da institucionalização; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II, b)

c) o acesso aos cuidados em saúde nos pontos de atenção da Rede de urgência e Emergência, de modo a preservar suas especificidades; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II, c)

d) acesso a Serviço Hospitalar de Referência, em caso de necessidade, para atenção aos adolescentes com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com o oferecimento de suporte hospitalar por meio de internações de curta duração, respeitando-se as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e os acolhendo em regime de curta permanência. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II, d)

§ 1º Todos os pontos da rede de atenção à saúde devem garantir aos adolescentes em conflito com a Lei, segundo suas necessidades, o acesso aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e de assistência farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, § 1º)

§ 2º A Atenção Básica tem como responsabilidade sanitária o cuidado dos adolescentes em conflito com a Lei, em especial os que se encontram em situação de privação de liberdade, e devem realizar essa atenção com base territorial. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, § 2º)

CAPÍTULO III

DA ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO III)

Art. 11. A atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, ou seja, em regime de internação, internação provisória e semiliberdade, em função de suas características peculiares de maior vulnerabilidade, seguirá critérios e normas específicos constantes deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 11)

Art. 12. A atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade será realizada, prioritariamente, na Atenção Básica, responsável pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 12)

§ 1º Todas as unidades socioeducativas terão como referência uma equipe de saúde da Atenção Básica, conforme atribuições constantes do Anexo 1 do Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 12, § 1º)

§ 2º Nas situações em que houver equipe de saúde dentro da unidade socioeducativa, a equipe de saúde da Atenção Básica de referência articular-se-á com a mesma para, de modo complementar, inserir os adolescentes na Rede de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 12, § 2º)

§ 3º Toda equipe de saúde existente dentro de unidade socioeducativa será cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 12, § 3º)

Art. 13. Para a atenção em saúde mental de adolescentes em situação de privação de liberdade, a equipe de saúde da Atenção Básica de referência para esta população poderá ser acrescida de: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13)

I - 1 (um) profissional de saúde mental, para atenção à unidade socioeducativa com população até 40 (quarenta) adolescentes; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, I)

II - 2 (dois) profissionais de saúde mental, para atenção à unidade ou complexo socioeducativo com população entre 41 (quarenta e um) e 90 (noventa) adolescentes; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, II)

III - 3 (três) profissionais de saúde mental, para atenção à unidade ou complexo socioeducativo com população, excepcionalmente, acima de 90 (noventa) adolescentes. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, III)

§ 1º Para fins do disposto neste artigo, compreende-se como profissionais de saúde mental médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro ou terapeuta ocupacional, sendo necessário que os três últimos tenham especialização em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, § 1º)

§ 2º As equipes de Atenção Básica, sempre que possível, serão multiprofissionais, compondo-se com pelo menos 1 (um) psicólogo ou médico psiquiatra em cada equipe de saúde da Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, § 2º)

§ 3º Os profissionais de saúde mental que compuserem as equipes de saúde da Atenção Básica responsáveis pelas ações de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade deverão ser cadastrados no SCNES da equipe de saúde da Atenção Básica de referência, com possibilidade de serem vinculados ao NASF.(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, § 3º)

Seção I

Das Atribuições da União, do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios

(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 14. A implementação da atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade ocorrerá com a participação conjunta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios onde se localizar a unidade socioeducativa. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 14)

Parágrafo Único. Os entes federativos mencionados no "caput" incluirão a atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade nos seus respectivos planejamentos de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 15. A Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios onde se localizarem as unidades socioeducativas, em conjunto e em articulação com a Secretaria Estadual gestora do Sistema Socioeducativo, organizarão o provimento de ações contínuas para a atenção à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade na Rede de Atenção existente e conforme diretrizes contidas no Capítulo V da Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, que institui o Sinase. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 15)

Art. 16. Compete à União, por intermédio do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16)

I - coordenar e apoiar a implementação da PNAISARI; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, I)

II - participar do financiamento tripartite para a atenção integral à saúde da população adolescente em situação de privação de liberdade; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, II)

III - prestar assessoria técnica aos estados, Distrito Federal e municípios no processo de discussão e implementação dos Planos Operativos e Planos de Ação, conforme Anexos 2 e 3 do Anexo XVII ; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, III)

IV - monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base os Planos Operativos e Planos de Ação, conforme Anexos 2 e 3 do Anexo XVII ; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, IV)

V - elaborar e disponibilizar diretrizes assistenciais a serem implementadas pelas unidades do sistema socioeducativo e pelos serviços referenciados vinculados ao SUS; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, V)

VI - padronizar as normas de funcionamento dos estabelecimentos de saúde nas unidades de internação e internação provisória do sistema socioeducativo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, VI)

VII - apoiar tecnicamente o Ministério dos Direitos Humanos no planejamento e implementação das atividades relativas à criação ou melhoria da infraestrutura dos estabelecimentos de saúde das unidades de internação, compreendendo-se instalações físicas e equipamentos; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, VII)

VIII - elaborar conteúdos mínimos de capacitação dos profissionais das equipes de saúde das unidades de internação e internação provisória, das redes de saúde e intersetoriais no âmbito da educação permanente a ser disponibilizada pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, VIII)

Art. 17. Compete aos Estados, por intermédio das respectivas Secretarias de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17)

I - apoiar os municípios na implementação da PNAISARI; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, I)

II - instituir Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), em articulação com a Secretaria de Saúde Municipal e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, para a implementação e acompanhamento da PNAISARI; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, II)

III - apoiar e participar da elaboração e execução dos Planos Operativos e Planos de Ação Municipais, conforme Anexos 2 e 3 do Anexo XVII , em parceria com a Secretaria de Saúde Municipal e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, em consonância com o Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, III)

IV - inserir no seu planejamento anual e no Plano Estadual de Saúde as ações previstas no Plano de Ação de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de Privação de Liberdade; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, IV)

V - apoiar e incentivar a inserção da população adolescente em conflito com a lei e a privada de liberdade nos programas e políticas da saúde promovidas pelo Estado e municípios; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, V)

VI - apoiar tecnicamente o desenvolvimento das ações previstas no Plano de Ação Anual dos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, VI)

VII - participar do financiamento tripartite das ações e serviços previstos neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, VII)

VIII - participar da organização da referência e contrarreferência para a prestação da assistência de média e alta complexidade em parceria com a gestão municipal de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, VIII)

IX - capacitar as equipes de saúde das unidades de internação, internação provisória e semiliberdade, conforme pactuação tripartite; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, IX)

X - prestar assessoria técnica aos Municípios no processo de discussão e implantação dos Planos Operativos e Planos de Ação Anuais; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, X)

XI - monitorar e avaliar a implementação das ações constantes no Plano de Ação Anual em conjunto com os Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, XI)

Art. 18. Compete aos Municípios, por intermédio das respectivas Secretarias de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18)

I - instituir Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), em articulação com a Secretaria de Saúde Estadual e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, para a implementação e acompanhamento da PNAISARI; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, I)

II - elaborar e executar o Plano Operativo e o Plano de Ação Anual, conforme Anexos 2 e 3 do Anexo XVII , em parceria com a Secretaria de Saúde Estadual e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, II)

III - inserir no seu planejamento anual e no Plano Municipal de Saúde as ações previstas no Plano de Ação de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de Privação de Liberdade; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, III)

IV - participar do financiamento tripartite das ações e serviços previstos neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, IV)

V - inserir a população adolescente em conflito com a lei nos programas e políticas da saúde promovidas pelo município; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, V)

VI - garantir o abastecimento de medicamento e insumos de acordo com a com as pactuações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e e Comissão Intergestores Bipartite (CIB); (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, VI)

VII - capacitar as equipes de saúde das unidades de internação, internação provisória e semiliberdade, conforme pactuação tripartite; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, VII)

VIII - monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base o Plano Operativo e o Plano de Ação Anual; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, VIII)

IX - participar da elaboração de diretrizes assistenciais, com descrição das ações, serviços e procedimentos a serem realizados pelas unidades próprias de medidas socioeducativas e pelos serviços referenciados vinculados ao SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, IX)

X - inserir os adolescentes no processo de Cadastramento dos Usuários do SUS do município. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, X)

Art. 19. Ao Distrito Federal, por intermédio de sua Secretaria de Saúde, competem os direitos e obrigações reservados às Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 19)

Art. 20. O Plano Operativo integra e é parte complementar dos Planos de Atendimento Socioeducativo, previstos na Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, e, portanto, deve estar de acordo com as proposições neles inscritas. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 20)

Parágrafo Único. O Plano Operativo de que trata o "caput" tem prazo de validade de 4 (quatro) anos, e deve, ao final deste período, ser reapresentado no Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente e à Coordenação-Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens (CGSAJ/DAPES/SAS/MS), nos moldes dispostos no Anexo 2 do Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 20, Parágrafo Único)

Art. 21. O Plano de Ação Anual deve ser apresentado por cada Município onde se localiza a Unidade Socioeducativa de Internação, Internação Provisória e/ou Semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 21)

Parágrafo Único. As ações de saúde e as metas físicas previstas no Plano de Ação Anual de que trata o "caput" deverão ser atualizadas segundo necessidades em saúde da população socioeducativa. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 22. A Secretaria de Saúde dos Estados, em casos excepcionais, poderá elaborar Plano Operativo e assumir a gestão das ações de atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade de Município localizado em seu território, mediante pactuação na CIB. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 22)

Seção II

Das Atribuições do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI)

(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 23. Compete ao GTI instituído no âmbito do estado ou do município: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23)

I - a elaboração de Plano Operativo, conforme modelo constante do Anexo 2 do Anexo XVII ; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, I)

II - a elaboração de Plano de Ação Anual, com definição das ações de saúde e as metas físicas para o ano de exercício por município, conforme modelo constante do Anexo 3 do Anexo XVII ; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, II)

III - o acompanhamento e monitoramento da efetiva implementação da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, III)

IV - realização de diagnóstico da situação de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, IV)

§ 1º Poderão integrar o GTI de que trata o "caput" representantes dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º)

I - Secretaria Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, a)

II - Secretaria Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, b)

III - Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo em âmbito local; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, c)

IV - unidades socioeducativas; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, d)

V - outras instituições e conselhos estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, e)

§ 2º Constará no Plano Operativo a indicação da Secretaria de Saúde do ente federativo responsável pela gestão das ações de saúde para os adolescentes em situação de privação de liberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 2º)

§ 3º Dar-se-á ciência do Plano Operativo ao Conselho de Saúde e à CIB ou, quando for o caso, a Comissão Intergestores Regional (CIR). (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 3º)

§ 4º O Plano Operativo deverá ser aprovado no Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 4º)

§ 5º A elaboração do Plano de Ação Anual deverá conter as ações de saúde e as metas físicas para o ano de exercício por município, conforme modelo constante do Anexo 3 do Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 5º)

Seção III

Do Financiamento

(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO III, Seção III)

Art. 24. O ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade fará jus a incentivo financeiro de custeio, que será instituído e pago pelo Ministério da Saúde, para o desenvolvimento dessas ações junto às unidades socioeducativas de internação, internação provisória e semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 24)

Parágrafo Único. O incentivo financeiro de custeio de que trata o "caput" será instituído e regulamentado em ato específico do Ministro de Estado da Saúde e repassado em parcelas mensais e iguais pelo Fundo Nacional de Saúde para o Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 24, Parágrafo Único)

Art. 25. Para habilitar-se ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para os entes federativos responsáveis pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, o ente federativo interessado deverá atender às disposições do Anexo XVII, que redefine a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), e apresentar à CGSAJ/DAPES/SAS/MS os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º)

I - Plano Operativo elaborado conforme modelo constante do Anexo 2 do Anexo XVII ; e (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, I)

II - Plano de Ação Anual elaborado conforme modelo constante do Anexo 3 do Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, II)

§ 1º O Plano Operativo de que trata o inciso I do caput deverá ser encaminhado à CIB e, quando couber, à CIR para ciência, e aprovado pelo Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, antes de ser enviado à CGSAJ/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os documentos de que tratam este artigo deverão ser encaminhados à CGSAJ/DAPES/SAS/MS por meio físico, pelos correios. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O Plano Operativo e o Plano de Ação Anual serão documentos orientadores para a execução das fases de implementação da PNAISARI, assim como para o repasse de recursos, monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, § 3º)

Art. 26. A CGSAJ/DAPES/SAS/MS avaliará se a documentação de que trata o art. 25, encaminhada pelo ente federativo interessado, está correta e atende as exigências da PNAISARI, podendo aprova-la ou não. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 4º)

Parágrafo Único. Aprovada a documentação de que trata o "caput", será publicado ato específico do Ministro de Estado da Saúde com a relação dos entes federativos contemplados, as unidades socioeducativas beneficiadas e os valores que serão repassados mensalmente para cada unidade socioeducativa. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 4º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO IV

DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 27. O monitoramento e a avaliação da implementação da PNAISARI serão realizados por meio de sistemas de informação oficiais da saúde e do Sistema de Informações para Infância e Adolescência (SIPIA). (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 25)

Parágrafo Único. O monitoramento e a avaliação de que trata o "caput" serão realizados pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 25, Parágrafo Único)

Art. 28. O monitoramento e avaliação da implantação e implementação da PNAISARI serão realizados pelo controle das equipes de saúde de referência no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), pelo acompanhamento do Plano de Ação Anual e visitas técnicas "in loco", além de outros instrumentos que serão construídos pela CGSAJ/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 5º)

§ 1º O repasse do incentivo financeiro de custeio será suspenso nos casos em for constatada equipe de referência incompleta, pela ausência de profissional médico, enfermeiro, cirurgião dentista e/ou de saúde mental, por período superior a 60 (sessenta) dias. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O repasse do incentivo financeiro de custeio também será suspenso caso sejam constatadas outras irregularidades na implantação e implementação da PNAISARI, a critério da CGSAJ/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 5º, § 2º)

§ 3º A suspensão de que trata os §§ 1º e 2º será mantida até a adequação das irregularidades identificadas. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 5º, § 3º)

Art. 29. O monitoramento da implantação e implementação da PNAISARI não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 6º)

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO V)

Art. 30. Os casos não previstos neste Anexo, relativos à atenção à saúde em favor dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, serão analisados pela CGSAJ/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 26)

Art. 31. As ações de saúde previstas neste Anexo serão integrados aos Planos de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, observada a legislação local específica. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 27)

Anexo 1 do Anexo XVII

Atribuições das Equipes de Referência em Saúde e Responsabilidades Setoriais Interfederativas (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Anexo 1)

ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE REFERÊNCIA EM SAÚDE E RESPONDABILIDADES SETORIAIS INTERFEDERATIVAS

1. Atribuições das equipes de referência em saúde

As equipes de referência em saúde preconizadas nesta Portaria integram a organização da Atenção Básica no SUS. Além de cumprir os princípios constitucionais e legais, a opção decorre do fato de que as Equipes de Atenção Básica detêm responsabilidade sanitária pela população residente nas unidades socioeducativas do seu território adstrito.

As equipes de referência devem seguir as atribuições indicadas na Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM/MS nº 2.488, de 21/10/2011).

Nesse sentido, ainda que haja equipe de saúde lotada e atuando somente dentro da unidade socioeducativa, é de fundamental importância que se garanta uma referência na rede de atenção à saúde pública externa a fim de garantir, mesmo de forma complementar, a realização de ações coletivas de promoção e de educação em saúde na lógica do SUS.

Essa estratégia favorece a permeabilidade da instituição socioeducativa à comunidade e atende aos princípios previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente de incompletude institucional e reinserção social dos adolescentes em situação de privação de liberdade.

O registro das condições clínicas e de saúde dos adolescentes deve fazer parte do Plano Individual de Atendimento (PIA), que deve ser acompanhado e avaliado periodicamente pela equipe multidisciplinar que os acompanha.

Ao compor o PIA, dados relativos às ações e avaliações em saúde desenvolvidas ou matriciadas pela equipe responsável também serão a base para os relatórios encaminhados ao juiz de execuções, bem como as suas modificações, que subsidiarão as decisões judiciais.

É importante, ainda, que a equipe de referência em saúde acompanhe a implementação das proposições do SINASE, que afetam direta e indiretamente a qualidade de vida e a produção de saúde da população.

1.1 Das atribuições específicas e do processo de trabalho dos profissionais de Saúde Mental

Os profissionais de saúde mental que integrarão as equipes de saúde de referência para o socioeducativo têm papel estratégico na garantia da produção de saúde dos adolescentes dessas instituições.

A inclusão de profissionais de saúde mental para atuarem junto às equipes de saúde se justifica em virtude da importância da promoção de saúde mental em instituições fechadas, do reconhecimento do sofrimento psíquico decorrente da institucionalização, da necessidade de tratamento adequado aos adolescentes com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas e da demanda de acompanhamento psicossocial, conforme indicação dada pelos arts. 60 e 64 da Lei nº 12.594, de 18/01/2012.

Sabe-se que nos contextos de privação de liberdade é comum a existência de problemas que afetam a saúde mental em diversas ordens, inclusive com relação ao uso de álcool e outras drogas. É importante esclarecer que isso não implica necessariamente na ocorrência de transtornos mentais, mas de um sofrimento psíquico que pode ser mais ou menos intenso em virtude da própria privação de liberdade, do afastamento da família e do convívio social, da violência institucional, entre outros.

As tecnologias desenvolvidas no campo da saúde mental podem contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada nas unidades socioeducativas. As chamadas "tecnologias leves" referem-se ao desenvolvimento de vínculos, ao acolhimento de demandas com escuta qualificada, ao trabalho de produção de saúde mental com os adolescentes internos e com as equipes responsáveis pelo cuidado, assim como a atenção a aspectos da dinâmica institucional que são produtores de adoecimento psíquico.

Toda a lógica de trabalho dos profissionais de saúde mental integrantes das equipes responsáveis pelas ações de saúde elencadas nestas diretrizes é baseada na estratégia do matriciamento. Isso significa que esses profissionais não têm como prioridade o atendimento individual, ambulatorial, nem mesmo a realização de avaliações demandadas pelo Judiciário. Seu papel principal é o matriciamento das ações de saúde mental junto às equipes da saúde e do socioeducativo.

Por matriciamento entende-se: i) discussão de casos clínicos; ii) participação na elaboração do Projeto Terapêutico Singular, integrado ao PIA; iii) atendimento psicossocial conjunto com outros profissionais da unidade socioeducativa e da rede intersetorial; iv) colaboração nas intervenções terapêuticas da equipe de Atenção Básica de referência e de outros serviços de saúde necessários; v) agenciamento dos casos de saúde mental na rede, de modo a garantir a atenção integral à saúde; vi) realização de visitas domiciliares conjuntas.

São atribuições dos profissionais de saúde mental e da equipe de saúde:

1) Realização de análise da situação de saúde mental da população socioeducativa para o planejamento das intervenções;

2) Articulação das redes de saúde e intersetorial disponíveis no território para atenção à saúde mental dos adolescentes;

3) Avaliação psicossocial dos adolescentes com indícios de transtorno mental e/ou agenciamento dos casos que dela necessitem na Rede de Atenção à Saúde;

4) Elaboração de estratégias de intervenção em saúde mental, em conjunto com a equipe de saúde responsável e a equipe do socioeducativo, a partir das demandas mais prevalentes;

5) Desenvolvimento de ações e articulação com a rede para atenção à saúde e cuidados com as equipes que atendem às unidades socioeducativas;

6) Fomento a discussões sobre a medicalização dos problemas de saúde mental no sistema socioeducativo;

7) Incentivo a intervenções e discussões sobre a dinâmica institucional para a produção de saúde mental no sistema socioeducativo;

8) Contribuir nas discussões sobre a desinstitucionalização de adolescentes com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

9) Provisão de subsídios para o Plano Individual de Atendimento (PIA) do adolescente;

10) Promoção do seguimento do cuidado em saúde mental dos adolescentes após o cumprimento da medida socioeducativa.

Anexo 2 do Anexo XVII

Plano Operativo (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Anexo 2)

PLANO OPERATIVO

O Plano Operativo tem por objetivo estabelecer diretrizes para a implantação e implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da Atenção Básica, média e alta complexidade com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em regime de internação e internação provisória. Descreve as atribuições e compromissos entre as esferas municipal e estadual de saúde e da gestão do sistema socioeducativo estadual na provisão dos cuidados em saúde dos adolescentes.

O Plano Operativo integra e é parte complementar dos Planos de Atendimento Socioeducativo e, portanto, deve estar de acordo com as proposições neles inscritas. Tem prazo de 4 (quatro) anos, devendo, ao final deste período ser reapresentado nas instâncias previstas no art. 16, III desta Portaria. Posto isso, deve conter:

1. Apresentação

- Contextualização dos sistemas socioeducativo e de saúde para atenção a adolescentes e jovens no Município/Estado;

- Deve conter a média anual de adolescentes internados por unidade socioeducativa do Município/Estado;

- Indicação do Grupo de Trabalho intersetorial responsável pela elaboração do Plano Operativo.

2. Diagnóstico da situação de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade

- Informações gerais sobre as condições de saúde da população adolescente em situação de privação de liberdade socioeducativa, com indicação dos principais agravos encontrados;

- Diagnóstico sobre as condições sanitárias, de saneamento e outras estruturais que afetam a salubridade na unidade socioeducativa;

- Informações sobre a organização do serviço de saúde, no âmbito físico, de processos e procedimentos com descrição dos ambientes disponíveis na Unidade socioeducativa, se houver.

3. Coordenação das Ações de Saúde:

Descrição de como as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, em parceria com a Secretaria Gestora do Sistema Socioeducativo, irão coordenar o processo de implantação das diretrizes e de como pretendem gerir o Plano Operativo, com explicitação de competências e atribuições.

4. Equipe responsável pelo desenvolvimento das ações de saúde em cada unidade socioeducativa:

- Informações sobre a Rede de Atenção á Saúde disponível no território;

- Indicação do número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) referente à equipe de Atenção Básica ou Equipe de Saúde da Família, com Equipe de Saúde Bucal, de referência em saúde para cada unidade socioeducativa do município;

- Para o caso da equipe responsável ser do socioeducativo (atuação dentro das unidades): informações sobre a composição, carga horária e órgão responsável pelo contrato da equipe de saúde responsável pelo desenvolvimento do Plano de Ação nas unidades socioeducativas do município;

- Indicação do(s) profissional(is) de Saúde Mental que comporá(ão) a equipe de saúde de referência, com a(s) respectiva(s) carga horária.

- Indicação dos números do CNES referentes à unidade socioeducativa que possuir estabelecimento de saúde (código 109).

- Indicação do número atual de profissionais de saúde existentes em cada unidade socioeducativa.

5. Fluxo e contrafluxo do cuidado com adolescentes nos pontos de atenção à saúde

- Indicação dos serviços de Atenção Básica, média e alta complexidade que serão referências para a atenção integral aos adolescentes de cada unidade socioeducativa, respeitadas as pactuações de articulação e conectividade da Rede de Atenção à Saúde;

- Indicação da organização de fluxos e contra-fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;

- Indicação de fluxos e compromissos intersetoriais para atenção à saúde mental de adolescentes;

- Quando necessário, podem ser considerados os serviços de saúde de referência da Região de Saúde pactuada por estados e municípios.

6. Assistência Farmacêutica e Insumos

- Estabelecimento dos fluxos de abastecimento de medicamentos e insumos destinados à atenção à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade. Programação para recebimento dos materiais;

- Indicação de responsabilidades e compromissos entre as esferas federativas para o suprimento das necessidades farmacêuticas;

- Fluxo para dispensação e administração de medicamentos.

7. Parcerias governamentais e não-governamentais previstas:

Apresentação das parcerias já existentes e as necessárias/fundamentais para a atenção à saúde integral de adolescentes em situação de privação de liberdade constantes no Plano de Ação, com as respectivas atribuições acordadas.

8. Financiamento:

Explicitação das participações de cada uma das Secretarias envolvidas e de outras instituições parceiras no financiamento para a realização do Plano de Ação e implementação das diretrizes:

9. Acompanhamento e Avaliação do Plano Operativo

- Descrição de como a Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, bem como as secretarias gestoras do sistema socioeducativo - por meio do grupo gestor - farão o acompanhamento e avaliação da atenção à saúde dos adolescentes;

- Indicação dos responsáveis pela coleta de informações e envio de dados consolidados, de acordo com o monitoramento proposto;

- Indicação de como os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e os Conselhos de Saúde acompanharão a implementação do Plano Operativo.

Anexo 3 do Anexo XVII

Plano de Ação (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Anexo 3)

PLANO DE AÇÃO

O Plano de Ação Anual deve conter os compromissos firmados anualmente entre gestores da saúde, do socioeducativo e equipe de referência em saúde para atenção aos adolescentes em regime de internação e internação provisória. As ações de saúde e as metas físicas previstas no Plano de Ação Anual deverão ser atualizadas segundo necessidades em saúde da população socioeducativa.

Cada Município onde se localiza a Unidade Socioeducativa de Internação, Internação Provisória e/ou Semiliberdade deve elaborar e desenvolver um Plano de Ação anual.

O planejamento anual deve ter a participação, sempre que possível, das equipes responsáveis pela atenção à saúde dos adolescentes. Modelo de Plano de Ação

I) Identificação do Município;

II) Identificação das Unidades Socioeducativas (USE):

a) nome das USE;

b) média de adolescentes atendidos no último ano

c) Indicação das equipes responsáveis pelo desenvolvimento das ações de saúde (equipe de atenção básica - incluindo os profissionais de saúde mental - e equipe de saúde da USE, quando houver) em cada USE do município, com o respectivo número do CNES;

III) Indicação dos principais agravos de saúde dos adolescentes no ano anterior: diagnóstico situacional de saúde;

IV) Indicação das ações a serem desenvolvidas em todas as unidades:

	Linhas de Ação	Ação	Meta	Responsável
A)	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial			
B)	Saúde Sexual e Saúde Reprodutivos			
C)	Saúde bucal			
D)	Saúde mental e prevenção ao uso de álcool e outras drogas			
E)	Prevenção e Controle de agravos			
F)	Educação em Saúde			
G)	Direitos Humanos, Promoção da Cultura de Paz, prevenção de violências e assistência a vítimas			

V - Assinatura pelo gestor municipal/estadual de saúde e gestor do sistema socioeducativo

Anexo XVIII

Regulamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do SUS (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS-MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014 (Origem: PRT MS/GM 482/2014)

Art. 1º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do SUS (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS- MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014, observará o disposto neste Anexo.

CAPÍTULO I

DAS NORMAS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP) NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Art. 2º Ficam instituídas as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no SUS. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 1º)

Art. 3º Os serviços de saúde nos estabelecimentos prisionais serão conformados de acordo com a população prisional e o funcionamento dos serviços, classificando-se em 3 (três) faixas: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º)

I - unidades prisionais que contenham até 100 (cem) custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 6 (seis) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º, I)

II - unidades prisionais que contenham de 101 (cento e um) a 500 (quinhentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 20 (vinte) horas semanais; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º, II)

III - unidades prisionais que contenham de 501 (quinhentos e um) a 1200 (um mil e duzentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 30 (trinta) horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. Os serviços de saúde no sistema prisional observarão as normas sanitárias e de arquitetura penal vigentes. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 4º Os serviços de saúde de que trata o art. 3º serão prestados por equipes multiprofissionais, denominadas Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), constituídas nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º)

I - para unidades com até 100 (cem) custodiados: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, I)

a) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, I, a)

b) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, I, b)

II - para unidades que mantêm entre 101 (cento e um) até 500 (quinhentos) custodiados: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, II)

a) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, II, a)

b) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, II, b)

III - para unidades que mantêm entre 501 (quinhentos e um) até 1200 (um mil e duzentos) custodiados: Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, III)

§ 1º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I terá composição mínima de: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º)

I - 1 (um) cirurgião-dentista; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, I)

II - 1 (um) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, II)

III - 1 (um) médico; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, III)

IV - 1 (um) técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, IV)

V - 1 (um) técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, V)

§ 2º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental terá a composição definida no § 1º deste artigo, acrescida no mínimo de: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º)

I - 1 (um) psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, I)

II - 2 (dois) profissionais selecionados dentre as ocupações abaixo: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II)

a) assistência social; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, a)

b) enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, b)

c) farmácia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, c)

d) fisioterapia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, d)

e) psicologia; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, e)

f) terapia ocupacional. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, f)

§ 3º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II terá composição mínima de: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º)

I - 1 (um) assistente social; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, I)

II - 1 (um) cirurgião-dentista; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, II)

III - 1 (um) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, III)

IV - 1 (um) médico; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, IV)

V - 1 (um) psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, V)

VI - 1 (um) técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VI)

VII - 1 (um) técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VII)

VIII - 1 (um) profissional selecionado dentre as ocupações abaixo: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII)

a) assistência social; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, a)

b) enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, b)

c) farmácia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, c)

d) fisioterapia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, d)

e) nutrição; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, e)

f) psicologia; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, f)

g) terapia ocupacional. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, g)

§ 4º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental terá a composição definida no § 3º deste artigo, acrescida no mínimo de: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º)

I - 1 (um) psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, I)

II - 2 (dois) profissionais selecionados dentre as ocupações abaixo: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II)

a) assistência social; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, a)

b) enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, b)

c) farmácia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, c)

d) fisioterapia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, d)

e) psicologia; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, e)

f) terapia ocupacional. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, f)

§ 5º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III terá a mesma composição da Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental, definida no §4º deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 5º)

§ 6º A classificação dos serviços de saúde previstos no art. 3º, para cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), será consignada em ato específico do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 6º)

§ 7º Os profissionais das ESP serão cadastrados no SCNES com as seguintes cargas horárias: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 7º)

I - para as equipes de Atenção Básica Prisional tipo I e Equipes de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental, cada profissional cumprirá 6 (seis) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 7º, I)

II - para as equipes de Atenção Básica Prisional tipo II e Equipes de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental, cada categoria profissional cumprirá carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, ficando a critério do gestor de saúde distribuir a carga horária de cada profissional de modo que não seja inferior a 10 (dez) horas semanais; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 7º, II)

III - para as equipes de Atenção Básica Prisional tipo III, cada categoria profissional cumprirá carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais, ficando a critério do gestor de saúde distribuir a carga horária de cada profissional de modo que não seja inferior a 10 (dez) horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 7º, III)

§ 8º Para serviço de saúde que referencie população acima de 1200 (um mil e duzentos) custodiados, a Equipe de Saúde no Sistema Prisional Tipo III será acrescida de profissionais de acordo com o incremento do número de custodiados, observando-se os critérios do art. 3º e a composição apresentada no Anexo 2 do Anexo XVIII . (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 8º)

§ 9º Os serviços de saúde no sistema prisional devem estar integrados a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município em que estiver localizado o estabelecimento prisional. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 9º)

§ 10. Poderão ser alocados profissionais da rede local do SUS para a composição de Serviços e das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), desde que devidamente cadastrados no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 10)

§ 11. Para a constituição de serviços de saúde que referenciem unidades prisionais com até 100 (cem) pessoas privadas de liberdade, a gestão e a assistência à saúde serão preferencialmente dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 11)

§ 12. Em unidades com até 100 (cem) pessoas privadas de liberdade que assistam preferencialmente pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, é recomendada a habilitação de Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II ou Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com saúde mental, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 12)

Art. 5º Uma vez aprovada a documentação apresentada, o Ministro de Estado da Saúde publicará ato específico de habilitação com indicação do serviço de saúde e a(s) unidade(s) prisional(is) referenciada(s) do ente federativo apto ao recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal e o respectivo valor contemplado, segundo os parâmetros fixados nos Anexos VI, VII e VIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 6º)

Art. 6º O monitoramento e a avaliação dos serviços e das ações de saúde ofertadas pelas ESP dar-se-ão pelo registro dos procedimentos nos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde, conforme critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais vigentes. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 8º)

Parágrafo Único. O registro dos procedimentos das ações de saúde dos serviços será realizado no sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), quando estiver aderido/implantado nos estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 7º O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços citados acima nos casos em que for constatada, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta e/ou da auditoria do Ministério da Saúde ou do Ministério da Justiça e Segurança Pública ou da Secretaria Estadual de Saúde ou da Secretaria Estadual de Justiça, ou órgão congênere, ou ainda dos órgãos de controle competentes ou órgãos de fiscalização e monitoramento no âmbito da justiça criminal, qualquer uma das seguintes situações: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º)

I - ausência, por um período superior a 90 (noventa) dias consecutivos, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no art. 4º; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, I)

II - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, II)

III - ausência de alimentação de dados no sistema de informação definidos pelo Ministério da Saúde, por 90 (noventa) dias consecutivos. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, III)

§ 1º A suspensão será mantida até que o gestor de saúde responsável informe ao Ministério da Saúde a adequação das irregularidades identificadas. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O gestor de saúde terá prazo máximo de 90 (noventa) dias consecutivos, após recebimento de notificação pela SAS/MS, para demonstrar a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata os incisos do "caput". (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 2º)

§ 3º Para fins do disposto no § 2º, o Ministério da Saúde, após verificar a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata os incisos do "caput", providenciará o restabelecimento do repasse dos recursos financeiros. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 3º)

§ 4º Caso não demonstrada pelo gestor de saúde a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata os incisos do "caput", o Ministério da Saúde providenciará a desabilitação do serviço, por ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 4º)

§ 5º O gestor de saúde poderá solicitar nova habilitação, a qualquer tempo, do serviço desabilitado, desde que cumpridas as exigências constantes nas normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no SUS. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 5º)

Art. 8º O monitoramento de que tratam as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no SUS não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 13)

CAPÍTULO II

DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS EM SAÚDE PRISIONAL

Art. 9º Fica instituído o Comitê de Especialistas em Saúde Prisional, de caráter consultivo, com a finalidade de assessorar as ações de saúde prisional. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 1º)

Art. 10. O Comitê de Especialistas em Saúde Prisional será composto por membros que representam os segmentos do poder público, da comunidade científica e da sociedade, oriundos de instituições públicas e privadas envolvidas em atividades de pesquisa. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 2º)

§ 1º Os membros deverão declarar a inexistência de conflito de interesses com suas atividades no debate dos temas pertinentes ao Comitê, sendo que, na eventualidade de existência de conflito de interesses, os mesmos deverão abster-se de participar da discussão e deliberação sobre o tema. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os membros do Comitê de Especialistas em Saúde Prisional terão mandato de 2 (dois) anos consecutivos, sendo que 1/3 (um terço) do total dos membros poderá ser reconduzido a mais um mandato. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 2º, § 2º)

§ 3º A participação no Comitê de Especialistas em Saúde Prisional é considerada atividade de relevante interesse para o Ministério da Saúde e não será remunerada. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 2º, § 3º)

Art. 11. Compete ao Comitê de Especialistas em Saúde Prisional: (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º)

I - contribuir na formulação da política nacional de desenvolvimento científico e tecnológico, abrangendo o desenvolvimento de vacinas, microbicidas, medicamentos, insumos de prevenção, diagnóstico e monitoramento; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, I)

II - assessorar a Área de Saúde Prisional no acompanhamento, formulação, implementação e avaliação da sua agenda nacional de pesquisa, bem como nas estratégias de projetos específicos para o desenvolvimento tecnológico, de saúde mental, social, de educação para a saúde e de direitos humanos; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, II)

III - estimular a adequada incorporação dos resultados das pesquisas ao processo de tomada de decisão pelos diferentes níveis de governo, promovendo a melhoria da oferta e da qualidade dos serviços de saúde prisional, da reinserção social e dos direitos humanos; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, III)

IV - analisar e acompanhar projetos de pesquisa em áreas prioritárias e contribuir para a expansão da pesquisa nacional, a proteção aos direitos de propriedade intelectual e o respeito aos princípios éticos nos projetos submetidos à sua apreciação; e (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, IV)

V - contribuir para o fortalecimento da ética na pesquisa em estabelecimentos prisionais, conforme estabelecido em instrumentos normativos do Conselho Nacional de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, V)

Art. 12. O Comitê de Especialistas em Saúde Prisional será coordenado pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégias da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS) com o apoio do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça e Segurança Pública (DEPEN/MJ), que terá as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º)

I - coordenar as reuniões do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º, I)

II - indicar um técnico da área para desenvolver atividades necessárias ao funcionamento do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º, II)

III - encaminhar atas e relatórios para apreciação do Secretário de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º, III)

IV - submeter à apreciação Departamento de Ações Programáticas Estratégias/SAS/MS as recomendações oriundas das reuniões ordinárias e extraordinárias. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º, IV)

Art. 13. Os membros do Comitê de Especialistas em Saúde Prisional serão designados por portaria específica do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 5º)

Art. 14. O Comitê de Especialistas em Saúde Prisional reunir-se-á ordinariamente ou extraordinariamente, quando convocado pelo seu coordenador, com cronograma pactuado previamente entre os membros. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 6º)

§ 1º Os membros poderão deixar de integrá-lo a qualquer tempo a pedido do membro integrante ou a critério dos demais membros, mediante formalização da solicitação de desligamento feita pelo Coordenador do comitê ao DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 6º, § 1º)

§ 2º O Comitê de Especialistas em Saúde Prisional terá seu trabalho normatizado por Regimento Interno. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 6º, § 2º)

Art. 15. As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas em local a ser definido por decisão do coordenador. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 7º)

CAPÍTULO III

DO SERVIÇO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE MEDIDAS TERAPÊUTICAS APLICÁVEIS À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Art. 16. Fica instituído no âmbito do SUS, o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, vinculado à PNAISP. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 1º)

§ 1º O serviço referido no "caput" é parte da estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 1º, § 1º)

§ 2º O serviço referido no "caput" é composto pela Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP). (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 1º, § 2º)

Art. 17. É considerada beneficiária do serviço consignado neste Capítulo a pessoa que, presumidamente ou comprovadamente, apresente transtorno mental e que esteja em conflito com a Lei, sob as seguintes condições: com inquérito policial em curso, sob custódia da justiça criminal ou em liberdade; ou, com processo criminal, e em cumprimento de pena privativa de liberdade ou prisão provisória ou respondendo em liberdade, e que tenha o incidente de insanidade mental instaurado; ou em cumprimento de medida de segurança; ou sob liberação condicional da medida de segurança; ou, com medida de segurança extinta e necessidade expressa pela justiça criminal ou pelo SUS de garantia de sustentabilidade do projeto terapêutico singular. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 2º)

Art. 18. O Grupo Condutor Estadual, consignado na Portaria Interministerial nº 1/MS-MJ, de 2 de janeiro de 2014 que institui a PNAISP, deverá elaborar uma estratégia estadual para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, e contribuir para a sua implementação. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 3º)

Parágrafo Único. Para a elaboração e implementação da estratégia estadual referida no "caput" desse artigo o Grupo Condutor Estadual deverá constituir comissão de trabalho específica podendo contar com a participação de representantes do Tribunal de Justiça, do Ministério Público Estadual, da Defensoria Pública Estadual, da Secretaria Estadual de Assistência Social ou congênere, de instâncias de controle social, em âmbito estadual, sendo preferencialmente dos Conselhos de Saúde, de Assistência Social, de Políticas Sobre Drogas ou congênere e de Direitos Humanos ou congênere. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 19. A EAP tem por objetivo apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei na Rede de Atenção à Saúde (RAS), e terá as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º)

I - realizar avaliações biopsicossociais e apresentar proposições fundamentadas na Lei nº 10.216, de 2001, e nos princípios da PNAISP, orientando, sobretudo, a adoção de medidas terapêuticas, preferencialmente de base comunitária, a serem implementadas segundo um Projeto Terapêutico Singular (PTS); (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, I)

II - identificar programas e serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania, necessários para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e para a garantia da efetividade do PTS; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, II)

III - estabelecer processos de comunicação com gestores e equipes de serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania e estabelecer dispositivos de gestão que viabilizem acesso e corresponsabilização pelos cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, III)

IV - contribuir para a ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde, pelo beneficiário, em consonância com a justiça criminal, observando a regulação do sistema; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, IV)

V - acompanhar a execução da medida terapêutica, atuando como dispositivo conector entre os órgãos de Justiça, as equipes da PNAISP e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania, garantindo a oferta de acompanhamento integral, resolutivo e contínuo; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, V)

VI - apoiar a capacitação dos profissionais da saúde, da justiça e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania para orientação acerca de diretrizes, conceitos e métodos para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei; e (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, VI)

VII - contribuir para a realização da desinternação progressiva de pessoas que cumprem medida de segurança em instituições penais ou hospitalares, articulando-se às equipes da PNAISP, quando houver, e apoiando-se em dispositivos das redes de atenção à saúde, assistência social e demais programas e serviços de direitos de cidadania. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, VII)

§ 1º Os procedimentos da EAP terão, preferencialmente, caráter de agendamento regulado e serão requisitados: pela Coordenação da PNAISP, em âmbitos estadual ou local; pela equipe de saúde no sistema prisional (ESP); por determinação judicial; por requerimento apresentado pelo Ministério Público ou representante da pessoa beneficiária; por iniciativa dos serviços de referência para realização do PTS ou da própria EAP, desde que previamente acordado com as instâncias responsáveis pela custódia e/ou pela medida terapêutica destinada à pessoa a ser avaliada/acompanhada e com a devida comunicação à Coordenação da PNAISP, em âmbitos estadual ou local. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 1º)

§ 2º As avaliações decorrentes dos incidentes de insanidade mental deverão respeitar o caráter de urgência e as singularidades de cada caso, não podendo exceder a 30 (trinta) dias, a contar da data da sua instauração pelo judiciário. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 2º)

§ 3º Recomenda-se que o PTS seja elaborado pelo serviço de referência da rede, contando com subsídios da EAP, envolvendo, sempre que possível, a pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e suas referências familiares e comunitárias, visando à construção de correponsabilização no cuidado e o estabelecimento de condutas terapêuticas articuladas em rede. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 3º)

§ 4º A EAP realizará um trabalho integrado com a área de atenção psicossocial da respectiva gestão e poderá articular-se com os Grupos de Monitoramento, e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMFs), no âmbito dos Tribunais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal, para identificação de pessoas com transtorno mental, em unidades de custódia, potencialmente destinatários de medidas terapêuticas, conhecimento dos aspectos jurídico-administrativos dos processos, para melhor integração das práticas inerentes à justiça criminal e à PNAISP e direcionamento de formas de atenção segundo as premissas consignadas neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 4º)

§ 5º O encaminhamento do beneficiário ao serviço de referência, na RAS, observará o caráter de agendamento regulado, podendo ser também realizado emergencialmente, de acordo com necessidade definida pela EAP. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 5º)

Art. 20. O serviço, com carga horária semanal mínima de 30 (trinta) horas, deve ser constituído por equipe interdisciplinar, composta por 5 (cinco) profissionais, e com as seguintes formações em

nível superior: 1 (um) Enfermeiro; 1 (um) Médico Psiquiatra ou Médico com experiência em Saúde Mental; 1 (um) Psicólogo ; 1 (um) Assistente Social ; e 1 (um) profissional com formação em ciências humanas, sociais ou da saúde, preferencialmente Educação, Terapia Ocupacional ou Sociologia. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 5º)

Art. 21. A coordenação do serviço disposta neste Capítulo é de responsabilidade do gestor estadual da saúde, podendo haver pactuações especificas nas instâncias colegiadas. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 6º)

Art. 22. O cadastramento do serviço consignado neste Capítulo e respectivos profissionais será realizado por meio do SCNES. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 7º)

Parágrafo Único. A classificação desse serviço, para cadastramento no CNES, será estabelecida em norma própria. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 23. Cabe ao gestor responsável pelo serviço ora disposto definir as condições de ambiência e organizacionais para que a EAP realize suas atividades. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 8º)

Art. 24. Para habilitação do serviço disposto neste Capítulo, a unidade federativa proponente deve observar os seguintes critérios básicos: (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º)

I - apresentar Termo de Adesão, de acordo com o modelo constante no Anexo 3 do Anexo XVIII ; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, I)

II - apresentar Plano de Ação para estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, conforme modelo constante no Anexo 4 do Anexo XVIII ; e (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, II)

III - cadastrar o serviço e a equipe no CNES. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, III)

§ 1º O serviço poderá ser constituído em unidades federativas qualificadas ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) ou à PNAISP. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O Estado ou Distrito Federal terá um prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da habilitação do seu primeiro serviço, para apresentação do Plano de Ação para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, § 2º)

Art. 25. A habilitação do serviço consignado neste Capítulo será promovida pelo Ministério da Saúde, com a publicação de portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 10)

Art. 26. Os procedimentos referentes ao serviço disposto nesta norma serão incluídos na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e serão objeto de Portaria específica do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 12)

Art. 27. O monitoramento e avaliação do serviço disposto nesta norma dar-se-ão pelo registro dos procedimentos nos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde conforme critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais vigentes. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 13)

Art. 28. Para implantação e funcionamento do serviço disposto neste Capítulo, compete: (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 14)

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, orientar o processo de planejamento e implantação do serviço e da estratégia estadual para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, bem como financiar, monitorar e avaliar cada serviço constituído; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 14, I)

II - ao estado ou Distrito Federal, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, propor a estratégia estadual para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, fomentar e apoiar o funcionamento do Grupo Condutor da PNAISP, cofinanciar, gerir, monitorar e avaliar o serviço, bem como articular à RAS, do SUAS e demais programas de direitos de cidadania; e (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 14, II)

III - ao município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, propiciar a realização do projeto terapêutico singular endereçado ao seu território, articulando os dispositivos das redes de atenção à saúde sob sua gestão, da assistência social e demais programas e serviços de direitos de cidadania sob sua responsabilidade.(Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 14, III)

Anexo 1 do Anexo XVIII

Modelo de termo de habilitação dos serviços e equipes em saúde no sistem prisional (ESP) (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Anexo 4)

MODELO DE TERMO DE HABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS E EQUIPES EM SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL (ESP)

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS

MODELO DE TERMO DE HABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS E EQUIPES EM SAÚDE NO SISTEM PRISIONAL (ESP)

A Secretaria Estadual de Saúde de _____, CNPJ_____, a Secretaria Estadual de Administração Penitenciária (ou congênere) de _____, CNPJ_____, e a Secretaria Municipal de Saúde de _____, CNPJ_____, (quando for o caso) solicitam habilitação do serviço para atenção à saúde da pessoa privada de liberdade no sistema prisional, caracterizado a seguir:

a) População privada de liberdade referenciada pelo serviço:

NOME DA UNIDADE DE CUSTÓDIA/ENDEREÇO	PROVISÓRIOS		CONDENADOS A PENA DE PRISÃO		MEDIDAS DE SEGURANÇA		TOTA L	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
TOTAL								

b) Quantidade de Recursos Humanos disponíveis por unidade de saúde prisional referenciada: Nome da Unidade de Custódia: _____

ÁREA DE ATUAÇÃO	TOTAL
Médico	
Médico Psiquiatra ou Médico com experiência em Saúde Mental	
Cirurgião Dentista	
Assistente Social	
Psicólogo	
Enfermeiro	
Técnico de Enfermagem/Auxiliar de Enfermagem	
Técnico de Higiene Bucal/Auxiliar de Saúde Bucal	
Outros Profissionais de Nível superior (Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Psicólogo, Assistente Social, Nutricionista, Farmacêutico ou Enfermeiro)	
Demais trabalhadores em serviços penais/ segurança pública que atuam na(s) unidade(s) referenciada(s)	

Quando for o caso, acrescentar quadros referentes às outras unidades prisionais referenciadas pelo serviço a ser habilitado.

_____,___de _____ de 20__. (Local e data)

Secretaria Estadual de Saúde

Secretaria de Administração Penitenciária (ou assemelhado)

Secretaria Municipal de Saúde (quando for o caso)

Anexo 2 do Anexo XVIII

Tabela de composição de um serviço habilitado, por número de custodiados referenciados (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Anexo 5)

Tabela de composição de um serviço habilitado, por número de custodiados referenciados

População referenciada por um serviço	Quantidade de equipes a serem habilitadas, em um serviço, por tipo		
	I	II	III
1-100	1	0	0
101-500	0	1	0
501-1200	0	0	1
1201-1300	1	0	1
1301-1700	0	1	1
1701-2400	0	0	2
2401-2500	1	0	2
2501-2900	0	1	2
2901-3600	0	0	3
3601-3700	1	0	3
3701-4100	0	1	3
4101-4800	0	1	4
4801-4900	1	0	4
4901-5300	0	1	4
5301-6000	0	0	5
6001-6100	1	0	5
6101-6500	0	1	5
6501-7200	0	0	6
7201-7300	1	0	6
7301-7700	0	1	6
7701-8400	0	0	7
8401-8500	1	0	7
8501-8900	0	1	7
8901-9600	0	0	8

Anexo 3 do Anexo XVIII

Termo de adesão para implantação do serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Anexo 1)

TERMO DE ADESÃO PARA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE MEDIDAS TERAPÊUTICAS APLICÁVEIS À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

O Estado _____ (ou Distrito Federal), por meio da Secretaria Estadual de Saúde, CNPJ nº. _____ com sede _____ _____CEP _____, pessoa jurídica de direito público interno, firma o presente Termo de Adesão para implantação da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), sob o Código CNES _____, ativado em ___/____/_____, localizado em _____, assumindo os encargos e responsabilidades previstos na Portaria nº de de 2014, garantindo a seguinte abrangência sócio-territorial: __ Estadual __ Município (os) - especificar _____ Secretaria de Estado da Saúde

Anexo 4 do Anexo XVIII

Plano de ação para estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Anexo 2)

PLANO DE AÇÃO PARA ESTRATÉGIA PARA REDIRECIONAMENTO DOS MODELOS DE ATENÇÃO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

1.Problematização e contextualização - descrever, sinteticamente, a problemática pertinente ao sistema de justiça criminal e as pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei, no estado ou Distrito Federal.

2.Caracterização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), de assistência social e demais programas para garantia de direitos de cidadania, no estado ou Distrito Federal, e no território de abrangência de cada serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei planejado.

3.Caracterização da comissão de trabalho específica instituída pelo Grupo Condutor Estadual consignado na Portaria nº de de 2014, conforme art. 3º desta portaria.

4.Os critérios de avaliação e acompanhamento levarão em consideração os seguintes indicadores:

INDICADOR	RESULTADOS ESPERADOS A PARTIR DA INSTALAÇÃO			
	1º semestre	2º semestre	3º semestre	4º semestre
Proporção de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei atendidas pela EAP em relação ao número total de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei do território de referência.				
Proporção de Projetos Terapêuticos Singulares acompanhados, em relação ao número total de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei do território de referência				
Proporção de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei em cumprimento de medidas de segurança sob cuidados do SUS em meio aberto em relação ao número total de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei em cumprimento de medidas de segurança no território de referência.				
Proporção de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei que cumpriam medidas de segurança em unidades do sistema de justiça criminal, efetivamente desinternadas, em relação ao número total no território de referência.				
Proporção de pareceres produzidos e acatados pelo sistema de justiça, em relação ao número de incidentes de insanidade mental				
Definir outros indicadores, de acordo com as singularidades locais				

5. Caracterização de cada serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei a ser constituído:

a) endereço principal;

b) Caracterização da infraestrutura alocada para funcionamento; e

c) Descrição da forma de organização e gestão.

6. Programação da aplicação dos recursos do Incentivo federal e formas de financiamento participativo pelo estado ou Distrito Federal;

7. Cronograma de ações gerais para o biênio.

Anexo XIX

Aprova a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Origem: PRT MS/GM 992/2009)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, na forma do Anexo 1 do Anexo XIX . (Origem: PRT MS/GM 992/2009, Art. 1º)

Art. 2º A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) articulará no âmbito do Ministério Saúde, junto às suas Secretarias e seus órgãos vinculados, a elaboração de instrumentos com orientações específicas, que se fizerem necessários à implementação desta Política. (Origem: PRT MS/GM 992/2009, Art. 2º)

Art. 3º Fica instituído o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2629/2014, Art. 1º)

Art. 4º Fica aprovado o Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), nos termos do Anexo 2 do Anexo XIX . (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Art. 1º)

Anexo 1 do Anexo XIX

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Origem: PRT MS/GM 992/2009, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

Capítulo I

DOS PRINCÍPIOS GERAIS

1. Princípios Gerais

A Constituição de 1988 assumiu o caráter de Constituição Cidadã, em virtude de seu compromisso com a criação de uma nova ordem social. Essa nova ordem tem a seguridade social como "um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (BRASIL, 1988, art. 194).

Esta Política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art. 1º, inc. II e III), do repúdio ao racismo (BRASIL, 1988, art. 4º, inc. VIII), e da igualdade (BRASIL, art. 5º, caput). É igualmente coerente com o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de "promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação" (BRASIL, 1988, art. 3º, inc. IV).

Reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, constantes da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a saber: a) a universalidade do acesso, compreendido como o "acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie"; b) a integralidade da atenção, "entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema"; c) a igualdade da atenção à saúde; e d) a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990a, art. 7º, inc. I, II, IV IX).

A esses vêm juntar-se os da participação popular e do controle social, instrumentos fundamentais para a formulação, execução, avaliação e eventuais redirecionamentos das políticas públicas de saúde. Constituem desdobramentos do princípio da "participação da comunidade" (BRASIL, 1990a, art. 7º, inciso VIII) e principal objeto da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que instituiu as conferências e conselhos de saúde como órgãos colegiados de gestão do SUS, com garantia de participação da comunidade (BRASIL, 1990b).

Igualmente importante é o princípio da equidade. A iniquidade racial, como fenômeno social amplo, vem sendo combatida pelas políticas de promoção da igualdade racial, regidas pela Lei nº 10.678/03, que criou a SEPPIR. Coerente com isso, o princípio da igualdade, associado ao objetivo fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos na qual a diversidade seja um valor, deve desdobrar-se no princípio da equidade, como aquele que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las. Em saúde, a atenção deve ser entendida como ações e serviços priorizados em razão de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população.

O SUS, como um sistema em constante processo de aperfeiçoamento, na implantação e implementação do Pacto pela Saúde, instituído por meio da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, compromete-se com o combate às iniquidades de ordem sócio-econômica e cultural que atingem a população negra brasileira (BRASIL, 2006).

Cabe ainda destacar o fato de que esta Política apresenta como princípio organizativo a transversalidade, caracterizada pela complementaridade, confluência e reforço recíproco de diferentes políticas de saúde. Assim, contempla um conjunto de estratégias que resgatam a visão integral do sujeito, considerando a sua participação no processo de construção das respostas para as suas necessidades, bem como apresenta fundamentos nos quais estão incluídas as várias fases do ciclo de vida, as demandas de gênero e as questões relativas à orientação sexual, à vida com patologia e ao porte de deficiência temporária ou permanente.

2. Marca

Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.

Capítulo II

DAS DIRETRIZES GERAIS E OBJETIVOS

1. Diretrizes Gerais:

I - inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde;

II - ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde;

III - incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;

IV - promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;

V - implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo; e

VI - desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades.

2. Objetivo Geral

Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.

3. Objetivos Específicos:

I - garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde;

II - garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde;

III - incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social;

IV - identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho;

V - aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS;

VI - melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia;

VII - identificar as necessidades de saúde da população negra do campo e da floresta e das áreas urbanas e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades;

VIII - definir e pactuar, junto às três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde;

IX - monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais;

X - incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar;

XI - monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios anti-racistas e não-discriminatório; e

XII - fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.

Capítulo III

DAS ESTRATÉGIAS E RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO

1. Estratégias de Gestão(*):

I - implementação das ações de combate ao racismo institucional e redução das iniquidades raciais, com a definição de metas específicas no Plano Nacional de Saúde e nos Termos de Compromisso de Gestão;

II - desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades locorregionais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas; doença falciforme; DST/HIV/aids; tuberculose; hanseníase; câncer de colo uterino e de mama; transtornos mentais;

III - fortalecimento da atenção à saúde integral da população negra em todas as fases do ciclo da vida, considerando as necessidades específicas de jovens, adolescentes e adultos em conflito com a lei;

IV - estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas;

V - fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social;

VI - fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

VII - qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, nos estados e municípios;

VIII - articulação e fortalecimento das ações de atenção às pessoas com doença falciforme, incluindo a reorganização, a qualificação e a humanização do processo de acolhimento, do serviço de dispensação na assistência farmacêutica, contemplando a atenção diferenciada na internação;

IX - inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;

X - incentivo técnico e financeiro à organização de redes integradas de atenção às mulheres negras em situação de violência sexual, doméstica e intrafamiliar;

XI - implantação e implementação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, nos Estados e Municípios, conforme a Portaria MS/GM no 936, de 19 de maio de 2004, como meio de reduzir a vulnerabilidade de jovens negros à morte, traumas ou incapacitação por causas externas (BRASIL, 2004a);

XII - elaboração de materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema Saúde da População Negra, respeitando os diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas;

XIII - fomento à realização de estudos e pesquisas sobre o acesso da referida população aos serviços e ações de saúde;

XIV - garantia da implementação da Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM nº 1.426, de 14 de julho de 2004, que aprovou as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, no que diz respeito à promoção da equidade (BRASIL, 2004b);

XV - articulação desta Política com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial MS-MJ nº 1.777, de 9 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003b);

XVI - articulação desta Política com as demais políticas de saúde, nas questões pertinentes às condições, características e especificidades da população negra;

XVII - apoio técnico e financeiro para a implementação desta Política, incluindo as condições para: realização de seminários, oficinas, fóruns de sensibilização dos gestores de saúde; implantação e implementação de comitês técnicos de saúde da população negra ou instâncias similares, nos estados e municípios; e formação de lideranças negras para o exercício do controle social; e

XVIII - estabelecimento de acordos e processos de cooperação nacional e internacional, visando à promoção da saúde integral da população negra nos campos da atenção, educação permanente e pesquisa.

* Em virtude de seu caráter transversal, todas as estratégias de gestão assumidas por esta Política devem estar em permanente interação com as demais políticas do MS relacionadas à promoção da Saúde, ao controle de agravos e à atenção e cuidado em saúde.

2. Responsabilidades das Esferas de Gestão

2.1. Gestor Federal:

I - implementação desta Política em âmbito nacional;

II - definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT);

III - garantia da inclusão desta Política no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual - PPA setorial;

IV - coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde;

V - garantia da inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;

VI - identificação das necessidades de saúde da população negra e cooperação técnica e financeira com os estados, o Distrito Federal e os municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e os recursos;

VII - apoio técnico e financeiro para implantação e implementação de instâncias de promoção de equidade em saúde da população negra no Distrito Federal, nos estados e nos municípios;

VIII - garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

IX - adoção do processo de avaliação como parte do planejamento e implementação das iniciativas de promoção da saúde integral da população negra, garantindo tecnologias adequadas;

X - estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;

XI - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

XII - definição de ações intersetoriais e pluri-institucionais de promoção da saúde integral da população negra, visando à melhoria dos indicadores de saúde dessa população;

XIII - apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra;

XIV - elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;

XV - estabelecimento de parcerias governamentais e não-governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde integral da população negra no âmbito do SUS;

XVI - estabelecimento e revisão de normas, processos e procedimentos, visando à implementação dos princípios da equidade e humanização da atenção e das relações de trabalho; e

XVII - instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

2.2 Gestor Estadual:

I - apoio à implementação desta Política em âmbito nacional;

II - definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

III - coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde, em âmbito estadual;

IV - garantia da inclusão desta Política no Plano Estadual de Saúde e no PPA setorial estadual, em consonância com as realidades locais e regionais;

V - identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito estadual e cooperação técnica e financeira com os Municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e recursos;

VI - implantação e implementação de instância estadual de promoção da equidade em saúde da população negra;

VII - apoio à implantação e implementação de instâncias municipais de promoção da equidade em saúde da população negra;

VIII - garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

IX - estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;

X - elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;

XI - apoio aos processos de educação popular em saúde, referentes às ações de promoção da saúde integral da população negra;

XII - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

XIII - articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de efetivação desta Política; e

XIV - instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

2.3 Gestor Municipal

I - implementação desta Política em âmbito municipal;

II - definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

III - coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde;

IV - garantia da inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades e necessidades locais;

V - identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito municipal, considerando as oportunidades e recursos;

VI - implantação e implementação de instância municipal de promoção da equidade em saúde da população negra;

VII - estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;

VIII - garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

IX - articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação desta Política;

X - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

XI - elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;

XII - apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra; e

XIII - instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

Anexo 2 do Anexo XIX

Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1)

Art. 1º Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) tem por finalidade assessorar tecnicamente o Ministério da Saúde dentro das seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º)

I - acompanhar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com vistas a garantir a equidade na atenção à saúde para negras e negros; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, I)

II - apresentar subsídios técnicos e políticos voltados para a atenção à saúde da população negra no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde, Plano Plurianual, Plano Operativo, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, II)

III - colaborar para a pactuação de propostas de intervenção com foco na promoção da equidade racial em saúde nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, III)

IV - participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população negra; e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, IV)

V - participar do acompanhamento e avaliação das ações programáticas e das políticas emanadas do Ministério da Saúde no que se refere à promoção da igualdade racial, segundo as estratégias propostas pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, V)

Art. 2º CTSPN é composto por representantes, titular e suplente, dos seguintes órgãos, entidades e áreas de conhecimento: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º)

I - do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I)

a) 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, a)

b) 4 (quatro) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, b)

c) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, c)

d) 2 (dois) representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, d)

e) 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, e)

f) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, f)

II - 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, V)

VI - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do segmento de usuários e componente da Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra (CISPN/CNS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, VI)

VII - 1 (um) representante da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, da Presidência da República (SEPPIR/PR); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, VII)

VIII - 1 (um) representante da Secretaria-Geral da Presidência da República (SG/PR); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República (SPM/PR); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, IX)

X - 10 (dez) representantes do movimento social negro, atuantes no campo da saúde da população negra; e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, X)

XI - 5 (cinco) representantes de especialistas, com conhecimento e atuação na área de saúde da população negra. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, XI)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à SGEP/MS. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os representantes, titulares e suplentes, de que tratam os incisos X e XI do "caput", serão indicados pela SGEP/MS, após resposta a convite a eles encaminhado pelo Secretário da SGEP/MS. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 2º)

§ 3º A participação das entidades ou órgãos de que tratam os incisos IV, V, VII, VIII, IX, X e XI do "caput" será formalizada após resposta a convite a elas encaminhado pelo Secretário da SGEP/MS, com indicação dos seus respectivos representantes. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 3º)

§ 4º Os representantes suplentes substituirão os titulares em seus impedimentos eventuais ou permanentes. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 4º)

§ 5º O representante da SGEP/MS exercerá a coordenação do CTSPN. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 5º)

§ 6º A ausência, sem justificativa, a duas reuniões consecutivas do CTSPN determina a exclusão do membro e seu substituto, cabendo à SGEP/MS providenciar nova representação do órgão ou entidade. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 6º)

§ 7º A composição do CTSPN será renovada a cada 2 (dois) anos com a possibilidade de uma recondução por igual período. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 7º)

§ 8º Os órgãos e entidades referidos de que trata o "caput" poderão solicitar, a qualquer tempo, por intermédio da Coordenação do CTSPN, a substituição dos seus respectivos representantes. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 8º)

Art. 3º CTSPN funcionará por meio de reuniões plenárias, comissões especiais de trabalho e mecanismos de consulta. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 3º)

§ 1º As reuniões contarão com a participação dos membros titulares do CTSPN ou, na sua ausência, pelos respectivos suplentes, e serão realizadas preferencialmente em Brasília, ordinariamente 3 (três) vezes ao ano, e extraordinariamente, a qualquer tempo, mediante convocação da Coordenação do CTSPN ou da maioria absoluta de seus membros titulares. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O plenário do CTSPN será instalado na data e horário previstos na convocação, com um prazo de tolerância de 15 (quinze) minutos, independentemente do número de presentes. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O Comitê procurará formular propostas consensuais no âmbito de suas atribuições. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 3º, § 3º)

Art. 4º A pauta das reuniões plenárias será composta da seguinte maneira: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º)

I - socialização de informações consideradas relevantes para o interesse geral do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, I)

II - aprovação da memória executiva da reunião anterior visando ao monitoramento dos encaminhamentos eventualmente existentes; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, II)

III - desenvolvimento dos temas principais, incluindo as discussões e encaminhamentos correspondentes; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, III)

IV - concessão da palavra aos integrantes do Comitê para breves comunicados ou manifestações, observada a disponibilidade de tempo e a ordem dos trabalhos; e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, IV)

V - preparação de esboço da pauta referente à próxima reunião ordinária. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, V)

Parágrafo Único. A pauta da reunião plenária poderá ser excepcionalmente alterada pela Coordenação por motivos de urgência ou relevância ou por consenso da maioria simples dos representantes do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 5º Ao término de cada reunião, será encaminhada a lista de presença dos representantes do CTSPN, assim como a memória executiva, contendo o registro sucinto da reunião, com suas demandas e encaminhamentos. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 5º)

Art. 6º Compete ao coordenador da CTSPN: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º)

I - representar o CTSPN ou indicar representante nos atos e lugares que se fizerem necessários; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, I)

II - conduzir e supervisionar as atividades do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, II)

III - convocar, coordenar e garantir as condições necessárias às reuniões da Plenária do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, III)

IV - convocar e coordenar reuniões preparatórias do segmento de representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde no CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, IV)

V - instituir, organizar e prover as condições necessárias às comissões especiais de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, V)

VI - indicar, em comum acordo com o CTSPN, representantes para participar de atividades ou comissões; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, VI)

VII - solicitar estudos e pareceres aos representantes do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, VII)

VIII - promover debates relacionados com os temas alvo das atribuições do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, VIII)

IX - articular com as áreas técnicas na busca de garantir os objetivos do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, IX)

X - expedir as declarações de participação aos interessados, sempre que requerido; e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, X)

XI - apoiar a implementação da Política Nacional de Saúde da População Negra (PNSPN) nos estados, municípios e Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, XI)

Art. 7º Compete aos membros do CTSPN: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º)

I - participar das reuniões ordinárias e extraordinárias do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, I)

II - apresentar proposições sobre assuntos de interesse da saúde da população negra; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, II)

III - integrar comissões especiais de trabalho e colaborar com a execução das atividades do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, III)

IV - propor a convocação de reuniões extraordinárias ou a instituição de comissões especiais de trabalho, a serem acatadas sempre por maioria simples do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, IV)

V - realizar estudos e pareceres acerca das questões solicitadas pela coordenação do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, V)

VI - desempenhar outras atribuições que lhe forem designadas por consenso ou pela coordenação do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, VI)

VII - apoiar, monitorar e avaliar a implementação da PNSPN nos Estados, Municípios e Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, VII)

Art. 8º O CTSPN contará com o apoio administrativo e financeiro da SGEP/MS, responsável pela operacionalização de todas as suas atividades. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 8º)

Art. 9º A elaboração das alterações deste Regimento Interno caberá à Coordenação do CTSPN e estas serão submetidas à aprovação do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 9º)

Art. 10. A participação nas reuniões do CTSPN, assim como as funções dos seus membros não serão remuneradas e seu exercício será considerado de relevante interesse público. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 10)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300121

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 11. O CTSPN poderá convidar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, de movimentos sociais, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ou pertinente ao cumprimento de suas competências. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 11)

Art. 12. O plenário do CTSPN poderá deliberar sobre a instituição de comissões especiais de trabalho com o propósito de elaborar estudos, obter informações ou firmar posicionamentos acerca de temas relevantes, bem como acompanhar encaminhamentos específicos de interesse do CTSPN visando assegurar a efetividade no cumprimento de suas atribuições. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 12)

Art. 13. Os produtos e resultados da atuação do CTSPN serão devidamente divulgados em cumprimento ao princípio da publicidade com obrigatoriedade de menção da autoria coletiva. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 13)

Art. 14. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento Interno serão solucionados pelo Plenário do CTSPN. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 14)

Anexo XX

Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA). (Origem: PRT MS/GM 2866/2011)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), com o objetivo de promover a saúde das populações do campo, da floresta e das águas por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça, cor, etnia e orientação sexual, visando ao acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS

Art. 2º Para os fins da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), considera-se: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º)

I - agricultura camponesa: aquela que considera as diferentes identidades socioculturais das diversas comunidades, bem como os saberes tradicionais, a partir da sua relação com a natureza, nos territórios que habitam e usam, visando à produção para o autosustento e a comercialização de excedentes; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, I)

II - agricultura familiar: aquela que atende aos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II)

a) não deter, a qualquer título, área maior do que 4 (quatro) módulos fiscais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II, a)

b) utilizar predominantemente mão-de-obra da própria família nas atividades econômicas do seu estabelecimento ou empreendimento; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II, b)

c) ter renda familiar predominantemente originada de atividades econômicas vinculadas ao próprio estabelecimento ou empreendimento; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II, c)

d) dirigir seu estabelecimento ou empreendimento com sua família, sendo que incluem-se nesta categoria silvicultores, aquicultores, extrativistas e pescadores que preencham os requisitos previstos nas alíneas "b", "c" e "d" deste inciso; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II, d)

III - assalariados e assalariadas rurais: trabalhadores e trabalhadoras com vínculo empregatício na agropecuária, em regime de trabalho permanente, safrista ou temporário, com ou sem Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) assinada, considerando-se que residem majoritariamente nas periferias das cidades pequenas e médias, sendo que parcela considerável desses trabalhadores migra entre as cidades e mesmo entre estados, de acordo com a sazonalidade das culturas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, III)

IV - camponeses e camponesas: aqueles e aquelas que, a partir de seus saberes e relação com a natureza, nos territórios que habitam e usam, visam à produção para o autosustento e a comercialização de excedentes; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, IV)

V - descentralização: processo de autonomia das esferas de gestão estaduais, distrital e municipais, com redefinição dos papéis e responsabilidades em sua relação com a esfera federal; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, V)

VI - direitos reprodutivos: direitos básicos de todo casal e indivíduo de ter informação e meios de decidir livre e responsavelmente sobre a oportunidade e as condições de ter ou não filhos; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, VI)

VII - direitos sexuais: direitos de cada pessoa desfrutar de uma vida sexual com prazer e livre de discriminação; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, VII)

VIII - diversidade: princípio que respeita as diferenças legitimadas por fundamentos éticos gerados na convivência democrática dos sujeitos e grupos sociais. A biodiversidade está associada à sociodiversidade e à diversidade cultural; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, VIII)

IX - equidade: promoção do direito à igualdade como princípio da justiça redistributiva e implica reconhecer necessidades especiais e dar-lhes tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso individual e coletivo; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, IX)

X - extrativismo: todas as atividades de coleta de produtos naturais, sejam animais, vegetais ou minerais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, X)

XI - extrativistas: pessoas e comunidades, com suas especificidades culturais, cuja produção de riquezas para o seu desenvolvimento tem por base a coleta de produtos de fontes naturais, como as matas, capoeiras, rios, igarapés, lagos, várzeas, manguezais, igapós, praias oceânicas e alto-mar, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XI)

XII - florestania: sentimento de pertencer à floresta e ser responsável pela sua conservação; conjunto de valores éticos, conceitos e comportamentos apreendidos na convivência com a floresta; direitos dos seres vivos habitantes da floresta, direitos da floresta compreendida como um ser vivo; noção equivalente à de cidadania, porém aplicada às populações da floresta; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XII)

XIII - integralidade: princípio fundamental do SUS que considera os sujeitos em sua indivisibilidade biopsicossocial e as comunidades humanas em sua relação com o ambiente, garantindo as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XIII)

XIV - intersetorialidade/transversalidade: abordagem de promoção da saúde, com base na articulação entre as políticas públicas e as práticas de gestão dos diversos setores do Estado, compartilhando ações e orçamento; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XIV)

XV - parceria: articulação de redes de solidariedade entre atores governamentais e não governamentais para integração e desenvolvimento de políticas públicas promotoras de equidade; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XV)

XVI - populações do campo, da floresta e das águas: povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais; dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XVI) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

XVII - povos e comunidades tradicionais: grupos culturalmente diferenciados que se reconhecem como tradicionais, possuem formas próprias de organização social e ocupam e utilizam territórios e recursos naturais como condição para sua produção e reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos e inovações práticas gerados e transmitidos pela tradição; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XVII)

XVIII - regiões de saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XVIII)

XIX - regionalização: princípio organizativo do SUS que garante acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal, orientando-se pelos modos de territorialização das populações; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XIX)

XX - reserva extrativista: unidade de conservação de uso sustentável, habitada por populações que utilizam os recursos naturais como meios de produção e renda familiar em manejo; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XX)

XXI - sustentabilidade: organização da sociedade e manejo dos recursos estratégicos, com garantia da continuidade e diversidade da vida, articulando as dimensões ambientais, econômicas, sociais, políticas e culturais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXI)

XXII - sustentabilidade econômica: capacidade de geração de riqueza superior às necessidades; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXII)

XXIII - sustentabilidade social: forma de organização social caracterizada pela participação equânime na produção e distribuição da riqueza, em suas dimensões econômica, cultural, entre outras; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXIII)

XXIV - sustentabilidade política: condição das instituições e organizações políticas, baseada no seu fortalecimento e funcionamento democrático; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXIV)

XXV - sustentabilidade cultural: adequação dos processos sociopolíticos e econômicos aos costumes, valores e linguagem das comunidades; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXV)

XXVI - sustentabilidade ambiental: modo de aproveitamento dos bens naturais e serviços com geração de benefícios sociais e econômicos, sem comprometer a conservação dos ecossistemas para as futuras gerações; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXVI)

XXVII - território: espaço que possui tecido social, trama complexa de relações com raízes históricas e culturais, configurações políticas e identidades, cujos sujeitos sociais podem protagonizar um compromisso para o desenvolvimento local sustentável; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXVII)

XXVIII - trabalho escravo: exploração e apropriação do trabalho humano pela força e privação da liberdade; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXVIII)

XXIX - universalidade: princípio que orienta as políticas públicas dos governos para a garantia do acesso aos serviços por elas prestados a todos, sem distinção; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXIX)

XXX - violência no campo e na floresta: conflitos de interesses que geram, de forma sutil ou explícita, agravos, lesões e privação da vida, da liberdade, da cultura, do acesso à terra e aos direitos civis, políticos, sociais e ambientais. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXX)

Art. 3º A PNSIPCFA tem os seguintes objetivos específicos: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

I - garantir o acesso aos serviços de saúde com resolutividade, qualidade e humanização, incluindo as ações de atenção, as especializadas de média e alta complexidade e as de urgência e de emergência, de acordo com as necessidades e demandas apontadas pelo perfil epidemiológico da população atendida; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, I)

II - contribuir para a redução das vulnerabilidades em saúde das populações do campo e da floresta, desenvolvendo ações integrais voltadas para a saúde do idoso, da mulher, da pessoa com deficiência, da criança e do adolescente, do homem e do trabalhador, considerando a saúde sexual e reprodutiva, bem como a violência sexual e doméstica; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, II)

III - reduzir os acidentes e agravos relacionados aos processos de trabalho no campo e na floresta, particularmente o adoecimento decorrente do uso de agrotóxicos e mercúrio, o advindo do risco ergonômico do trabalho no campo e na floresta e da exposição contínua aos raios ultravioleta; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, III)

IV - contribuir para a melhoria da qualidade de vida das populações do campo e da floresta, incluindo articulações intersetoriais para promover a saúde, envolvendo ações de saneamento e meio ambiente, especialmente para a redução de riscos sobre a saúde humana; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, IV)

V - reconhecer e valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde das populações do campo e da floresta, respeitando suas especificidades; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, V)

VI - promover planejamentos participativos capazes de identificar as demandas de saúde das populações do campo e da floresta e definir metas, estratégias e ações específicas para sua atenção; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, VI)

VII - incluir no processo de educação permanente dos trabalhadores de saúde as temáticas e os conteúdos relacionados às necessidades, demandas e especificidades das populações do campo e da floresta, considerando a interculturalidade na atenção aos povos e comunidades tradicionais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, VII)

VIII - apoiar processos de educação e informação das populações do campo e da floresta sobre o direito à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, VIII)

IX - apoiar a expansão da participação das representações dessas populações nos Conselhos de Saúde estaduais, distrital e municipais e em outros espaços de gestão participativa; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, IX)

X - promover mecanismos de informação e comunicação, de acordo com a diversidade e as especificidades socioculturais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, X)

XI - incentivar a pesquisa e a produção de conhecimento sobre os riscos, a qualidade de vida e a saúde das populações do campo e da floresta, respeitando as especificidades de geração, raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, XI)

XII - promover o fortalecimento e a ampliação do sistema público de vigilância em saúde, do monitoramento e da avaliação tecnológica sobre os agravos à saúde decorrentes do uso de agrotóxicos e transgênicos. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, XII)

Art. 4º Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observados os seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º)

I - saúde como direito universal e social; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, I)

II - inclusão social, com garantia do acesso às ações e serviços do SUS, da promoção da integralidade da saúde e da atenção às especificidades de geração, raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual das populações do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

III - transversalidade como estratégia política e a intersetorialidade como prática de gestão norteadoras da execução das ações e serviços de saúde voltados às populações do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IV - formação e educação permanente em saúde, considerando as necessidades e demandas das populações do campo, da floresta e das águas, com valorização da educação em saúde, articulada com a educação fundamental e técnica; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

V - valorização de práticas e conhecimentos tradicionais, com a promoção do reconhecimento da dimensão subjetiva, coletiva e social dessas práticas e a produção e reprodução de saberes das populações tradicionais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, V)

VI - promoção de ambientes saudáveis, contribuindo para a defesa da biodiversidade e do respeito ao território na perspectiva da sustentabilidade ambiental; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, VI)

VII - apoio à produção sustentável e solidária, com reconhecimento da agricultura familiar camponesa e do extrativismo, considerando todos os sujeitos do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VIII - participação social com estímulo e qualificação da participação e intervenção dos sujeitos do campo, da floresta e das águas, nas instâncias de controle social em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, VIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IX - informação e comunicação em saúde considerando a diversidade cultural do campo, da floresta e das águas, para a produção de ferramentas de comunicação; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, IX) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

X - produção de conhecimentos científicos e tecnológicos como aporte à implementação da PNSIPCFA. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, X) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

Art. 5º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º)

I - garantir a implementação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

II - promover a inclusão no Plano Nacional de Saúde das metas e prioridades para a organização das ações de saúde para as populações do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

III - apoiar a implementação da PNSIPCFA nos estados, Distrito Federal e municípios; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IV - incentivar o desenvolvimento das ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde das populações do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

V - incentivar e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais, voltadas para as especificidades de saúde das populações do campo, da floresta e das águas, com base em perspectivas educacionais críticas e participativas no direito à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VI - prestar apoio e cooperação técnica no desenvolvimento de ações da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, VI) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VII - fortalecer a intersetorialidade, mediante articulação com órgãos e entidades governamentais e não governamentais, para o estabelecimento de metas e prioridades referentes às ações transversais prioritárias para a saúde das populações do campo, da floresta e das águas, com especial articulação com os Ministérios do Desenvolvimento Social e Agrário, da Defesa, do Trabalho, do Meio Ambiente, da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, e da Educação, com as Secretarias Especiais de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, com o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária e o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VIII - consolidar, analisar e divulgar os dados estratificados sobre essas populações, considerando os aspectos de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, e inserir informações em saúde nos subsistemas sob responsabilidade do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, VIII)

IX - estabelecer instrumentos e indicadores para acompanhamento, monitoramento e avaliação da PNSIPCFA; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, IX) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

X - fortalecer parcerias com organismos nacionais, internacionais, governamentais e não governamentais e sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de saúde para as populações do campo, da floresta e das águas. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, X) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

Art. 6º Compete aos Estados: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º)

I - promover a implementação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

II - promover a inclusão da PNSIPCFA no Plano Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

III - incentivar a criação de espaços (comitês, áreas técnicas, grupo de trabalho, entre outros) de promoção da equidade para implementação da PNSIPCFA de forma participativa; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IV - produzir dados estratificados sobre as populações do campo, da floresta e das águas e manter atualizados os sistemas nacionais de informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

V - estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VI - desenvolver e apoiar ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, VI)

VII - desenvolver e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações, com base em perspectivas educacionais críticas e no direito à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, VII)

VIII - prestar apoio e cooperação técnica aos municípios; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, VIII)

IX - viabilizar parcerias no setor público e privado para fortalecer as ações de saúde para essas populações. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, IX)

Art. 7º Compete aos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º)

I - promover a implementação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

II - promover a inclusão da PNSIPCFA no Plano Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

III - promover a criação de espaços (comitês, áreas técnicas, grupo de trabalho, entre outros) de promoção da equidade para implementação da PNSIPCFA de forma participativa; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IV - produzir dados estratificados sobre as populações do campo, da floresta e das águas e manter atualizados os sistemas nacionais de informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

V - estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VI - viabilizar parcerias no setor público e privado com o objetivo de fortalecer as ações de saúde para essas populações; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, VI)

VII - desenvolver ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, VII)

VIII - promover ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações, com base em perspectivas educacionais críticas e no direito à saúde. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, VIII)

Art. 8º À Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) compete articular, no âmbito do Ministério da Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas, que se fizerem necessários à implementação da PNSIPCFA.(Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 8º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

CAPÍTULO II

DO GRUPO DA TERRA

Art. 9º Este Capítulo define a composição e as atribuições do Grupo da Terra no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 1º)

Art. 10. Compete ao Grupo da Terra: (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º)

I - participar da formulação, do monitoramento e da avaliação das ações referentes à implantação e implementação da PNSIPCF, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com o objetivo de garantir a equidade na atenção à saúde para esses segmentos sociais; (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º, I)

II - articular e monitorar a implementação das ações decorrentes dos acordos oriundos das pautas de reivindicações negociadas entre o Ministério da Saúde e os movimentos sociais organizados do campo e da floresta; (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º, II)

III - participar das iniciativas intersetoriais relacionadas à saúde das Populações do Campo e da Floresta; e (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º, III)

IV - integrar saberes técnico-políticos provenientes de pesquisas e debates com os movimentos sociais para ampliar o conhecimento sobre a situação de saúde das Populações do Campo e da Floresta. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º, IV)

Art. 11. O Grupo da Terra será composto por representantes dos seguintes órgãos, entidades e movimentos sociais organizados: (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º)

I - 2 (dois) representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, I)

II - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, II)

III - 3 (três) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, III)

IV - 2 (dois) representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, IV)

V - 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, V)

VI - 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, VI)

VII - 1 (um) representante da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, VII)

VIII - 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, IX)

X - 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, X)

XI - 1 (um) representante da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XI)

XII - 1 (um) representante da Comissão Pastoral da Terra (CPT); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XII)

XIII - 1 (um) representante da Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XIII)

XIV - 1 (um) representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XIV)

XV - 1 (um) representante do Conselho Nacional das Populações Extrativistas (CNS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XV)

XVI - 1 (um) representante da Federação dos Trabalhadores na Agricultura Familiar (FETRAF); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XVI)

XVII - 1 (um) representante do Movimento dos Atingidos por Barragens/Brasil (MAB); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XVII)

XVIII - 1 (um) representante do Movimento de Luta pela Terra (MLT); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XVIII)

XIX - 1 (uma) representante do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XIX)

XX - 1 (um) representante do Movimento Nacional dos Pescadores (MONAPE); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XX)

XXI - 1 (um) representante do Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXI)

XXII - 1 (um) representante do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXII)

XXIII - 1 (uma) representante das Mulheres Trabalhadoras Rurais - Movimento das Margaridas (MTRMM); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXIII)

XXIV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXIV)

XXV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); e (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXV)

XXVI - 1 (um) representante do Departamento de Estudos Socioeconômicos Rurais (DESER). (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXVI)

§ 1º O Grupo da Terra será coordenado por um dos representantes da SGEP/MS. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Cada representante terá um suplente. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Um dos representantes da SAS/MS será do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, § 3º)

§ 4º Os representantes serão indicados pelos respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Grupo da Terra. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, § 4º)

Art. 12. O Grupo da Terra poderá convidar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º)

Parágrafo Único. Serão convidados preferencialmente representantes dos seguintes órgãos, entidades e movimentos sociais organizados: (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único)

I - Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário; (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, I)

II - Ministério da Educação (MEC); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, II)

III - Ministério do Meio Ambiente (MMA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, III)

IV - Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, IV)

V - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, V)

VI - Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM-PR); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, VI)

VII - Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR-PR); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, VII)

VIII - Movimento Interestadual das Quebradeiras de Coco Babaçu (MIQCB); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, VIII)

IX - Movimento da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste (MMTR-NE); e (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, IX)

X - Federação dos Pescadores do Estado de Alagoas (FEPEAL). (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, X)

Art. 13. O Grupo da Terra reunir-se-á 3 (três) vezes ao ano, ordinariamente, com possibilidade de convocação, se necessário, de reuniões extraordinárias pela Coordenação. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 5º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300123

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Parágrafo Único. Os representantes dos órgãos do Ministério da Saúde no Grupo da Terra realizarão reuniões preparatórias para a organização das atividades do Grupo. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 14. Caberá ao Grupo da Terra a elaboração de seu Regimento Interno, a ser aprovado por ato do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 6º)

Art. 15. As funções dos membros e dos convidados no âmbito do Grupo da Terra não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 7º)

Anexo XXI

Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Origem: PRT MS/GM 2836/2011)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS, com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

Art. 2º A Política Nacional de Saúde Integral LGBT tem os seguintes objetivos específicos: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º)

I - instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, I)

II - ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, II)

III - qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, III)

IV - qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, IV)

V - monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, V)

VI - garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados, na forma do Anexo 1; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, VI)

VII - promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, VII)

VIII - reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, VIII)

IX - definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, IX)

X - oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que façam parte da população LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, X)

XI - oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XI)

XII - prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XII)

XIII - prevenir novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XIII)

XIV - garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XIV)

XV - buscar no âmbito da saúde suplementar a garantia da extensão da cobertura dos planos e seguros privados de saúde ao cônjuge dependente para casais de lésbicas, gays e bissexuais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XV)

XVI - atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XVI)

XVII - garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XVII)

XVIII - fortalecer a participação de representações da população LGBT nos Conselhos e Conferências de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XVIII)

XIX - promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XIX)

XX - reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XX)

XXI - incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XXI)

XXII - incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XXII)

XXIII - promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XXIII)

XXIV - realizar estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBT. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XXIV)

Art. 3º Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observadas as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º)

I - respeito aos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, I)

II - contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, II)

III - inclusão da diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça-etnia e território; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, III)

IV - eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram a violência contra a população LGBT no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, IV)

V - implementação de ações, serviços e procedimentos no SUS, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica relativos às pessoas transexuais e travestis; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, V)

VI - difusão das informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, VI)

VII - inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, VII)

VIII - produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, VIII)

IX - fortalecimento da representação do movimento social organizado da população LGBT nos Conselhos de Saúde, Conferências e demais instâncias de participação social. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, IX)

Art. 4º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º)

I - apoiar, técnica e politicamente, a implantação e implementação das ações da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos estados e municípios; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, I)

II - conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT); (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, II)

III - distribuir e apoiar a divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde nos serviços de saúde, garantindo o respeito ao uso do nome social; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, III)

IV - definir estratégias de serviços para a garantia dos direitos reprodutivos da população LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, IV)

V - articular junto às Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais para a definição de estratégias que promovam a atenção e o cuidado especial com adolescentes lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, garantindo sua saúde mental, assim como acolhimento e apoio; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, V)

VI - articular junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais para a definição de estratégias que ofereçam atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação carcerária, conforme diretrizes do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, VI)

VII - promover, juntamente com as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, a inclusão de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação de violência doméstica, sexual e social nas redes integradas do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, VII)

VIII - elaborar protocolos clínicos acerca do uso de hormônios, implante de próteses de silicone para travestis e transexuais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, VIII)

IX - elaborar protocolo clínico para atendimento das demandas por mastectomia e histerectomia em transexuais masculinos, como procedimentos a serem oferecidos nos serviços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, IX)

X - incluir os quesitos de orientação sexual e de identidade de gênero, assim como os quesitos de raça-cor, nos prontuários clínicos, nos documentos de notificação de violência da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e nos demais documentos de identificação e notificação do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, X)

XI - promover, junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais, ações de vigilância, prevenção e atenção à saúde nos casos de violência contra a população LGBT, de acordo com o preconizado pelo Sistema Nacional de Notificação Compulsória de Agravos; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XI)

XII - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XII)

XIII - promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XIII)

XIV - fomentar a realização de estudos e pesquisas voltados para a população LGBT, incluindo recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XIV)

XV - apoiar os movimentos sociais organizados da população LGBT para a atuação e a conscientização sobre seu direito à saúde e a importância da defesa do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XV)

XVI - disseminar o conteúdo desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT entre os integrantes dos Conselhos de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XVI)

Art. 5º Compete aos Estados: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º)

I - definir estratégias e plano de ação para implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito estadual; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, I)

II - conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT na Comissão Intergestores Bipartite (CIB); (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, II)

III - coordenar, monitorar e avaliar a implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT, na esfera estadual, garantindo apoio técnico aos municípios; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, III)

IV - promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos Planos Estaduais de Saúde e nos respectivos Planos Plurianuais (PPAs); (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, IV)

V - planejar, implementar e avaliar as iniciativas para a saúde integral da população LGBT, nos moldes desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, V)

VI - incentivar a criação de espaços de promoção da equidade em saúde nos estados e municípios; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, VI)

VII - promover ações intersetoriais da saúde integral da população LGBT, por meio da inclusão social e da eliminação da discriminação, incluindo os recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, VII)

VIII - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, VIII)

IX - promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, IX)

X - estimular a representação da população LGBT nos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde e nas Conferências de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, X)

Art. 6º Compete aos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º)

I - implementar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Município, incluindo metas de acordo com seus objetivos; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, I)

II - identificar as necessidades de saúde da população LGBT no Município; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, II)

III - promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, III)

IV - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação de gestão e do impacto da implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, IV)

V - articular com outros setores de políticas sociais, incluindo instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de melhoria das condições de vida da população LGBT, em conformidade com esta Política Nacional de Saúde Integral LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, V)

VI - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, VI)

VII - implantar práticas educativas na rede de serviço do SUS para melhorar a visibilidade e o respeito a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, VII)

VIII - apoiar a participação social de movimentos sociais organizados da população LGBT nos Conselhos Municipais de Saúde, nas Conferências de Saúde e em todos os processos participativos. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, VIII)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300124

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 7º Ao Distrito Federal compete os direitos e obrigações reservadas aos estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 7º)

Art. 8º Cabe à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) articular no âmbito do Ministério Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessários à implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT.(Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 8º)

CAPÍTULO II

DO COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (COMITÊ TÉCNICO LGBT)

Art. 9º Este Capítulo define o Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Comitê Técnico LGBT). (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 1º)

Art. 10. Compete ao Comitê Técnico LGBT: (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º)

I - acompanhar e monitorar a implantação e a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), com vistas a garantir a equidade na atenção à saúde para esses grupos populacionais; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, I)

II - apresentar subsídios técnicos e políticos para apoiar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no que tange à promoção, prevenção e atenção à saúde destes grupos populacionais; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, II)

III - contribuir para a pactuação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos diversos órgãos e entidades integrantes do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, III)

IV - contribuir para a produção de conhecimento sobre a saúde LGBT e o fortalecimento da participação de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nas instâncias de controle social no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, IV)

V - participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT). (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, V)

Art. 11. O Comitê Técnico LGBT será composto de 25 (vinte e cinco) integrantes, assim distribuídos: (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º)

I - 2 (dois) representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), prioritariamente das áreas de apoio à gestão participativa e de articulação interfederativa; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, I)

II - 4 (quatro) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), prioritariamente das áreas relativas à saúde da mulher, saúde do homem, atenção básica e média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, II)

III - 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), prioritariamente da área de ciência e tecnologia; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, III)

IV - 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS), prioritariamente da área de gestão da educação na saúde; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, IV)

V - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), prioritariamente da área relativa às DST/AIDS e Hepatites Virais; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, V)

VI - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, VI)

VII - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, VII)

VIII - 2 (dois) representantes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), prioritariamente do segmento LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, VIII)

IX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD-LGBT/SDH/PR), prioritariamente do segmento LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, IX)

X - 1 (um) representante da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, X)

XI - 1 (um) representante da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, XI)

XII - 1 (um) representante da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR/PR); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, XII)

XIII - 1 (um) representante do Fórum Nacional das Gestoras e Gestores Estaduais e Municipais das Políticas Públicas para a População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (FONGES-LGBT); e (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, XIII)

XIV - 7 (sete) representantes da sociedade civil de notório saber, com conhecimento e atuação na saúde de LGBT. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, XIV)

§ 1º A coordenação do Comitê Técnico LGTB e a respectiva suplência serão exercidas pelos representantes da SGEP/MS, conforme indicação do respectivo Secretário. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os integrantes do Comitê Técnico LGBT serão indicados pelos respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Caberá à Coordenação do Comitê Técnico LGBT a indicação dos representantes da sociedade civil de notório saber, após consulta junto ao movimento social LGBT. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, § 3º)

§ 4º O Comitê Técnico LGBT poderá convidar servidores dos órgãos do Ministério da Saúde e das entidades a ele vinculadas, de outros órgãos e entidades da Administração Pública Federal, de entidades não governamentais, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, § 4º)

Art. 12. O funcionamento do Comitê Técnico LGBT observará agenda pactuada com seus representantes. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 4º)

Art. 13. Caberá à SGEP/MS fornecer o apoio técnico e administrativo para o funcionamento do Comitê Técnico LGBT. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 5º)

Art. 14. As funções dos membros do Comitê Técnico LGBT não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 6º)

Anexo 1 do Anexo XXI

Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) (Origem: PRT MS/GM 2803/2013)

Art. 1º Fica redefinido e ampliado o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 1º)

Art. 2º São diretrizes de assistência ao usuário(a) com demanda para realização do Processo Transexualizador no SUS: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º)

I - integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas; (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º, I)

II - trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º, II)

III - integração com as ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, tendo como porta de entrada a Atenção Básica em saúde, incluindo-se acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários e usuárias da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, em todos os níveis de atenção. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. Compreendem-se como usuários ou usuárias com demanda para o Processo Transexualizador os(as) transexuais e travestis. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 3º A linha de cuidado da atenção aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador é estruturada pelos seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 3º)

I - Atenção Básica: é o componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS) responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade, adstrita, além de ser a porta de entrada prioritária do usuário na rede; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 3º, I)

II - Atenção Especializada: é um conjunto de diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da atenção básica de forma resolutiva e em tempo oportuno. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 3º, II)

Art. 4º A integralidade do cuidado aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador no Componente Atenção Básica será garantida pelo: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 4º)

I - acolhimento com humanização e respeito ao uso do nome social; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 4º, I)

II - encaminhamento regulado ao Serviço de Atenção Especializado no Processo Transexualizador. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 4º, II)

Art. 5º Para garantir a integralidade do cuidado aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador no Componente Atenção Especializada, serão definidas as seguintes modalidades: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 5º)

I - Modalidade Ambulatorial: consiste nas ações de âmbito ambulatorial, quais sejam acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia, destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador no SUS e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados conforme descrito no Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI ; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 5º, I)

II - Modalidade Hospitalar: consiste nas ações de âmbito hospitalar, quais sejam realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório, destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador no SUS e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados conforme descrito no Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI . (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 5º, II)

Art. 6º A RAS é responsável pela integralidade do cuidado ao transexual e travesti no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 6º)

Art. 7º Fica definido que, para fins de habilitação no Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador, os gestores de saúde interessados deverão cumprir as Normas de Habilitação previstas no Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI , conforme modalidade assistencial ambulatorial e/ou hospitalar do estabelecimento de saúde a ser habilitado, e encaminhar à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 7º)

I - documento que comprove aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, quando for o caso, no Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) sobre o Processo Transexualizador no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 7º, I)

II - formulário de vistoria, devidamente assinado pelo gestor de saúde, para habilitação do estabelecimento de saúde no Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme Anexo B do Anexo 1 do Anexo XXI , seja para modalidade ambulatorial e/ou hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 7º, II)

Art. 8º Ficam incluídas na Tabela de Habilitações do SCNES as seguintes habilitações referentes ao Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 8º)

I - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Acompanhamento Clínico, Pré e Pós-Operatório e Hormonioterapia, sob o código 30.02; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 8º, I)

II - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Cirurgias e Acompanhamento Pré e Pós-Operatório, sob o código 30.03. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 8º, II)

Art. 9º Os estabelecimentos habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme Código 30.01, até a presente data, nos termos do anexo IV da Portaria nº 457/SAS/MS, de 19 de agosto de 2008, continuam habilitados e deverão se adequar às novas habilitações conforme descrito nos arts. 3º, 4º, 5º, 6º, 7º e 8º do Anexo 1 do Anexo XXI , sob pena de revogação da referida habilitação pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 9º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2736/2014)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos descritos no Anexo C do Anexo 1 do Anexo XXI mantêm-se habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, e terão que se adequar, conforme descrito no "caput" deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 9º, Parágrafo Único) (com redação dada pela PRT MS/GM 2736/2014)

Art. 10. Os procedimentos da modalidade ambulatorial e hospitalar serão realizados exclusivamente nos estabelecimentos de saúde habilitados nos Códigos 30.01, 30.02, 30.03 respectivamente. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 10)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos de saúde serão habilitados considerando os arts. 3º, 4º, 5º, 6º, 7º e 8º do Anexo 1 do Anexo XXI para realização do Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador, seja na modalidade ambulatorial e/ou hospitalar, desde que cumpridas as exigências estabelecidas neste Anexo e: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 10, Parágrafo Único)

I - para habilitação no Código 30.02, cumprir as exigências do Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI e encaminhar formulário de vistoria do Anexo B do Anexo 1 do Anexo XXI , ambos da modalidade ambulatorial; (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 10, Parágrafo Único, I)

II - para habilitação no Código 30.03, cumprir as exigências do Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI e encaminhar formulário de vistoria do Anexo B do Anexo 1 do Anexo XXI , ambos da modalidade hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 10, Parágrafo Único, II)

III - para habilitação nos Códigos 30.02 e 30.03, cumprir as exigências do Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI e encaminhar formulário de vistoria do Anexo B do Anexo 1 do Anexo XXI , ambos das modalidades ambulatorial e hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 10, Parágrafo Único, III)

Art. 11. Os estabelecimentos de saúde autorizados a prestarem assistência a transexuais e travestis no âmbito do SUS submeter-se-ão à regulação, controle e avaliação dos seus respectivos gestores de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 11)

Art. 12. Acesso aos procedimentos cirúrgicos de que trata Processo Transexualizador no SUS, quando houver ausência ou insuficiência do recurso assistencial no Estado de origem, deve ser objeto de pactuação entre os estados solicitantes e executantes, submetidos à regulação de seus respectivos gestores de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 12) (com redação dada pela PRT MS/GM 807/2017)

Art. 13. O SUS realizará, em caráter experimental, os procedimentos de vaginectomia e neofaloplastia com implante de próteses penianas e testiculares, clitoroplastia e cirurgia de cordas vocais em pacientes em readequação para o fenótipo masculino, nos termos da Resolução nº 1.955, de 3 de setembro de 2010, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652 de 2002. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 15)

Parágrafo Único. Os procedimentos descritos no "caput" somente poderão ser realizados em estabelecimentos definidos como hospitais de ensino, habilitados para realização da Atenção Especializada no Processo Transexualizador, bem como a partir da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo paciente.(Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 14. Os procedimentos descritos neste Anexo poderão ser realizados somente nos estabelecimentos de saúde habilitados pelo Ministério da Saúde para prestar Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme normas de habilitação estabelecidas nos Anexos A, B, C, D e E do Anexo 1 do Anexo XXI .(Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 16)

Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI

Normas de habilitação para a atenção especializada no processo transexualizador (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 1)

NORMAS DE HABILITAÇÃO PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

1. NORMAS DE HABILITAÇÃO PARA A MODALIDADE AMBULATORIAL

1.1. A Modalidade Ambulatorial consiste nas ações de âmbito ambulatorial (acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e Hormonioterapia) destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador definidas nesta Portaria e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados conforme descrito abaixo.

1.2. Planejamento/Distribuição dos Estabelecimentos

As Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, devem estabelecer um planejamento regional hierarquizado para estruturar a atenção integral aos usuários(as) com indicação para a realização do Processo Transexualizador.

1.3. Processo de Habilitação

Entende-se por habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial, o ato do Gestor Federal de ratificar o credenciamento realizado pelos Gestores Estaduais e Municipais ou do Distrito Federal, em conformidade com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

O processo de habilitação, ao ser formalizado pelo respectivo Gestor do SUS, deverá ser instruído com:

a. Documento que comprove aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, quando for o caso, no Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) sobre o Processo Transexualizador, conforme definidos nesta Portaria; e

b. Formulário de vistoria, devidamente assinado pelo gestor, para habilitação do estabelecimento de saúde na Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme Anexo II a esta Portaria, para modalidade ambulatorial.

1.4. O Ministério da Saúde avaliará o formulário de vistoria do Anexo II desta Portaria encaminhado pela Secretaria de Estado da Saúde, podendo proceder a vistoria "in loco" para conceder a habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial.

1.5. Caso a avaliação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) tomará as providências para a publicação da habilitação.

1.6 O Registro das Informações do Paciente do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador modalidade ambulatorial - deve possuir um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente.

Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico, contendo as seguintes informações:

a. Identificação (nome social e nome de registro);

b. Anamnese;

c. Avaliação multiprofissional e interdisciplinar

d. Evolução;

e. Prescrição;

f. Exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade ambulatorial; e

g. Sumário de alta e outros documentos tais como Consentimento Livre e Esclarecido e normativos definidos nesta Portaria.

1.7. Estrutura Assistencial

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - deverá promover a atenção especializada referente aos procedimentos no processo Transexualizador definidos nesta portaria (acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e Hormonioterapia) de forma a oferecer assistência integral, através de:

a. Diagnóstico e tratamento clínico no processo transexualizador;

b. Atendimento da modalidade ambulatorial em atenção especializada dos usuários(as) com demanda para o Processo Transexualizador, por meio de equipe multiprofissional;

c. acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e Hormonioterapia

d. garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade ambulatorial

1.8. Recursos Humanos

Responsável Técnico: O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - deve contar com um responsável técnico, de qualquer área da saúde, com nível superior e experiência comprovada na área do Processo Transexualizador. O Responsável Técnico do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - só poderá assumir a responsabilidade técnica por um único Estabelecimento habilitado em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - pelo SUS, devendo residir no mesmo município ou cidade circunvizinha.

Equipe de Referência: O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador- modalidade ambulatorial - deverá contar com no mínimo: 1 psiquiatra ou 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 endocrinologista ou 1 clínico geral e 1 enfermeiro.

Os profissionais da área médica deverão possuir títulos de especialista emitidos pelo Conselho Regional de Medicina.

1.9. As instalações Físicas:

As instalações físicas do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - deverão possuir Alvará de Funcionamento e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

a. Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

b. Resolução - RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002, que altera a Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

c. Resolução - RDC nº 306 de 06 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde;

1.10. Materiais e Equipamentos:

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários para o atendimento na modalidade ambulatorial no processo transexualizador, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos usuários(as).

1.11. Manutenção da Habilitação:

A manutenção da habilitação estará condicionada:

a. Ao cumprimento continuado pelo serviço das normas estabelecidas nesta Portaria;

b. O Departamento de Atenção Especializada e Temática/SAS/MS, por meio da Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade, poderá suspender a habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial, em caso de descumprimento das exigências contidas nesta Portaria.

c. Compete ao Gestor solicitante da habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - seu monitoramento, avaliação e controle, bem como sua fiscalização local;

d. O gestor local poderá solicitar ao Departamento de Atenção Especializada e Temática da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade, a suspensão da habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial.

2. NORMAS DE HABILITAÇÃO PARA A MODALIDADE HOSPITALAR

2.1. A Modalidade Hospitalar consiste nas ações de âmbito hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório) destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador definidas nesta Portaria e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES, que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados, conforme descrito abaixo.

2.2. Planejamento/Distribuição dos Estabelecimentos: as Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal devem estabelecer um planejamento regional hierarquizado para formar a rede de atenção integral aos usuários(as) com indicação para a realização do Processo Transexualizador.

2.3. Processo de Habilitação

Entende-se por habilitação em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - o ato do Gestor Federal de ratificar o credenciamento realizado pelos Gestores Estaduais e Municipais e do Distrito Federal em conformidade com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

O processo de habilitação, ao ser formalizado pelo respectivo Gestor do SUS, deverá ser instruído com:

a. Documento que comprove aprovação na CIB ou, quando for o caso, no Colegiado de Gestão da CGSES/DF sobre o Processo Transexualizador, conforme definidos nesta Portaria, e

b. Formulário de vistoria, devidamente assinado pelo gestor, para habilitação do estabelecimento de saúde na Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme Anexo II a esta Portaria, para modalidade hospitalar.

2.4. O Ministério da Saúde avaliará o formulário de vistoria do Anexo II dessa portaria encaminhado pela Secretaria de Estado da Saúde, podendo proceder a vistoria "in loco" para conceder a habilitação do estabelecimento de saúde em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar.

2.5. Caso a avaliação seja favorável, a SAS tomará as providências para a publicação da habilitação.

2.6. O Registro das Informações do Paciente do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deve possuir um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico, contendo as seguintes informações:

a. Identificação (nome social e nome de registro);

b. Anamnese;

c. Avaliação multiprofissional e interdisciplinar

d. Evolução;

e. Prescrição;

f. Exames; e

g. Sumário de alta; e outros documentos tais como: Consentimento Livre e Esclarecido e normativos definidos nesta Portaria.

Outros registros a constarem nos prontuários, tais como: descrição de cirurgia, fichas de infecção e acompanhamento ambulatorial.

2.7. Estrutura Assistencial

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - será referência para a atenção de pacientes regulados e encaminhados com relatório médico detalhado de necessidade de procedimentos da modalidade hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório), onde constará todo o processo de acompanhamento prévio do paciente.

Caberá ao Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - as avaliações e indicações cirúrgicas, devendo o mesmo realizar os exames pré e pós-operatório.

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deve oferecer assistência especializada e integral, por ações diagnósticas e terapêuticas

a) Diagnóstico e tratamento clínico e cirúrgico do processo transexualizador;

b) Atendimento na modalidade hospitalar, incluindo procedimentos cirúrgicos, dos usuários(as) com demanda para o Processo Transexualizador, por meio de equipe multiprofissional;

c) Exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador-modalidade hospitalar;

2.8. Recursos Humanos

Responsável Técnico: O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deve contar com um responsável técnico pelo serviço de cirurgia, médico com título de especialista em uma das seguintes especialidades:

Urologia ou Ginecologia ou Cirurgia Plástica e comprovada por certificado de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC) ou título de especialista registrado no Conselho Regional de Medicina;

O Responsável Técnico do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - só poderá assumir a responsabilidade técnica por um único estabelecimento habilitado em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - pelo SUS, devendo residir no mesmo município ou cidade circunvizinha.

A equipe cirúrgica deve contar com profissionais capacitados no Processo Transexualizador, garantindo a intervenção de forma articulada nas intercorrências cirúrgicas e clínicas do pré e pós-operatório.

Equipe de Referência: O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deverá contar com, no mínimo, 1 médico urologista, ou 1 ginecologista ou 1 cirurgião plástico, com título de especialista da respectiva especialidade e comprovada por certificado de Residência Médica reconhecida pelo MEC ou título de especialista registrado no Conselho Regional de Medicina, para atendimento diário. A Equipe de Enfermagem deve contar com enfermeiros e técnicos de enfermagem dimensionados conforme Resolução COFEN 293 de 2004. Ainda, a equipe do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar deverá contar no mínimo: 1 psiquiatra ou 1 um psicólogo, 1 endocrinologista, e 1 assistente social.

2.9. Instalações físicas

As instalações físicas do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar deverão possuir Alvará de Funcionamento e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

a. Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem acomplementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

b. Resolução - RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002, que altera a Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

c. Resolução - RDC nº 306 de 6 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde;

A Farmácia Hospitalar deverá obedecer às normas estabelecidas na RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002, da Anvisa ou outra que venha a alterá-la ou substituí-la.

2.10. Materiais e Equipamentos

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos usuários(as), que possibilitem o diagnóstico e o tratamento clínico e cirúrgico.

2.11. Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar deverá:

a. Dispor de serviço de laboratório clínico em tempo integral;

b. garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade hospitalar

c. Realizar tipagem sanguínea e tratamento hemoterápico, inclusive para complicações hemorrágicas;

d. Possuir leitos cirúrgicos de enfermaria para os usuários(as) do Processo Transexualizador;

e. Garantir retaguarda de leito(s) de UTI tipo II ou III

f. Garantir acompanhamento ambulatorial para pré e pós operatório.

2.12. Manutenção da Habilitação

A manutenção da habilitação estará condicionada:

a. Ao cumprimento continuado pelo serviço das normas estabelecidas nesta Portaria;

b. O Departamento de Atenção Especializada e Temática/SAS/MS, por meio da Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade, poderá suspender a habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar, em caso de descumprimento das exigências contidas nesta Portaria;

c. Compete ao Gestor solicitante da habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - seu monitoramento, avaliação e controle, bem como sua fiscalização local;

d. O gestor local poderá solicitar ao Departamento de Atenção Especializada e Temática da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade, a suspensão da habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar.

Para determinado estabelecimento de saúde ser habilitado como modalidade assistencial ambulatorial e hospitalar, deve cumprir ambas as Normas supracitadas.

Anexo B do Anexo 1 do Anexo XXI

FFormulário de vistoria do gestor para habilitação do estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 2)

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR PARA HABILITAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

(Este formulário deve ser preenchido e assinado pelo Gestor e não deve ser modificado e/ou substituído)

I. MODALIDADE AMBULATORIAL:

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____ __

CNPJ: _____ CNES: _____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____UF: _____

CEP:_____TELEFONES: ( ) _____

FAX: ( ) _____

E-MAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

TELEFONE: ( )_____ FAX: ( )_____

E-MAIL: _____

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR (Deve ser preenchido e assinado pelo Gestor.)

(Este Formulário não deve modificado nem substituído) TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

( ) Privado lucrativo ( ) Privado não lucrativo( ) Filantrópico ( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal

TIPOS DE ASSISTÊNCIA:

( ) Ambulatorial

( ) Internação

1. NORMAS GERAIS DE HABILITAÇÃO

1.1 - Consta no processo de habilitação do Estabelecimento de Atenção Especializada no Processo Transexualizador - Modalidade ambulatorial - a documentação comprobatória do cumprimento das exigências para as habilitações estabelecidas no Anexo I, tais como:

a) Parecer conclusivo do respectivo Gestor do SUS

( ) Sim ( ) Não

b) Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB

( ) Sim ( ) Não

c) Termos de compromissos firmados com o gestor local do SUS

( ) Sim ( ) Não

2. ESTRUTURA ASSISTENCIAL

2.1 - O estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador - modalidade ambulatorial - cumpre e oferece os requisitos abaixo:

a) garante atendimento e acompanhamento ambulatorial especializado e integral para o diagnóstico e tratamento clínico para os/as transexuais e travestis no processo transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

b) atendimento em atenção especializada dos usuários/as com demanda para o processo Transexualizador por meio de equipe multiprofissional.

( ) Sim ( ) Não

c) acompanhamento clínico.

( ) Sim ( ) Não

d) acompanhamento pré e pós-operatório no processo transexualizador

( ) Sim ( ) Não

e) hormonioterapia

( ) Sim ( ) Não

f) garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade ambulatorial

( ) Sim ( ) Não

g) possui um prontuário único para cada paciente que possua todos os tipos de atendimento a ele referentes, contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento:

( ) Sim ( ) Não

h) possui Responsável Técnico pela equipe do Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial:

( ) Sim ( ) Não

i) titulação do Responsável Técnico

( ) Sim ( ) Não

j) possui equipe mínima assistencial:

( ) 01 psiquiatra ou psicólogo

( ) 01 assistente social;

( ) 01 endocrinologista ou 01 clínico geral; e

( ) 01 enfermeiro.

k) titulação dos profissionais que compõem a equipe

( ) Sim ( ) Não

l) acesso às Centrais de Regulação para encaminhamento dos casos de maior complexidade

( ) Sim ( ) Não

3. INSTALAÇÕES FÍSICAS, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS.

3.1 - O estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador - modalidade ambulatorial - cumpre e oferece as instalações físicas, materiais e equipamentos abaixo:

a) possui Formulário de Vistoria da Vigilância Sanitária

( ) Sim ( ) Não

b) possui Alvará de Funcionamento (Licença Sanitária)

( ) Sim ( ) Não

c) possui Materiais e Equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos usuários/as na modalidade ambulatorial no processo transexualizador:

( ) Sim ( ) Não

II- MODALIDADE HOSPITALAR:

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

CNPJ: _____

CNES:_____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____UF: _____

CEP:_____TELEFONES: ( ) _____

FAX: ( ) _____

E-MAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

TELEFONE: ( )_____ FAX: ( )_____

E-MAIL: _____

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR (Deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(Este Formulário não deve modificado nem substituído) TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

( ) Privado lucrativo ( ) Privado não lucrativo ( ) Filantrópico ( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal

TIPOS DE ASSISTÊNCIA:

( ) Ambulatorial

( ) Internação

( ) Atendimento de intercorrências no processo transexualizador

1. NORMAS GERAIS DE HABILITAÇÃO

1.1 - Consta no processo de habilitação do Estabelecimento de Atenção Especializada no Processo Transexualizador - Modalidade Hospitalar - a documentação comprobatória do cumprimento das exigências para as habilitações estabelecidas no Anexo I, tais como:

a) Parecer conclusivo do respectivo Gestor do SUS ( ) Sim ( ) Não

b) Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB ( ) Sim ( ) Não

c) Termos de compromissos firmados com o gestor local do SUS.

( ) Sim ( ) Não

2. ESTRUTURA ASSISTENCIAL

2.1 - O estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador - modalidade hospitalar- cumpre e oferece os requisitos abaixo:

a) ser referência para a atenção de pacientes regulados e encaminhados com relatório médico detalhado de necessidade de procedimentos da modalidade hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório).

( ) Sim ( ) Não

b) oferece assistência especializada e integral por ações diagnósticas e terapêuticas na modalidade hospitalar do processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

c) garante atendimento e acompanhamento hospitalar especializado e integral, para o procedimento cirúrgico e acompanhamento pré e pós-operatório no processo transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

d) atendimento na modalidade hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório) em atenção especializada dos usuários/as com demanda para o processo Transexualizador por meio de equipe multiprofissional.

( ) Sim ( ) Não

e) garante acesso a exames laboratoriais e de imagens necessários ao processo transexualizador na modalidade hospitalar.

( ) Sim ( ) Não

f) realiza acompanhamento pré e pós-operatório no processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

g) possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

( ) Sim ( ) Não

h) possui Responsável Técnico pela equipe médica do estabelecimento de atenção Especializada no processo transexualizador -modalidade hospitalar, com certificado de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) ou registro no cadastro de especialistas no respectivo Conselho Regional de Medicina nas especialidades médicas de urologia ou ginecologia ou cirurgia plástica:

( ) Sim ( ) Não ( )

i) o médico responsável técnico pela equipe médica do estabelecimento de atenção Especializada no processo transexualizador - modalidade hospitalar - é responsável por um único estabelecimento habilitado em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - pelo Sistema Único de Saúde e reside no mesmo município ou cidade circunvizinha.

( ) Sim ( ) Não

j) possui equipe mínima assistencial com no mínimo*:

( ) 01 urologista ou 01 ginecologista ou 01 cirurgião plástico;

( ) enfermeiros (dimensionados conforme Resolução COFEN 293/2004);

( ) técnicos de enfermagem (dimensionados conforme Resolução COFEN 293/2004);

( ) 01 psiquiatra ou 01 psicólogo;

( ) 01 endocrinologista;

( ) 01 assistente social.

*A equipe mínima assistencial médica com certificado de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) ou registro no cadastro de especialistas no respectivo Conselho Regional de Medicina. A equipe assistencial de profissionais enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos deverão apresentar graduação reconhecida pelo Ministério da Educação e pelo respectivo conselho de classe.

A equipe assistencial de técnicos de enfermagem deverá ter formação reconhecida pelo respectivo conselho de classe.

k) possui equipe cirúrgica com profissionais capacitados no Processo Transexualizador, garantindo a intervenção de forma articulada nas intercorrências cirúrgicas e clínicas do pré e pós-operatório:

( ) Sim ( ) Não

l) possui equipe mínima assistencial treinada para atendimento de pacientes no Processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

m) garantia de sala de cirurgia para atendimento ao paciente do Processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

n) garantia de leitos cirúrgicos de enfermaria para os usuários/ as do Processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

o) garantia de leitos de UTI tipo II ou III para paciente do Processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

p) garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade hospitalar:

( ) Sim ( ) Não

q) possui serviço de laboratório clínico:

( ) Sim ( ) Não

r) realiza tipagem sanguínea e tratamento hemoterápico, inclusive para complicações hemorrágicas:

( ) Sim ( ) Não

s) garantia de acompanhamento ambulatorial para pré e pós-operatório para os usuários/as atendidos no processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

t) possui acesso às Centrais de Regulação para encaminhamento dos casos de maior complexidade:

( ) Sim ( ) Não

3. INSTALAÇÕES FÍSICAS, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS.

3.1 - O estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador - modalidade hospitalar - cumpre e oferece as instalações físicas, materiais e equipamentos abaixo:

a) possui Formulário de Vistoria da Vigilância Sanitária

( ) Sim ( ) Não

b) possui Alvará de Funcionamento (Licença Sanitária)

( ) Sim ( ) Não

c) possui Materiais e Equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos usuários/as na modalidade hospitalar no processo transexualizador:

( ) Sim ( ) Não

Data de Emissão: ____/_____ / _____

INTERESSE DO GESTOR DE SAÚDE NA HABILITAÇÃO:

De acordo com a vistoria realizada in loco, a instituição cumpre com os requisitos da Portaria SAS/MS nº , de de 2013, para a habilitação solicitada.

( ) Sim ( ) Não DATA:_____/_____/_____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

Anexo C do Anexo 1 do Anexo XXI

Estabelecimentos habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 3)

'Estabelecimentos habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador

UF	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO - RAZÃO SOCIAL
RS	Porto Alegre	2237601	Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ Porto Alegre (RS)
RJ	Rio de Janeiro	2269783	Universidade Estadual do Rio de Janeiro - HUPE Hospital Universitário Pedro Ernesto/ Rio de Janeiro(RJ)
SP	São Paulo	2078015	Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina FMUSP/Fundação Faculdade de Medicina MECMPAS - São Paulo/SP
GO	Goiânia	2338424	Hospital das Clinicas - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás/ Goiânia (GO)

Anexo D do Anexo 1 do Anexo XXI
Alteração na Tabela de Serviço/classificação do SCNES (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 4)
Alteração na Tabela de Serviço/Classificação do SCNES

Código do Serviço	Descrição	Código da Classificação	Descrição	Grupo	CBO	Descrição
153	Atenção Especializada no Processo Transexualizador	001	Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.	1	225133	Médico psiquiatra
					225155	Médico Endocrinologista
					225125	Médico Clínico
					223505	Enfermeiro
					251510	Psicólogo
					251605	Assistente Social
				2	251510	Psicólogo
					225155	Médico Endocrinologista
					225125	Médico Clínico
					223505	Enfermeiro
					251605	Assistente Social
		002	Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório.	3	225250	Médico ginecologista obstetra
					225235	Médico Cirurgião Plástico
					223505	Enfermeiro
					225133	Médico psiquiatra
					225155	Médico Endocrinologista
					225285	Médico Urologista
					251605	Assistente Social
				4	225285	Médico Urologista
					225250	Médico ginecologista obstetra
					225235	Médico Cirurgião Plástico
					223505	Enfermeiro
					251510	Psicólogo
					225155	Médico Endocrinologista
					251605	Assistente Social

Anexo E do Anexo 1 do Anexo XXI
Inclusão de Procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 5)
Inclusão de procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

Procedimento:	03.01.13.004-3 - Acompanhamento do usuário(a) no processo transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório
Descrição:	Consiste no acompanhamento mensal de usuário(a) no Processo Transexualizador, no máximo dois atendimentos mensais, durante no mínimo de 2 (dois) anos no pré-operatório e por até 1 ano no pós-operatório.
Origem SIGTAP	03.01.13.002-7
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	02 - BPA-I (Individualizado)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Sexo:	Ambos
Valor Ambulatorial SA:	R$ 39,38
Valor Ambulatorial Total:	R$ 39,38
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$0,00
Idade Mínima:	18 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	02
CBO:	225133, 225155, 225250, 225285, 251510, 225235, 251605, 223810,, 225125.
CID:	F64.0
Serviço/classificação:	153/001 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador) Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia; 153/002 (Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório).
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; 30.02 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia; 30.03 Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Cirurgias e Acompanhamento Pré e Pós-Operatório

Procedimento:	03.03.03.009-7- Tratamento hormonal no processo transexualizador.
Descrição:	Consiste na utilização de terapia medicamentosa hormonal disponibilizada mensalmente para ser iniciada após o diagnóstico no Processo Transexualizador (estrógeno ou testosterona).
Origem SIGTAP	03.03.03.007-0
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	BPA-I (Individualizado)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 50,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 50,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	18 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	225155, 225250, 225285, 225125
CID:	F64.0 e F64.9
Serviço/Classificação:	153/001 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador) - Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; 30.02 Atenção Especializada no Processo Transexualizador, realizando Acompanhamento Clínico, pré e pós-peratório e hormonioterapia.

Procedimento:	04.09.05.014-8 - Redesignação sexual no sexo masculino
Descrição:	Consiste na orquiectomia bilateral com amputação do pênis e neocolpoplastia (construção de neovagina).
Origem SIGTAP	04.09.05.012-1
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 528,06
Valor Hospitalar SH:	R$ 760,22
Valor Hospitalar Total:	R$ 1288,28
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	Masculino
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Média Permanência:	8
Pontos:	270
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225235, 225285, 225250
CID:	F64.0
Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento clínico pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; 30.03. - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório

Procedimento:	04.04.01.056-3 - Tireoplastia
Descrição:	Consiste na cirurgia de redução do Pomo de Adão com vistas à feminilização da voz e/ou alongamento das cordas vocais no processo transexualizador.
Origem SIGTAP	04.04.01.042-3
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 236,60
Valor Hospitalar SH:	R$ 181,88
Valor Hospitalar Total:	R$ 418,48
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	Masculino
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Media Permanência:	01
Pontos:	270
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225275; 225215; 225235
CID:	F64.0
Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço Atenção Especializado no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento clínico pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; 30.03 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador, realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório

Procedimento:	03.03.03.008-9 - Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador.
Descrição:	Consiste na terapia medicamentosa hormonal a ser disponibilizada mensalmente no período de 2 anos que antecede a cirurgia de redesignação sexual no Processo Transexualizador (ciproterona).
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	02 - BPA-I (individualizado)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 65,52

Sexo:	Masculino
Idade Mínima:	18 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	225155, 225250, 225285, 225125
CID:	F64.0 e F64.9
Serviço/Classificação:	153/001 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.02 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.

Procedimento:	04.10.01.019-7 - Mastectomia simples bilateral em usuária sob processo transexualizador
Descrição:	Procedimento cirúrgico que consiste na ressecção de ambas as mamas com reposicionamento do complexo aréolo mamilar.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 284,93
Valor Hospitalar SH:	R$ 524,96
Valor Hospitalar Total:	R$ 809,89
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	feminino
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Media Permanência:	03
Pontos:	250
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225235, 225250, 225255
CID:	F64.0
Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.03 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório.

Procedimento:	04.09.06.029-1 - Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias sob processo transexualizador.
Descrição:	Procedimento cirúrgico de ressecção do útero e ovários, com colpectomia.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 511,90
Valor Hospitalar SH:	R$ 683,90
Valor Hospitalar Total:	R$ 1.195,80
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 - Admite permanência à maior
Sexo:	Feminino
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Média Permanência:	03
Pontos:	300
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225250
CID:	F64.0
Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento clínico pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.03
	Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório

Procedimento:	04.09.05.013-0 - Cirurgias complementares de redesignação sexual
Descrição:	Consiste em cirurgias complementares tais como: reconstrução da neovagina realizada, meatotomia, meatoplastia, cirurgia estética para correções complementares dos grandes lábios, pequenos lábios e clitóris e tratamento de deiscências e fístulectomia.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 214,67
Valor Hospitalar SH:	R$ 183,38
Valor Hospitalar Total:	R$ 398,05
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Média Permanência:	05
Pontos:	270
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225235, 225285, 225250
CID:	F64.0
Serviço / Classificação:	153/002 - Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento clínico pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.03 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório.

Procedimento:	03.01.13.003-5 - Acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador exclusivamente para atendimento clínico.
Descrição:	Consiste no acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador com atendimento mensal por equipe multiprofissional, diferente do acompanhamento exclusivo das etapas no pré ou pós operatório no processo transexualizador.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	BPA-I (Individualizado)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Ambulatorial SIA:	R$ 39,38
Valor Ambulatorial Total:	R$ 39,38
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	18 Ano(s)
Idade Máxima:	110 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	225133, 225155, 251510, 251605,223810,
CID:	F64.0, F64.9
Serviço/classificação:	153/001 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.02 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.

Procedimento:	04.10.01.020-0- Plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral no processo transexualizador
Descrição:	Consiste em cirurgia Plástica mamária reconstrutiva bilateral complementar ao processo de redesignação sexual no sexo masculino no processo transexualizador, incluindo implante de prótese mamária de silicone bilateral.
Complexidade:	Media Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 140,02
Valor Hospitalar SH:	R$ 1.663,90
Valor Hospitalar Total:	R$ 1803,92
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	Masculino

Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Media Permanência:	02
Pontos:	250
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225235, 225250
Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório.
CID	F64.0
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.03 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório.

Anexo XXII

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Origem: PRT MS/GM 2436/2017)

Art. 1º Este Anexo aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS).(Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 1º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º)

§ 1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º, § 1º)

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º, § 2º)

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º, § 3º)

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º, § 4º)

Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º)

I - princípios: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, I)

a) universalidade; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, I, a)

b) equidade; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, I, b)

c) integralidade. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, I, c)

II - diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II)

a) regionalização e hierarquização: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, a)

b) territorialização; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, b)

c) população adscrita; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, c)

d) cuidado centrado na pessoa; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, d)

e) resolutividade; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, e)

f) longitudinalidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, f)

g) coordenação do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, g)

h) ordenação da rede; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, h)

i) participação da comunidade. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, i)

Art. 4º A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 4º)

Parágrafo Único. Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos neste Anexo e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 5º)

Art. 6º Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com Anexo XXII serão denominados Unidade Básica de Saúde (UBS). (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 6º)

Parágrafo Único. Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 6º, Parágrafo Único)

Seção I

Das Responsabilidades

(Origem: PRT MS/GM 2436/2017, CAPÍTULO I)

Art. 7º São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º)

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos princípios e nas diretrizes contidas neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, I)

II - apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, II)

III - garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, de acordo com as normas vigentes; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, III)

IV - contribuir com o financiamento tripartite para fortalecimento da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, IV)

V - assegurar ao usuário o acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, V)

VI - estabelecer, nos respectivos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, VI)

VII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais, garantir direitos trabalhistas e previdenciários, qualificar os vínculos de trabalho e implantar carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, VII)

VIII - garantir provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde para a Atenção Básica com vistas a promover ofertas de cuidado e o vínculo; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, VIII)

IX - desenvolver, disponibilizar e implantar os Sistemas de Informação da Atenção Básica vigentes, garantindo mecanismos que assegurem o uso qualificado dessas ferramentas nas UBS, de acordo com suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, IX)

X - garantir, de forma tripartite, dispositivos para transporte em saúde, compreendendo as equipes, pessoas para realização de procedimentos eletivos, exames, dentre outros, buscando assegurar a resolutividade e a integralidade do cuidado na RAS, conforme necessidade do território e planejamento de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, X)

XI - planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da Atenção Básica nos territórios; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XI)

XII - estabelecer mecanismos de autoavaliação, controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XII)

XIII - divulgar as informações e os resultados alcançados pelas equipes que atuam na Atenção Básica, estimulando a utilização dos dados para o planejamento das ações; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XIII)

XIV - promover o intercâmbio de experiências entre gestores e entre trabalhadores, por meio de cooperação horizontal, e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XIV)

XV - estimular a participação popular e o controle social; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XV)

XVI - garantir espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde, para a formação em serviço e para a educação permanente e continuada nas Unidades Básicas de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XVI)

XVII - desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da União, ou do Distrito Federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XVII)

XVIII - adotar estratégias para garantir um amplo escopo de ações e serviços a serem ofertados na Atenção Básica, compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XVIII)

XIX - estabelecer mecanismos regulares de auto avaliação para as equipes que atuam na Atenção Básica, a fim de fomentar as práticas de monitoramento, avaliação e planejamento em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XIX)

XX - articulação com o subsistema indígena nas ações de Educação Permanente e gestão da rede assistencial. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XX)

Art. 8º Compete ao Ministério da Saúde a gestão das ações de Atenção Básica no âmbito da União, sendo responsabilidades da União: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º)

I - definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, I)

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, II)

III - destinar recurso federal para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo mensal, regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, III)

IV - prestar apoio integrado aos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, IV)

V - definir, de forma tripartite, estratégias de articulação junto às gestões estaduais e municipais do SUS, com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, V)

VI - estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, VI)

VII - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, VII)

VIII - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as secretarias de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica, de acordo com as necessidades locais. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, VIII)

Art. 9º Compete às secretarias estaduais de saúde e ao Distrito Federal a coordenação do componente estadual e distrital da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos estados e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º)

I - pactuar, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Colegiado de Gestão no Distrito Federal, estratégias, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica vigente nos estados e Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, I)

II - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, II)

III - ser corresponsável pelo monitoramento das ações de Atenção Básica nos municípios; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, III)

IV - analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, IV)

V - verificar a qualidade e a consistência de arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios, de acordo com prazos e fluxos estabelecidos para cada sistema, retornando informações aos gestores municipais; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, V)

VI - divulgar periodicamente os relatórios de indicadores da Atenção Básica, com intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, VI)

VII - prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, VII)

VIII - definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, VIII)

IX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, IX)

X - articular instituições de ensino e serviço, em parceria com as secretarias municipais de saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes que atuam na Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, X)

XI - fortalecer a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, XI)

Art. 10. Compete às secretarias municipais de saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos municípios e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10)

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, I)

II - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, II)

III - organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.(Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, III)

IV - estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes que atuam na Atenção Básica de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, IV)

V - manter atualizado mensalmente o cadastro de equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, conforme regulamentação específica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, V)

VI - organizar os serviços para permitir que a Atenção Básica atue como a porta de entrada preferencial e ordenadora da RAS; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, VI)

VII - fomentar a mobilização das equipes e garantir espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, VII)

VIII - destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, VIII)

IX - ser corresponsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, IX)

X - inserir a Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, X)

XI - prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XI)

XII - definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XII)

XIII - desenvolver ações, articular instituições e promover acesso aos trabalhadores, para formação e garantia de educação permanente e continuada aos profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na Atenção Básica implantadas; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XIII)

XIV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XIV)

XV - garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e equipes, para a execução do conjunto de ações propostas; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XV)

XVI - garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XVI)

XVII - alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento das ações e divulgar os resultados obtidos, a fim de assegurar o direito fundamental de acesso à informação; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XVII)

XVIII - organizar o fluxo de pessoas, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde das mesmas; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XVIII)

XIX - assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes que atuam na Atenção Básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente e a modalidade de atenção. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XIX)

Art. 11. A operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica está detalhada no Anexo 1 do Anexo XXII . (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 11)

CAPÍTULO II
DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
Seção I
Do processo de implantação e credenciamento das Equipes de Atenção Básica nos Municípios e no Distrito Federal

Art. 12. A implantação e o credenciamento das Equipes de Atenção Básica pelos Municípios pelo Distrito Federal passam a obedecer ao seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º)

I - elaboração do Projeto de Implantação das Equipes de Atenção Básica, respeitados os itens mínimos descritos na Política Nacional de Atenção Básica e seu envio à respectiva Secretaria Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, I)

II - no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a data do protocolo de entrada do projeto de implantação das Equipes de Atenção Básica elaborado pelos Municípios/Distrito Federal, as Secretarias Estaduais de Saúde e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal deverão proceder à análise e posterior encaminhamento dos mencionados projetos para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, II)

III - a Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, após aprovação na CIB, informará ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de equipes, suas diferentes modalidades e composições de profissionais com as respectivas cargas horárias, que farão jus ao recebimento de incentivos financeiros da atenção básica; e (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, III)

IV - para recebimento dos incentivos correspondentes às Equipes de Atenção Básica efetivamente implantadas, os Municípios e o Distrito Federal deverão cadastrar no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os profissionais integrantes das equipes previamente credenciadas pelo Estado/Distrito Federal conforme decisão da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, e, ainda, alimentar os dados no sistema de informação, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades. (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, IV)

Parágrafo Único. As diretrizes gerais da Política de Atenção Básica por meio do Plano de Saúde deverão estar aprovadas pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, Parágrafo Único)

Seção II
Dos NASF

Art. 13. Ficam definidos os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 1º)

Art. 14. Ficam criados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 (NASF 3). (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 2º)

§ 1º O NASF 3 é criado para, em conjunto com as modalidades NASF 1 e 2, possibilitar a universalização destas equipes para todos os Municípios do Brasil que possuem Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os critérios para implantação, características específicas, composição das ocupações e recursos financeiros federais para os NASF 3 encontram-se definidos no art. 15. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 2º, § 2º)

Art. 15. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família podem ser organizados, com financiamento federal, nas modalidades NASF 1, NASF 2 e NASF 3, seguindo os parâmetros e critérios abaixo estabelecidos: (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º)

I - a modalidade NASF 1 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, I)

a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, I, a)

b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, I, b)

c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de carga horária semanal. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, I, c)

II - cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, II)

III - a modalidade NASF 2 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, III)

a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, III, a)

b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, III, b)

c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, III, c)

IV - cada NASF 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, IV)

V - a modalidade NASF 3 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, V)

a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 80 (oitenta) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, V, a)

b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, V, b)

c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, V, c)

VI - cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, VI)

§ 1º A implantação de mais de uma modalidade de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal não receberá incentivo financeiro federal correspondente ao NASF. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O número máximo de NASF 2 ao qual o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O número máximo de NASF 3 ao qual o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 3. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, § 3º)

§ 4º Os valores dos incentivos financeiros para a implantação e os recursos de custeio, que serão transferidos a cada mês tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES, serão objeto de portaria específica a ser publicada pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, § 4º)

Seção III
Das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense

Art. 16. Esta Seção define o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluvial (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 1º)

Art. 17. Constituem ESFR as equipes que desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 2º)

Parágrafo Único. As ESFR são vinculadas a uma Unidade Básica de Saúde, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adscrita. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 18. A ESFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 3º)

I - 1 (um) médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 3º, I)

II - 1 (um) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 3º, II)

III - 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 3º, III)

Art. 19. As ESFR e as ESFF podem contar com os seguintes profissionais de saúde bucal, dependendo da modalidade de equipe: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 4º)

I - 1 (um) cirurgião dentista generalista ou em saúde da família; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 4º, I)

II - 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 4º, II)

Art. 20. Nas hipóteses de grande dispersão populacional, as ESFR e as ESFF podem contar, ainda, com: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º)

I - até 24 (vinte e quatro) Agentes Comunitários de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, I)

II - até 12 (doze) Microscopistas, nas regiões endêmicas; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, II)

III - até 11 (onze) Auxiliares/Técnicos de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, III)

IV - 1 (um) Auxiliar/Técnico de saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, IV)

Parágrafo Único. As ESFR e as ESFF poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior a sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), nos termos da Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 21. As ESFR e as ESFF deverão seguir as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), considerando a importância da territorialização, manutenção do vínculo, cuidado integral e longitudinal, identificação de risco e vulnerabilidade. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 6º)

Art. 22. As ESFR prestarão atendimento à população por, no mínimo, 14 (quatorze) dias mensais, com carga horária equivalente a 8 (oito) horas diárias, e dois dias para atividades de educação permanente, registro da produção e planejamento das ações. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 7º)

Parágrafo Único. A determinação de que trata o "caput" é aplicável aos profissionais que compõem a equipe mínima de que tratam os arts. 18 e 19 do Anexo XXII e a até 2 (dois) técnicos de enfermagem, quando houver. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 23. Os Agentes Comunitários de Saúde, os Auxiliares/Técnicos de enfermagem extras e os Auxiliares/Técnicos de saúde bucal cumprirão carga horária de até 40 (quarenta) horas semanais de trabalho e deverão residir na área de atuação. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 8º)

Art. 24. Para as comunidades distantes da Unidade Básica de Saúde de referência, as ESFR e ESFF adotarão circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 9º)

Art. 25. Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, as ESFR e as ESFF receberão incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10)

I - até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas a um Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10, I)

II - até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10, II)

§ 1º As unidades de apoio e as embarcações para o deslocamento dos profissionais devem ser identificadas conforme programação visual padronizada das unidades de saúde do SUS, fixada nos termos do Título IX da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10, § 1º)

§ 2º Para efeito desta Seção, consideram-se unidades de apoio os estabelecimentos que servem para atuação das ESFR e ESFF e que não possuem outras equipes de Saúde Família vinculadas. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10, § 2º)

Art. 26. As ESFR farão jus ao financiamento vigente para Equipes de Saúde da Família modalidade I. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 11)

Art. 27. As ESFR e ESFF poderão agregar ao seu financiamento: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12)

I - incentivo para cada profissional acrescido à composição mínima prevista no art. 20; e/ou (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12, I)

II - incentivo para o custeio da logística, baseado no número de unidades de apoio ou embarcações de que trata o art. 25. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12, II)

§ 1º Todas as unidades de apoio ou satélites e embarcações devem estar devidamente informadas no cadastro do Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica ao qual as ESFR ou ESFF estão vinculadas. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12, § 1º)

§ 2º Ato do Ministro de Estado da Saúde regulamentará os incentivos financeiros de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12, § 2º)

Art. 28. Para implantação de ESFR, os Municípios observarão o fluxo previsto na Seção I do Capítulo II. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13)

§ 1º O projeto de implantação da ESFR conterá: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º)

I - indicação do território a ser coberto, com estimativa da população residente nas comunidades adscritas e os rios do circuito de deslocamento; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, I)

II - número de profissionais em quantitativo compatível com sua capacidade de atuação, apresentando-se a localidade que ficará sob sua responsabilidade e a estimativa de pessoas cobertas pela atuação; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, II)

III - programação de viagens em cada ano, com itinerário das comunidades atendidas, considerando-se o retorno da ESFR a cada comunidade, ao menos, a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, III)

IV - descrição da organização das ofertas e ações da equipe, a fim de garantir a continuidade do atendimento da população; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, IV)

V - descrição de como a gestão municipal do SUS apoiará a ESFR no acompanhamento dos principais indicadores da Atenção Básica e na qualificação de seu trabalho; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, V)

VI - nos arranjos em que a ESFR contar com Unidades de Saúde de Apoio para o atendimento, relação da quantidade e as comunidades em que estão localizadas no cadastro do Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica a qual esta equipe está vinculada no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, VI)

VII - nos arranjos em que a ESFR contar com embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento das equipes, relação da quantidade e seus respectivos números, no cadastro do Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica a qual esta equipe está vinculada no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, VII)

VIII - indicação do Município-sede que receberá os recursos federais, no caso de a ESFR atender mais de um Município; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, VIII)

IX - indicação de como garantirá a referência dos usuários aos serviços de saúde, detalhando, principalmente, a organização da rede para o atendimento de urgência às comunidades ribeirinhas. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, IX)

§ 2º O projeto de que trata o § 1º deverá ser aprovado pela Comissão Intergestores Regional (CIR) ou pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhado pela Secretaria Estadual de Saúde ao Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) para habilitação. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 2º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300131

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

§ 3º As diretrizes gerais da Política de Atenção Básica por meio do Plano de Saúde deverão estar aprovadas pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 3º)

Art. 29. Recomenda-se que os Municípios utilizem o Telessaúde articulado à Regulação para aumentar a resolubilidade, qualificar os encaminhamentos e organizar o acesso à atenção especializada, considerando o desenho regional. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 14)

Art. 30. As ESFR e as ESFF poderão prestar serviços a populações de mais de um Município, desde que celebrado instrumento formal que formalize a relação entre os Municípios, devidamente aprovado na respectiva CIR e CIB, e devem garantir a alimentação das informações de saúde referentes à sua área de abrangência no Sistema de Informação vigente para a Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 15)

Parágrafo Único. Nos termos do art. 12, IV, para recebimento dos incentivos correspondentes às Equipes de Atenção Básica efetivamente implantadas, os Municípios e o Distrito Federal, além de cadastrar no SCNES os profissionais integrantes das equipes previamente credenciadas pelo Estado ou Distrito Federal, deverão alimentar os dados no sistema de informação vigente, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades, ficando sujeito a suspensão caso o sistema não seja alimentado e devidamente validado por 3 (três) meses. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 31. As normas para o cadastramento das unidades de apoio ou satélites e embarcações vinculadas a Estabelecimentos de Saúde de Atenção Básica onde as equipes estão vinculadas e alterações nas regras de cadastramento das ESFR e ESFF, com ou sem Saúde Bucal, além da definição dos prazos de implementação no SCNES, serão estabelecidas por ato do Secretário de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 16)

Seção IV

Das Unidades Básicas de Saúde Fluviais

Art. 32. Esta Seção estabelece os critérios para habilitação de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) para fins de recebimento do incentivo mensal de custeio a que se refere o art. 73 da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 1º)

Art. 33. Para fins de habilitação das UBSF, os Municípios interessados deverão providenciar os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 2º)

I - projeto de implantação da Equipe de Saúde da Família Fluvial (ESFF) com itinerário da UBSF, devidamente aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, se houver, pela Comissão Intergestores Regional (CIR); (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 2º, I)

II - Título de Inscrição de Embarcação, expedido pela autoridade marítima competente (Capitania dos Portos); e (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 2º, II)

III - Certificado de Segurança da Navegação, em consonância com as Normas da Autoridade Marítima para Embarcações Empregadas na Navegação Interior (NORMAM-02) ou legislação que venha a substituí-la. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 2º, III)

Art. 34. O projeto de implantação da ESFF a que se refere o art. 33, I, deverá conter: (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º)

I - indicação do território a ser coberto, com estimativa da população residente; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, I)

II - número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em quantitativo compatível com sua capacidade de atuação, apresentando-se a localidade que ficará sob sua responsabilidade e a estimativa de pessoas cobertas pela atuação de cada (ACS); (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, II)

III - programação de viagens em cada ano, com itinerário das comunidades atendidas, considerando-se o retorno da ESFF a cada comunidade, ao menos, a cada 60 (sessenta) dias, conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, III)

IV - circuito de deslocamento da unidade, especificando comunidades ribeirinhas a serem atendidas e os rios em que a UBSF percorrerá; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, IV)

V - proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência aos serviços de saúde, detalhando-se, principalmente, como será garantido atendimento de urgência, inclusive por meio da disponibilidade de ambulanchas para atendimento às comunidades ribeirinhas; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, V)

VI - descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das ESFF; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, VI)

VII - listagem da equipe de saúde que prestará atendimento à população, com observância da composição mínima prevista na Política Nacional de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, VII)

VIII - descrição da organização das ações da equipe, a fim de garantir a continuidade do atendimento da população, como o pré-natal e a puericultura, dentro dos padrões mínimos recomendados; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, VIII)

IX - descrição de como a gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) apoiará a ESFF no acompanhamento dos principais indicadores da Atenção Básica e na qualificação de seu trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, IX)

X - planos da embarcação, contendo fotos dos ambientes nela contidos, obedecendo-se a estrutura física mínima exigida nos termos da Política Nacional de Atenção Básica, e equipamentos que estarão disponíveis na UBSF; e (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, X)

XI - indicação do Município-sede que receberá os recursos federais, no caso de a USFF atender mais de um Município. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, XI)

Art. 35. O processo de habilitação da UBSF compreenderá as seguintes etapas: (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º)

I - reunião dos documentos exigidos nos termos do art. 33; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, I)

II - submissão do projeto de implantação da ESFF à aprovação do Conselho Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, II)

III - envio do projeto pela Secretaria Municipal de Saúde para aprovação da CIB ou, se houver, da CIR; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, III)

IV - envio da resolução da CIB ou, se houver, da CIR e dos documentos exigidos nos termos do art. 33 ao Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, IV)

V - emissão de parecer técnico pelo Ministério da Saúde que ateste, a partir do plano previsto no art. 34, X, inclusive com possibilidade de visita prévia à embarcação, se a estrutura física da unidade e os equipamentos disponíveis atendem os requisitos mínimos estabelecidos pelo art. 34, X; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, V)

VI - publicação do ato de habilitação da UBSF pelo Ministério da Saúde no Diário Oficial da União; e (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, VI)

VII - cadastramento da UBSF e da ESFF no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), nos termos Portaria nº 941/SAS/MS, de 22 de dezembro de 2011. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, VII)

§ 1º Os recursos serão repassados aos Municípios após o cadastramento a que se refere o inciso VII do "caput". (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Para os fins do disposto no inciso V do "caput", o Ministério da Saúde poderá emitir seu parecer com base em prévia manifestação técnica da Secretaria Estadual de Saúde efetuada a partir do plano previsto no art. 34, X, inclusive com possibilidade de visita prévia à embarcação, a respeito do atendimento ou não dos requisitos mínimos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, pela estrutura física da unidade e pelos equipamentos ali disponíveis. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 3º)

§ 3º Caso o plano da embarcação apresentado não seja suficiente para verificação do cumprimento dos requisitos mínimos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, o Ministério da Saúde notificará a Secretaria Municipal de Saúde para complementação de documentos. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 4º)

§ 4º Após a complementação de que trata o art. 35, § 3º , o Ministério da Saúde emitirá o parecer técnico sobre o cumprimento ou não dos requisitos mínimos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 5º)

§ 5º Em caso de emissão de parecer técnico favorável, o Ministério da Saúde ou a Secretaria Estadual de Saúde poderá, a qualquer momento, realizar verificação "in loco" do cumprimento ou não dos requisitos mínimos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, pelo Município interessado. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 6º)

§ 6º Para os fins do disposto no art. 35, § 5º , a Secretaria Estadual de Saúde comunicará imediatamente o Ministério da Saúde no caso de verificação do descumprimento dos requisitos mínimos estabelecidos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pelo Município interessado. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 7º)

Art. 36. Para as embarcações já existentes e que não contarem com ambiente para dispensação de medicamentos e laboratório, os Municípios deverão apresentar, obrigatoriamente, no projeto de implantação da ESFF, a forma como será garantida a distribuição de medicamentos e a coleta/entrega de exames laboratoriais aos usuários. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 5º)

Art. 37. Os Municípios com Equipes de Saúde da Família que já exerçam atividades em embarcações com a estrutura física mínima prevista na Política Nacional de Atenção Básica, poderão solicitar a adequação de modalidade para ESFF, observado o regramento previsto nos arts. 33, 34 e 35 do Anexo XXII . (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 6º)

Parágrafo Único. Aplica-se às embarcações previstas no "caput" deste artigo o disposto no art. 36. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 38. As UBSF poderão prestar serviços a populações de mais de um Município, desde que celebrado instrumento jurídico que formalize essa relação entre os Municípios, devidamente aprovado pela CIB ou, se houver, pela CIR. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 7º)

Art. 39. Para manutenção dos repasses financeiros, a(s) ESFF deve(m) alimentar, mensalmente, o sistema de informação da atenção básica disponibilizado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 8º)

Art. 40. As UBSF devem ser identificadas conforme programação visual padronizada das unidades de saúde do SUS, fixada nos termos do Título IX da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 9º)

CAPÍTULO III

DOS PROFISSIONAIS

Seção I

Das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico

Art. 41. Esta Seção estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias de que tratam o inciso II e o § 3º do art. 6º B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES). (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 203/2013)

Art. 42. As áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada serão definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde com base em modelo que leve em conta indicadores dentre o seguintes: (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º)

I - Produto Interno Bruto (PIB) per capita; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, I)

II - população sem cobertura de planos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, II)

III - percentual da população residente na área rural; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, III)

IV - percentual da população em extrema pobreza; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, IV)

V - percentual da população beneficiária do Programa Bolsa Família; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, V)

VI - percentual de horas trabalhadas de médicos na área da Atenção Básica para cada 1.000 (mil) habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, VI)

VII - percentual de leitos para cada 1.000 (mil) habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, VII)

VIII - indicador de rotatividade definido em função do quantitativo de contratações, extinção de vínculos de emprego e número de equipes de Saúde da Família incompletas, em conformidade com os dados extraídos dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, VIII)

Parágrafo Único. Caberá à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) publicar a relação das áreas e regiões de que trata o caput. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 43. Para obter a extensão do prazo de carência do respectivo financiamento por todo o período de duração da residência médica, o estudante graduado em Medicina deverá optar pelo ingresso em programa credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e em especialidade médica cuja prioridade para o SUS será definida pelo Ministério da Saúde com observância dos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º)

I - especialidades definidas como pré-requisito para o credenciamento dos serviços, sobretudo na alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, I)

II - especialidade necessária a uma dada região segundo avaliação da demanda decorrente da evolução do perfil sócio-epidemiológico da população, principalmente relacionadas ao envelhecimento populacional e ao aumento de morbimortalidade decorrente de causas externas; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, II)

III - especialidades necessárias à implementação das políticas públicas estratégicas para o SUS, tais como a Política de Atenção Básica, de Urgência e Emergência, de Saúde Mental, Atenção à Mulher e Criança, Oncológica e Atenção ao Idoso; e (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, III)

IV - especialidades consideradas escassas ou com dificuldade de contratação em uma dada região segundo análise dos sistemas de informação disponíveis, realização de pesquisa ou demanda referida por gestores da saúde daquela região. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, IV)

Parágrafo Único. Caberá à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) publicar a relação das especialidades médicas prioritárias de que trata o caput. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 44. O requerimento de carência estendida de que trata o art. 43 deverá ser preenchido pelo profissional médico beneficiário de financiamento concedido com recursos do FIES por meio de solicitação expressa, em sistema informatizado específico disponibilizado pelo Ministério da Saúde, contendo, dentre outras, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A)

I - nome completo; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, I)

II - CPF; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, II)

III - data de nascimento; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, III)

IV - correio eletrônico; e (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, IV)

V - Programa de Residência Médica e instituição a que está vinculado. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, V)

§ 1º O Programa de Residência Médica ao qual o profissional médico esteja vinculado deverá ter início no período de carência previsto no contrato de financiamento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, § 1º)

§ 2º O coordenador da Comissão de Residência Médica (COREME) da instituição a qual está vinculado o Programa de Residência Médica é responsável pela validação e atualização das informações prestadas pelo profissional médico beneficiário do financiamento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, § 2º)

§ 3º Recebida a solicitação, o Ministério da Saúde comunicará ao Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), autarquia vinculada ao Ministério da Educação (MEC), a relação de médicos considerados aptos para a concessão da carência estendida por todo o período de duração da residência médica. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, § 3º)

§ 4º Após ser comunicado, nos termos do § 3º, o FNDE notificará o agente financeiro responsável para a efetivação das medidas relativas à concessão da carência estendida. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, § 4º)

Art. 45. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios ou as Coordenações dos Programas de Residência Médica deverão validar e manter cadastro com informações atualizadas dos financiados do FIES sobre o seu exercício profissional nas equipes de saúde da família ou sua participação em Programa de Residência Médica, respectivamente. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 4º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300132

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Parágrafo Único. Caso solicitado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), autarquia vinculada ao Ministério da Educação (MEC), as Secretarias ou as Coordenações deverão avaliar se as informações prestadas pelo financiado do FIES àquela entidade, referentes ao seu exercício profissional nas equipes de saúde da família ou à sua participação em Programa de Residência Médica, estão em consonância com o cadastro de que trata o caput. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 46. A operacionalização do abatimento do saldo devedor consolidado de que trata o 'caput' do art. 6º B da Lei nº 10.260, de 2001, será executada pelo FNDE e demais normas do FIES, além do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º) (com redação dada pela PRT MS/GM 203/2013)

Art. 47. O profissional médico deverá atuar como integrante de ESF pelo período de, no mínimo, 1 (um) ano ininterrupto como requisito para requerer o abatimento mensal do saldo devedor consolidado do financiamento concedido com recursos do FIES. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-A)

Art. 48. Para requerer o abatimento de que trata esta Seção, o profissional médico preencherá solicitação expressa, em sistema informatizado específico disponibilizado pelo Ministério da Saúde, contendo, dentre outras, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B)

I - nome completo; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, I)

II - CPF; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, II)

III - data de nascimento; e (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, III)

IV - correio eletrônico. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, IV)

§ 1º Os gestores de saúde dos Municípios e do Distrito Federal deverão confirmar que o solicitante está em exercício ativo das suas atividades como médico integrante da ESF. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 1º)

§ 2º Recebida a solicitação, o Ministério da Saúde comunicará ao Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), autarquia vinculada ao Ministério da Educação, a relação de médicos considerados aptos para a concessão do abatimento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 2º)

§ 3º Após ser comunicado, nos termos do §2º, o FNDE notificará o agente financeiro responsável para a suspensão da cobrança das prestações referentes à amortização do financiamento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 3º)

§ 4º Anualmente, as informações sobre o exercício ativo do profissional médico integrante da ESF deverão ser atualizadas pelo financiado e validadas pelos respectivos gestores de saúde dos Municípios e do Distrito Federal, nos termos do §5º. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 4º)

§ 5º O abatimento mensal de que trata este artigo será operacionalizado anualmente pelo FNDE. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 5º)

Art. 49. Os critérios e as relações das áreas e regiões e das especialidades médicas prioritárias poderão sofrer alterações e revisões periódicas de acordo com as necessidades do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 6º)

Parágrafo Único. A alteração de que trata o "caput" não se aplica àquele já em gozo da extensão do prazo de carência e do abatimento do saldo devedor consolidado do financiamento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 6º, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 203/2013)

Seção II

Das especificações "preceptor" e "residente" no cadastro do médico

Art. 50. Ficam instituídas as especificações "preceptor" e "residente" no cadastro do médico que atua em qualquer uma das Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 1º)

Art. 51. A instituição das especificações "preceptor" e "residente" de que trata o art. 50 tem os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 2º)

I - identificar os médicos residentes e seus preceptores no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para fins de pagamento dos incentivos financeiros referentes às Equipes de Saúde da Família e acompanhamento das atividades desempenhadas no âmbito da residência médica; e (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 2º, I)

II - estimular a ocupação das vagas atualmente disponíveis nos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC). (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 2º, II)

Art. 52. É obrigatório o cadastramento no SCNES pelas Secretarias de Saúde distrital e municipais dos médicos residentes e preceptores nas diversas modalidades de Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 3º)

Art. 53. As Secretarias de Saúde distrital e municipais poderão cadastrar no SCNES médicos residentes nas modalidades de Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica em compatibilidade com a carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais de atuação dos médicos residentes na Unidade Básica de Saúde (UBS) nos termos da Resolução nº 2, de 17 de maio de 2006, da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 4º)

Parágrafo Único. A cobertura populacional da Equipe de Saúde da Família com médico residente deve ser de, no máximo, o mínimo recomendado na Política Nacional de Atenção Básica, considerando as diversas modalidades previstas de equipes. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 54. Compete às Secretarias Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º)

I - cadastrar os médicos residentes e seus preceptores no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, I)

II - adequar a cobertura populacional conforme modalidade de Equipe de Saúde da Família e limite de usuários por equipe com médico residente; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, II)

III - assegurar o cumprimento mínimo das 30 (trinta) horas semanais de atuação pelo médico residente na Equipe de Saúde da Família, em atendimento ao disposto na Resolução nº 2/CNRM, de 2006; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, III)

IV - atender aos compromissos e contratualizações do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), de que trata a Seção II do Capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, IV)

V - viabilizar adequadas condições de trabalho e ambiência aos médicos residentes e seus preceptores, conforme disposto na Política Nacional de Atenção Básica, com adesão, se necessário, ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma, de que trata a Seção I do Capítulo II do Título II da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, V)

VI - apoiar os preceptores no seu aprimoramento técnico-científico, sempre que necessário, para melhor desenvolvimento de suas funções, por meio da inclusão em processos de educação permanente; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, VI)

VII - cofinanciar o desenvolvimento dos PRMFC, quando for o caso; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, VII)

VIII - conceder, se possível, aos médicos residentes a mesma remuneração conferida aos médicos que trabalham na Atenção Básica com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, considerando-se a proporcionalidade da carga horária de atuação; e (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, VIII)

IX - estimular e apoiar a participação das Equipes de Saúde da Família que possuam médicos residentes do PRMFC no PMAQ-AB. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, IX)

Art. 55. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º)

I - monitorar e acompanhar o desenvolvimento dos PRMFC; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, I)

II - fomentar a formação de especialistas no Estado como estratégia de fixação dos profissionais, buscando modificar o quadro de ociosidade dos PRMFC e a força de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, II)

III - cofinanciar o desenvolvimento dos PRMFC, quando for o caso; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, III)

IV - promover a inclusão dos preceptores em processos de educação permanente; e (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, IV)

V - avaliar e monitorar a cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, V)

Art. 56. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º)

I - adequar o SCNES conforme as disposições desta Seção; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, I)

II - avaliar e monitorar a cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, II)

III - habilitar a participação das Equipes de Saúde da Família que possuam médicos residentes do PRMFC no PMAQ-AB a partir da solicitação de adesão realizada pelas Secretarias de Saúde distrital e municipais e Equipes de Saúde da Família, considerando-se, ainda, o atendimento das regras previstas na Seção II do Capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, III)

IV - priorizar a entrada das Equipes de Saúde da Família com médicos residentes no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, mantidos os critérios de seleção ao programa; e (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, IV)

V - efetuar o custeio das bolsas pagas aos médicos residentes em atuação, conforme vagas e programas aprovados no Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (PRÓ-RESIDÊNCIA), criado pela Portaria Interministerial nº 1.001 MEC-MS, de 22 de outubro de 2009. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, V)

Art. 57. Os gestores de saúde federal, estaduais, distrital e municipais deverão promover a articulação dos PRMFC com os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e incentivar a integração dos PRMFC com o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o Programa Nacional Telessaúde Brasil REDES (Telessaúde Brasil Redes) e o internato médico nas UBS com PRMFC. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 8º)

Art. 58. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) regulamentará os meios para identificação dos médicos residentes e seus preceptores no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 9º)

Anexo 1 do Anexo XXII

Política Nacional de Atenção Básica - Operacionalização (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

OPERACIONALIZAÇÃO

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Esta Portaria, conforme normatização vigente no SUS, que define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.

Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde

A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Destaca-se ainda o desafio de superar compreensões simplistas, nas quais, entre outras, há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte podem ser abordados na Atenção Básica.

1- PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA

Os princípios e diretrizes, a caracterização e a relação de serviços ofertados na Atenção Básica serão orientadores para a sua organização nos municípios, conforme descritos a seguir:

1.1- Princípios

- Universalidade: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades.

- Equidade: ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

- Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

1.2- Diretrizes

- Regionalização e Hierarquização: dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses. Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos.

- Territorialização e Adstrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.

III - População Adscrita: população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

IV- Cuidado Centrado na Pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e

a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.

V - Resolutividade: reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.

VI.- Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

VII.- Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

VIII.- Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

IX.- Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.

2- A ATENÇÃO BÁSICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Esta portaria, conforme normatização vigente do SUS, define a organização na RAS, como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território.

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada".

Para que a Atenção Básica possa ordenar a RAS, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente.

A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da RAS.

Os estados, municípios e o Distrito Federal, devem articular ações intersetoriais, assim como a organização da RAS, com ênfase nas necessidades locorregionais, promovendo a integração das referências de seu território.

Recomenda-se a articulação e implementação de processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros.

Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso. A utilização de protocolos de encaminhamento servem como ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

Com isso, espera-se que ocorra uma ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, evitando a exposição das pessoas a consultas e/ou procedimentos desnecessários. Além disso, com a organização do acesso, induz-se ao uso racional dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

A gestão municipal deve articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais, sejam realizados preferencialmente pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade:

a. Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS;

b. Gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção; e

c. Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território.

3- INFRAESTRUTURA, AMBIÊNCIA E FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Este item refere-se ao conjunto de procedimentos que objetiva adequar a estrutura física, tecnológica e de recursos humanos das UBS às necessidades de saúde da população de cada território.

3.1. Infraestrutura e ambiência

A infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Os parâmetros de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. É importante que sejam previstos espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, para a formação em serviço e para a educação permanente na UBS.

As UBS devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência as normativas de infraestrutura vigentes, bem como possuir identificação segundo os padrões visuais da Atenção Básica e do SUS. Devem, ainda, ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), de acordo com as normas em vigor para tal.

As UBS poderão ter pontos de apoio para o atendimento de populações dispersas (rurais, ribeirinhas, assentamentos, áreas pantaneiras, etc.), com reconhecimento no SCNES, bem como nos instrumentos de monitoramento e avaliação. A estrutura física dos pontos de apoio deve respeitar as normas gerais de segurança sanitária.

A ambiência de uma UBS refere-se ao espaço físico (arquitetônico), entendido como lugar social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde.

Para um ambiente adequado em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, recomenda-se contemplar: recepção sem grades (para não intimidar ou dificultar a comunicação e também garantir privacidade à pessoa), identificação dos serviços existentes, escala dos profissionais, horários de funcionamento e sinalização de fluxos, conforto térmico e acústico, e espaços adaptados para as pessoas com deficiência em conformidade com as normativas vigentes.

Além da garantia de infraestrutura e ambiência apropriadas, para a realização da prática profissional na Atenção Básica, é necessário disponibilizar equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, e materiais e insumos suficientes à atenção à saúde prestada nos municípios e Distrito Federal.

3.2. Tipos de unidades e equipamentos de Saúde

São considerados unidades ou equipamentos de saúde no âmbito da Atenção Básica:

a) Unidade Básica de Saúde

Recomenda-se os seguintes ambientes:

a. Consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

b. área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência, banheiro público e para funcionários, entre outros ambientes conforme a necessidade.

b) Unidade Básica de Saúde Fluvial

Recomenda-se os seguintes ambientes:

a. consultório médico; consultório de enfermagem; área para assistência farmacêutica, laboratório, sala de vacina; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

b. área de recepção, banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha e outro ambientes conforme necessidade.

c) Unidade Odontológica Móvel

Recomenda-se veículo devidamente adaptado para a finalidade de atenção à saúde bucal, equipado com:

Compressor para uso odontológico com sistema de filtragem; aparelho de raios-X para radiografias periapicais e interproximais; aventais de chumbo; conjunto peças de mão contendo micro-motor com peça reta e contra ângulo, e alta rotação; gabinete odontológico; cadeira odontológica, equipo odontológico e refletor odontológico; unidade auxiliar odontológica; mocho odontológico; autoclave; amalgamador; fotopolimerizador; e refrigerador.

3.3 - Funcionamento

Recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população.

Horários alternativos de funcionamento podem ser pactuados através das instâncias de participação social, desde que atendam expressamente a necessidade da população, observando, sempre que possível, a carga horária mínima descrita acima.

Como forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e resolutividade das equipes que atuam na Atenção Básica, recomenda-se :

i.- População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado.

ii) - 4 (quatro) equipes por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família), para que possam atingir seu potencial resolutivo.

iii) - Fica estipulado para cálculo do teto máximo de equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), com ou sem os profissionais de saúde bucal, pelas quais o Município e o Distrito Federal poderão fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos, conforme a seguinte fórmula: População/2.000.

iv)- Em municípios ou territórios com menos de 2.000 habitantes, que uma equipe de Saúde da Família (eSF) ou de Atenção Básica (eAB) seja responsável por toda população;

Reitera-se a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe de acordo com especificidades territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária respeitando critérios de equidade, ou, ainda, pela decisão de possuir um número inferior de pessoas por equipe de Atenção Básica (eAB) e equipe de Saúde da Família (eSF) para avançar no acesso e na qualidade da Atenção Básica.

Para que as equipes que atuam na Atenção Básica possam atingir seu potencial resolutivo, de forma a garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso, é necessário adotar estratégias que permitam a definição de um amplo escopo dos serviços a serem ofertados na UBS, de forma que seja compatível com as necessidades e demandas de saúde da população adscrita, seja por meio da Estratégia Saúde da Família ou outros arranjos de equipes de Atenção Básica (eAB), que atuem em conjunto, compartilhando o cuidado e apoiando as práticas de saúde nos territórios. Essa oferta de ações e serviços na Atenção Básica devem considerar políticas e programas prioritários, as diversas realidades e necessidades dos territórios e das pessoas, em parceria com o controle social.

As ações e serviços da Atenção Básica, deverão seguir padrões essenciais e ampliados:

- Padrões Essenciais - ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica; e

- Padrões Ampliados - ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde.

A oferta deverá ser pública, desenvolvida em parceria com o controle social, pactuada nas instâncias interfederativas, com financiamento regulamentado em normativa específica.

Caberá a cada gestor municipal realizar análise de demanda do território e ofertas das UBS para mensurar sua capacidade resolutiva, adotando as medidas necessárias para ampliar o acesso, a qualidade e resolutividade das equipes e serviços da sua UBS.

A oferta de ações e serviços da Atenção Básica deverá estar disponível aos usuários de forma clara, concisa e de fácil visualização, conforme padronização pactuada nas instâncias gestoras.

Todas as equipes que atuam na Atenção Básica deverão garantir a oferta de todas as ações e procedimentos do Padrão Essencial e recomenda-se que também realizarem ações e serviços do Padrão Ampliado, considerando as necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade. Os serviços dos padrões essenciais, bem como os equipamentos e materiais necessários, devem ser garantidos igualmente para todo o País, buscando uniformidade de atuação da Atenção Básica no território nacional. Já o elenco de ações e procedimentos ampliados deve contemplar de forma mais flexível às necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade, sendo definido a partir de suas especificidades locorregionais.

As unidades devem organizar o serviço de modo a otimizar os processos de trabalho, bem como o acesso aos demais níveis de atenção da RAS.

Toda UBS deve monitorar a satisfação de seus usuários, oferecendo o registro de elogios, críticas ou reclamações, por meio de livros, caixas de sugestões ou canais eletrônicos. As UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas.

Deverá estar afixado em local visível, próximo à entrada da UBS:

- Identificação e horário de atendimento;

- Mapa de abrangência, com a cobertura de cada equipe;

- Identificação do Gerente da Atenção Básica no território e dos componentes de cada equipe da UBS;

- Relação de serviços disponíveis; e
- Detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe.

3.4- Tipos de Equipes:

1.- Equipe de Saúde da Família (eSF): É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.

Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente.

2.- Equipe da Atenção Básica (eAB): esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a AB. A gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica (eAB) de acordo com características e necessidades do município. Como modelo prioritário é a ESF, as equipes de Atenção Básica (eAB) podem posteriormente se organizar tal qual o modelo prioritário.

As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias.

A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais.

O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.

A distribuição da carga horária dos profissionais é de responsabilidade do gestor, devendo considerar o perfil demográfico e epidemiológico local para escolha da especialidade médica, estes devem atuar como generalistas nas equipes de Atenção Básica (eAB).

Importante ressaltar que para o funcionamento a equipe deverá contar também com profissionais de nível médio como técnico ou auxiliar de enfermagem.

3.- Equipe de Saúde Bucal (eSB): Modalidade que pode compor as equipes que atuam na atenção básica, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal.

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB) e de devem estar vinculados à uma UBS ou a Unidade Odontológica Móvel, podendo se organizar nas seguintes modalidades:

Modalidade I: Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e;

Modalidade II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB.

Independente da modalidade adotada, os profissionais de Saúde Bucal são vinculados a uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a equipe de Saúde da Família ou Atenção Básica a qual integra.

Cada equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo).

4- Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

Busca-se que essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um.

Deve estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na Atenção Básica em suas análises e manejos. Para tanto, faz-se necessário o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

Ressalta-se que os Nasf-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias.

Compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB):

a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;

b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e

c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território.

Poderão compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitarista, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente.

A definição das categorias profissionais é de autonomia do gestor local, devendo ser escolhida de acordo com as necessidades do territórios.

5- Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS):

É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica. São itens necessários à implantação desta estratégia:

a. a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no SCNES vigente que passa a ser a UBS de referência para a equipe de agentes comunitários de saúde;

b. o número de ACS e ACE por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente.

c. o cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários, por cada membro da equipe; composta por ACS e enfermeiro supervisor;

d. o enfermeiro supervisor e os ACS devem estar cadastrados no SCNES vigente, vinculados à equipe;

e. cada ACS deve realizar as ações previstas nas regulamentações vigentes e nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas;

f. a atividade do ACS deve se dar pela lógica do planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território, com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico;

g. a atuação em ações básicas de saúde deve visar à integralidade do cuidado no território; e

h. cadastrar, preencher e informar os dados através do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica vigente.

3.5- Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas

Todos os profissionais do SUS e, especialmente, da Atenção Básica são responsáveis pela atenção à saúde de populações que apresentem vulnerabilidades sociais específicas e, por consequência, necessidades de saúde específicas, assim como pela atenção à saúde de qualquer outra pessoa. Isso porque a Atenção Básica possui responsabilidade direta sobre ações de saúde em determinado território, considerando suas singularidades, o que possibilita intervenções mais oportunas nessas situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso à RAS e ofertar uma atenção integral à saúde.

Assim, toda equipe de Atenção Básica deve realizar atenção à saúde de populações específicas. Em algumas realidades, contudo, ainda é possível e necessário dispor, além das equipes descritas anteriormente, de equipes adicionais para realizar as ações de saúde à populações específicas no âmbito da Atenção Básica, que devem atuar de forma integrada para a qualificação do cuidado no território. Aponta-se para um horizonte em que as equipes que atuam na Atenção Básica possam incorporar tecnologias dessas equipes específicas, de modo que se faça uma transição para um momento em que não serão necessárias essas equipes específicas, e todas as pessoas e populações serão acompanhadas pela eSF.

São consideradas equipes de Atenção Básica para Populações Específicas:

3.6- ESPECIFICIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

1.- Equipes de Saúde da Família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira: Considerando as especificidades locorregionais, os municípios da Amazônia Legal e Pantaneiras podem optar entre 2 (dois) arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do País:

a. Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR): São equipes que desempenham parte significativa de suas funções em UBS construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. As eSFR são vinculadas a uma UBS, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adstrita.

A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.

Nas hipóteses de grande dispersão populacional, as ESFR podem contar, ainda, com: até 24 (vinte e quatro) Agentes Comunitários de Saúde; até 12 (doze) microscopistas, nas regiões endêmicas; até 11 (onze) Auxiliares/Técnicos de enfermagem; e 1 (um) Auxiliar/Técnico de saúde bucal. As ESFR poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos nas equipes de Nasf-AB.

Os agentes comunitários de saúde, os auxiliares/técnicos de enfermagem extras e os auxiliares/técnicos de saúde bucal cumprirão carga horária de até 40 (quarenta) horas semanais de trabalho e deverão residir na área de atuação.

As eSFR prestarão atendimento à população por, no mínimo, 14 (quatorze) dias mensais, com carga horária equivalente a 8 (oito) horas diárias.

Para as comunidades distantes da UBS de referência, as eSFR adotarão circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica. Caso necessário, poderão possuir unidades de apoio, estabelecimentos que servem para atuação das eSFR e que não possuem outras equipes de Saúde da Família vinculadas.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, a eSFR receberá incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

a) até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e

b) até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

Todas as unidades de apoio ou satélites e embarcações devem estar devidamente informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, a qual as eSFR estão vinculadas.

Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): São equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), responsáveis por comunidades dispersas, ribeirinhas e pertencentes à área adstrita, cujo acesso se dá por meio fluvial.

A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.

Devem contar também, com um (01) técnico de laboratório e/ou bioquímico. Estas equipes poderão incluir, na composição mínima, os profissionais de saúde bucal, um (1) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e um (01) Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal.

Poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos para os NASF-AB

Para as comunidades distantes da Unidade Básica de Saúde de referência, a eSFF adotará circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, onde a UBS Fluvial não conseguir aportar, a eSFF poderá receber incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

a. até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e

b. até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300135

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

1.- Equipe de Consultório na Rua (eCR) - equipe de saúde com composição variável, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e respectivos regramentos descritos em portaria específica.

São itens necessários para o funcionamento das equipes de Consultório na Rua (eCR):

a. Realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes que atuam na atenção básica do território (eSF/eAB/UBS e Nasf-AB), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência/Emergência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil;

b. Cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas. Porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana; e

c. As eCR poderão ser compostas pelas categorias profissionais especificadas em portaria específica.

Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de dois profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior. Todas as modalidades de eCR poderão agregar agentes comunitários de saúde.

O agente social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio. Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua.

Para vigência enquanto equipe, deverá cumprir os seguintes requisitos:

I - demonstração do cadastramento da eCR no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e

II - alimentação de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente, conforme norma específica.

Em Municípios ou áreas que não tenham Consultórios na Rua, o cuidado integral das pessoas em situação de rua deve seguir sendo de responsabilidade das equipes que atuam na Atenção Básica, incluindo os profissionais de saúde bucal e os Núcleos Ampliados à Saúde da Família e equipes de Atenção Básica (Nasf-AB) do território onde estas pessoas estão concentradas.

Para cálculo do teto das equipes dos Consultórios na Rua de cada município, serão tomados como base os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

As regras estão publicadas em portarias específicas que disciplinam composição das equipes, valor do incentivo financeiro, diretrizes de funcionamento, monitoramento e acompanhamento das equipes de consultório na rua entre outras disposições.

1.- Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP): São compostas por equipe multiprofissional que deve estar cadastrada no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, e com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, é previsto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que os serviços de saúde no sistema prisional passam a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde, devendo realizar suas atividades nas unidades prisionais ou nas Unidades Básicas de Saúde a que estiver vinculada, conforme portaria específica.

4- ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

As atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

4.1. Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

V. Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

VI. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII. Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

VIII. Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

IX .Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

X. Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;

XI. Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

XII. Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

XIII. Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;

XIV. Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

XV. Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;

XVI. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;

XVII. Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

XIX. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

XX. Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

XXI. Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

XXII. Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;

XXIII. Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

XXIV. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

XXIV-A Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

XXV. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

XXVI. Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias; e

XXVII. Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

4.2. São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

4.2.1 - Enfermeiro:

I.- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;

II.- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V.- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VII.- Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII.- Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX.- Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2 - Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

I.- Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

II.- Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e

III.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.1- Médico:

I.- Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;

II.- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV.- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;

V.- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2- Cirurgião-Dentista:

I.- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II.- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III.- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV.- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI.- Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII. Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.3- Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I.- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II.- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV.- Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V.- Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VI.- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VII.VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

VIII.- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

IX.- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

X.- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

XI.- Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XII.- Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;

XIII.- Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;

XIV.- Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

XV.- Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

XVI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XVII.- Processar filme radiográfico;

XVIII.- Selecionar moldeiras;

XIX.- Preparar modelos em gesso;

XX.- Manipular materiais de uso odontológico.

XXI.Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.4- Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

I.- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II.- Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

III.- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas,

IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VII.-Processar filme radiográfico;

VIII.- Selecionar moldeiras;

IX.- Preparar modelos em gesso;

X.- Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;

XI.- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e

XII. Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.5- Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

I.- Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II.- Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III.- Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV.- Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V.- Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI.- Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII. Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII.- Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX.- Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X.- Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI.- Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII.- Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII.- Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV.- Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV.- Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

4.2.6- Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I.- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II.- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III.- Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV.- Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V.- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI. Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII.- Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII.- Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX.- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X.- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

I- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobrem a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

c) Atribuições do ACE:

I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;

II.- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;

III. Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

IV.- Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território; e

V.- Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e

VI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

5- DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica como contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera as pessoas em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia.

Dessa forma, é fundamental que o processo de trabalho na Atenção Básica se caracteriza por:

I.- Definição do território e Territorialização - A gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe, e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia: ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais, etc.

Importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário, já que o território é vivo. Nesse processo, a Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e a Promoção da Saúde se mostram como referenciais essenciais para a identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, auxiliando na percepção dos problemas de saúde da população por parte da equipe e no planejamento das estratégias de intervenção.

Além dessa articulação de olhares para a compreensão do território sob a responsabilidade das equipes que atuam na AB, a integração entre as ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde deve ser concreta, de modo que se recomenda a adoção de um território único para ambas as equipes, em que o Agente de Combate às Endemias trabalhe em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde e os demais membros da equipe multiprofissional de AB na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções clínicas e sanitárias.

Possibilitar, de acordo com a necessidade e conformação do território, através de pactuação e negociação entre gestão e equipes, que o usuário possa ser atendido fora de sua área de cobertura, mantendo o diálogo e a informação com a equipe de referência.

II.- Responsabilização Sanitária - Papel que as equipes devem assumir em seu território de referência (adstrição), considerando questões sanitárias, ambientais (desastres, controle da água, solo, ar), epidemiológicas (surtos, epidemias, notificações, controle de agravos), culturais e socioeconômicas, contribuindo por meio de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde da população com residência fixa, os itinerantes (população em situação de rua, ciganos, circenses, andarilhos, acampados, assentados, etc) ou mesmo trabalhadores da área adstrita.

III.- Porta de Entrada Preferencial - A responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção, primeiro atendimento às urgências/emergências, acolhimento, organização do escopo de ações e do processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população, através de estratégias diversas (protocolos e diretrizes clínicas, linhas de cuidado e fluxos de encaminhamento para os outros pontos de atenção da RAS, etc). Caso o usuário acesse a rede através de outro nível de atenção, ele deve ser referenciado à Atenção Básica para que siga sendo acompanhado, assegurando a continuidade do cuidado.

IV.- Adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população do seu território de atuação, de forma a facilitar a adesão do usuário ao cuidado compartilhado com a equipe (vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado).

V.- Acesso - A unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, para a forma como esses serão organizados e para o todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado, etc), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc), e outros, para assegurar o acesso. Pelo mesmo motivo, recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros, impedindo ou restringindo a acesso da população. Destaca-se que horários alternativos de funcionamento que atendam expressamente a necessidade da população podem ser pactuados através das instâncias de participação social e gestão local.

Importante ressaltar também que para garantia do acesso é necessário acolher e resolver os agravos de maior incidência no território e não apenas as ações programáticas, garantindo um amplo escopo de ofertas nas unidades, de modo a concentrar recursos e maximizar ofertas.

VI.- O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade e risco, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, com especial atenção para as condições crônicas.

Considera-se condição crônica aquela de curso mais ou menos longo ou permanente que exige resposta e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade.

Ressalta-se a importância de que o acolhimento aconteça durante todo o horário de funcionamento da UBS, na organização dos fluxos de usuários na unidade, no estabelecimento de avaliações de risco e vulnerabilidade, na definição de modelagens de escuta (individual, coletiva, etc), na gestão das agendas de atendimento individual, nas ofertas de cuidado multidisciplinar, etc.

A saber, o acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica pode se constituir como:

a. Mecanismo de ampliação/facilitação do acesso - a equipe deve atender todos as pessoas que chegarem na UBS, conforme sua necessidade, e não apenas determinados grupos populacionais, ou agravos mais prevalentes e/ou fragmentados por ciclo de vida. Dessa forma a ampliação do acesso ocorre também contemplando a agenda programada e a demanda espontânea, abordando as situações conforme suas especificidades, dinâmicas e tempo.

b. Postura, atitude e tecnologia do cuidado - se estabelece nas relações entre as pessoas e os trabalhadores, nos modos de escuta, na maneira de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos (sensibilidade do trabalhador, posicionamento ético situacional), podendo facilitar a continuidade do cuidado ou facilitando o acesso sobretudo para aqueles que procuram a UBS fora das consultas ou atividades agendadas.

c. Dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe - a implantação do acolhimento pode provocar mudanças no modo de organização das equipes, relação entre trabalhadores e modo de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado, nem é possível encaminhar todas as pessoas ao médico, aliás o acolhimento não deve se restringir à triagem clínica. Organizar a partir do acolhimento exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população e território. Para isso é importante que a equipe defina quais profissionais vão receber o usuário que chega; como vai avaliar o risco e vulnerabilidade; fluxos e protocolos para encaminhamento; como organizar a agenda dos profissionais para o cuidado; etc.

Destacam-se como importantes ações no processo de avaliação de risco e vulnerabilidade na Atenção Básica o Acolhimento com Classificação de Risco (a) e a Estratificação de Risco (b).

a) Acolhimento com Classificação de Risco: escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social, etc) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudizações de condições crônicas) conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS.

O processo de trabalho das equipes deve estar organizado de modo a permitir que casos de urgência/emergência tenham prioridade no atendimento, independentemente do número de consultas agendadas no período. Caberá à UBS prover atendimento adequado à situação e dar suporte até que os usuários sejam acolhidos em outros pontos de atenção da RAS.

As informações obtidas no acolhimento com classificação de risco deverão ser registradas em prontuário do cidadão (físico ou preferencialmente eletrônico).

Os desfechos do acolhimento com classificação de risco poderão ser definidos como:

1- consulta ou procedimento imediato;

1-A. consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia;

2. agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território;

3. procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, como renovação de receitas para pessoas com condições crônicas, condições clínicas estáveis ou solicitação de exames para o seguimento de linha de cuidado bem definida;

4. encaminhamento a outro ponto de atenção da RAS, mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável; e

5. orientação sobre territorialização e fluxos da RAS, com indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado, no município ou fora dele, nas demandas em que a classificação de risco não exija atendimento no momento da procura do serviço.

b) Estratificação de risco: É o processo pelo qual se utiliza critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em diretrizes clínicas, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na Rede de Atenção à Saúde para um cuidado integral.

A estratificação de risco da população adscrita a determinada UBS é fundamental para que a equipe de saúde organize as ações que devem ser oferecidas a cada grupo ou estrato de risco/vulnerabilidade, levando em consideração a necessidade e adesão dos usuários, bem como a racionalidade dos recursos disponíveis nos serviços de saúde.

VII.- Trabalho em Equipe Multiprofissional - Considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais a Atenção Básica lida, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, bem como matriciamento ao processo de trabalho cotidiano. É possível integrar também profissionais de outros níveis de atenção.

VIII.- Resolutividade - Capacidade de identificar e intervir nos riscos, necessidades e demandas de saúde da população, atingindo a solução de problemas de saúde dos usuários. A equipe deve ser resolutiva desde o contato inicial, até demais ações e serviços da AB de que o usuário necessite. Para tanto, é preciso garantir amplo escopo de ofertas e abordagens de cuidado, de modo a concentrar recursos, maximizar as ofertas e melhorar o cuidado, encaminhando de forma qualificada o usuário que necessite de atendimento especializado. Isso inclui o uso de diferentes tecnologias e abordagens de cuidado individual e coletivo, por meio de habilidades das equipes de saúde para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, proteção e recuperação da saúde, e redução de danos. Importante promover o uso de ferramentas que apoiem e qualifiquem o cuidado realizado pelas equipes, como as ferramentas da clínica ampliada, gestão da clínica e promoção da saúde, para ampliação da resolutividade e abrangência da AB.

Entende-se por ferramentas de Gestão da Clínica um conjunto de tecnologias de microgestão do cuidado destinado a promover uma atenção à saúde de qualidade, como protocolos e diretrizes clínicas, planos de ação, linhas de cuidado, projetos terapêuticos singulares, genograma, ecomapa, gestão de listas de espera, auditoria clínica, indicadores de cuidado, entre outras. Para a utilização dessas ferramentas, deve-se considerar a clínica centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades e que a oferta do atendimento se dê de forma humanizada.

VIII.- Promover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, com base nas necessidades sociais e de saúde, através do estabelecimento de ações de continuidade informacional, interpessoal e longitudinal com a população. A Atenção Básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, resolutiva e que contribua para o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de atenção à saúde. Para o alcance da integralidade do cuidado, a equipe deve ter noção sobre a ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade local, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, e a ação intersetorial.

Para isso pode ser necessário realizar de ações de atenção à saúde nos estabelecimentos de Atenção Básica à saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada.

IX.- Realização de ações de atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, para famílias e/ou pessoas para busca ativa, ações de vigilância em saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos casos de maior complexidade.

X.- Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhada de todos os profissionais, e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, gênero e patologias dificultando o acesso dos usuários. Recomenda-se a utilização de instrumentos de planejamento estratégico situacional em saúde, que seja ascendente e envolva a participação popular (gestores, trabalhadores e usuários).

XI.- Implementação da Promoção da Saúde como um princípio para o cuidado em saúde, entendendo que, além da sua importância para o olhar sobre o território e o perfil das pessoas, considerando a determinação social dos processos saúde-doença para o planejamento das intervenções da equipe, contribui também para a qualificação e diversificação das ofertas de cuidado. A partir do respeito à autonomia dos usuários, é possível estimular formas de andar a vida e comportamentos com prazer que permaneçam dentro de certos limites sensíveis entre a saúde e a doença, o saudável e o prejudicial, que sejam singulares e viáveis para cada pessoa. Ainda, numa acepção mais ampla, é possível estimular a transformação das condições de vida e saúde de indivíduos e coletivos, através de estratégias transversais que estimulem a aquisição de novas atitudes entre as pessoas, favorecendo mudanças para modos de vida mais saudáveis e sustentáveis.

Embora seja recomendado que as ações de promoção da saúde estejam pautadas nas necessidades e demandas singulares do território de atuação da AB, denotando uma ampla possibilidade de temas para atuação, destacam-se alguns de relevância geral na população brasileira, que devem ser considerados na abordagem da Promoção da Saúde na AB: alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividade física; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool; promoção da redução de danos; promoção da mobilidade segura e sustentável; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; promoção do desenvolvimento sustentável.

XII.- Desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos em todos os níveis de acepção deste termo (primária, secundária, terciária e quartenária), que priorizem determinados perfis epidemiológicos e os fatores de risco clínicos, comportamentais, alimentares e/ou ambientais, bem como aqueles determinados pela produção e circulação de bens, prestação de serviços de interesse da saúde, ambientes e processos de trabalho. A finalidade dessas ações é prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças, agravos e complicações preveníveis, evitar intervenções desnecessárias e iatrogênicas e ainda estimular o uso racional de medicamentos.

Para tanto é fundamental a integração do trabalho entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde, que é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Básica e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

a. vigilância da situação de saúde da população, com análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;

b. detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública;

c. vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; e

d. vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes.

A AB e a Vigilância em Saúde deverão desenvolver ações integradas visando à promoção da saúde e prevenção de doenças nos territórios sob sua responsabilidade. Todos profissionais de saúde deverão realizar a notificação compulsória e conduzir a investigação dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e outros eventos de relevância para a saúde pública, conforme protocolos e normas vigentes.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300138

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Compete à gestão municipal reorganizar o território, e os processos de trabalho de acordo com a realidade local.

A integração das ações de Vigilância em Saúde com Atenção Básica, pressupõe a reorganização dos processos de trabalho da equipe, a integração das bases territoriais (território único), preferencialmente e rediscutir as ações e atividades dos agentes comunitários de saúde e do agentes de combate às endemias, com definição de papéis e responsabilidades.

A coordenação deve ser realizada por profissionais de nível superior das equipes que atuam na Atenção Básica.

XIII.- Desenvolvimento de ações educativas por parte das equipes que atuam na AB, devem ser sistematizadas de forma que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida e promoção do autocuidado pelos usuários.

XIV.- Desenvolver ações intersetoriais, em interlocução com escolas, equipamentos do SUAS, associações de moradores, equipamentos de segurança, entre outros, que tenham relevância na comunidade, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XV.- Implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como, a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, autocuidado apoiado, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

XVI.- Participação do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas.

O planejamento ascendente das ações de saúde deverá ser elaborado de forma integrada nos âmbitos das equipes, dos municípios, das regiões de saúde e do Distrito Federal, partindo-se do reconhecimento das realidades presentes no território que influenciam a saúde, condicionando as ofertas da Rede de Atenção Saúde de acordo com a necessidade/demanda da população, com base em parâmetros estabelecidos em evidências científicas, situação epidemiológica, áreas de risco e vulnerabilidade do território adscrito.

As ações em saúde planejadas e propostas pelas equipes deverão considerar o elenco de oferta de ações e de serviços prestados na AB, os indicadores e parâmetros, pactuados no âmbito do SUS.

As equipes que atuam na AB deverão manter atualizadas as informações para construção dos indicadores estabelecidos pela gestão, com base nos parâmetros pactuados alimentando, de forma digital, o sistema de informação de Atenção Básica vigente;

XVII.- Implantar estratégias de Segurança do Paciente na AB, estimulando prática assistencial segura, envolvendo os pacientes na segurança, criando mecanismos para evitar erros, garantir o cuidado centrado na pessoa, realizando planos locais de segurança do paciente, fornecendo melhoria contínua relacionando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução de riscos.

XVIII.- Apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social, participando dos conselhos locais de saúde de sua área de abrangência, assim como, articular e incentivar a participação dos trabalhadores e da comunidade nas reuniões dos conselhos locais e municipal; e

XIX.- Formação e Educação Permanente em Saúde, como parte do processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica. Considera-se Educação Permanente em Saúde (EPS) a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde. Nesse contexto, é importante que a EPS se desenvolva essencialmente em espaços institucionalizados, que sejam parte do cotidiano das equipes (reuniões, fóruns territoriais, entre outros), devendo ter espaço garantido na carga horária dos trabalhadores e contemplar a qualificação de todos da equipe multiprofissional, bem como os gestores.

Algumas estratégias podem se aliar a esses espaços institucionais em que equipe e gestores refletem, aprendem e transformam os processos de trabalho no dia-a-dia, de modo a potencializá-los, tais como Cooperação Horizontal, Apoio Institucional, Tele Educação, Formação em Saúde.

Entende-se que o apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano Nesse sentido, pressupõe-se o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias.

A Formação em Saúde, desenvolvida por meio da relação entre trabalhadores da AB no território (estágios de graduação e residências, projetos de pesquisa e extensão, entre outros), beneficiam AB e instituições de ensino e pesquisa, trabalhadores, docentes e discentes e, acima de tudo, a população, com profissionais de saúde mais qualificados para a atuação e com a produção de conhecimento na AB. Para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS, destaca-se a estratégia de celebração de instrumentos contratuais entre instituições de ensino e serviço, como forma de garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde no SUS, bem como de estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade.

Além dessas ações que se desenvolvem no cotidiano das equipes, de forma complementar, é possível oportunizar processos formativos com tempo definido, no intuito de desenvolver reflexões, conhecimentos, competências, habilidades e atitudes específicas, através dos processos de Educação Continuada, igualmente como estratégia para a qualificação da AB. As ofertas educacionais devem, de todo modo, ser indissociadas das temáticas relevantes para a Atenção Básica e da dinâmica cotidiana de trabalho dos profissionais.

6- DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA

O financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite e com detalhamento apresentado pelo Plano Municipal de Saúde garantido nos instrumentos conforme especificado no Plano Nacional, Estadual e Municipal de gestão do SUS. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde compõe o bloco de financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do bloco de financiamento de investimento e seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica.

Os repasses dos recursos da AB aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para este fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

O financiamento federal para as ações de Atenção Básica deverá ser composto por:

I.- Recursos per capita; que levem em consideração aspectos sociodemográficos e epidemiológicos;

II.- Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem, as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Básica (eAB), as equipes de Saúde Bucal (eSB), de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), dos Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), dos Consultórios na Rua (eCR), de Saúde da Família Fluviais (eSFF) e Ribeirinhas (eSFR) e Programa Saúde na Escola e Programa Academia da Saúde;

III.- Recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços;

IV.- Recursos condicionados ao desempenho dos serviços de Atenção Básica com parâmetros, aplicação e comparabilidade nacional, tal como o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade;

V.- Recursos de investimento;

Os critérios de alocação dos recursos da AB deverão se ajustar conforme a regulamentação de transferência de recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, respeitando especificidades locais, e critério definido na LC 141/2012.

I- Recurso per capita:

O recurso per capita será transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal com base num valor multiplicado pela população do Município.

A população de cada município e do Distrito Federal será a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

II- Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica

1. Equipe de Saúde da Família (eSF): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família implantadas serão prioritário e superior, transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Saúde da Família (eSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família será publicado em portaria específica

2. Equipe de Atenção Básica (eAB): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Atenção Básica (eAB) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Atenção Básica (eAB) registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O percentual de financiamento das equipes de Atenção Básica (eAB), será definido pelo Ministério da Saúde, a depender da disponibilidade orçamentária e demanda de credenciamento.

3. Equipe de Saúde Bucal (eSB): Os valores dos incentivos financeiros quando as equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou Atenção Básica (eAB) forem compostas por profissionais de Saúde Bucal, serão transferidos a cada mês, o valor correspondente a modalidade, tendo como base o número de equipe de Saúde Bucal (eSB) registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O repasse mensal dos recursos para o custeio das Equipes de Saúde Bucal será publicado em portaria específica.

4. Equipe Saúde da Família comunidades Ribeirinhas e Fluviais

4.1. Equipes Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) será publicado em portaria específica e poderá ser agregado um valor nos casos em que a equipe necessite de transporte fluvial para acessar as comunidades ribeirinhas adscritas para execução de suas atividades.

4.2. Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica. Assim como, os critérios mínimos para o custeio das Unidades preexistentes ao Programa de Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais.

4.3. Equipes Consultório na Rua (eCR)

Os valores do incentivo financeiro para as equipes dos Consultórios na Rua (eCR) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base a modalidade e o número de equipes cadastradas no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

Os valores do repasse mensal que as equipes dos Consultórios na Rua (eCR) farão jus será definido em portaria específica.

5. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

O valor do incentivo federal para o custeio de cada NASF-AB, dependerá da sua modalidade (1, 2 ou 3) e será determinado em portaria específica. Os valores dos incentivos financeiros para os NASF-AB implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF-AB cadastrados no SCNES vigente.

6. Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS (EACS) implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. Será repassada uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrados no cadastro de equipes e profissionais do SCNES, no mês de agosto do ano vigente.

A efetivação da transferência dos recursos financeiros descritos no item B tem por base os dados de alimentação obrigatória do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, estes devem transferir os dados mensalmente, para o Ministério da Saúde, de acordo com o cronograma definido anualmente pelo SCNES.

III - Do credenciamento

Para a solicitação de credenciamento dos Serviços e de todas as equipes que atuam na Atenção Básica, pelos Municípios e Distrito Federal, deve-se obedecer aos seguintes critérios:

I - Elaboração da proposta de projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica, pelos Municípios/Distrito Federal;

a. O Ministério da Saúde disponibilizará um Manual com as orientações para a elaboração da proposta de projeto, considerando as diretrizes da Atenção Básica;

b. A proposta do projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica deverá estar aprovada pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal; e

c. As equipes que atuam na Atenção Básica que receberão incentivo de custeio fundo a fundo devem estar inseridas no plano de saúde e programação anual.

II - Após o recebimento da proposta do projeto de credenciamento das eABs, as Secretarias Estaduais de Saúde, conforme prazo a ser publicado em portaria específica, deverão realizar:

a. Análise e posterior encaminhamento das propostas para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e

b. após aprovação na CIB, encaminhar, ao Ministério da Saúde, a Resolução com o número de equipes por estratégia e modalidades, que pleiteiam recebimento de incentivos financeiros da atenção básica.

Parágrafo único: No caso do Distrito Federal a proposta de projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica deverá ser diretamente encaminhada ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

III.- O Ministério da Saúde realizará análise do pleito da Resolução CIB ou do Distrito Federal de acordo com o teto de equipes, critérios técnicos e disponibilidade orçamentária; e

IV.- Após a publicação de Portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União, a gestão municipal deverá cadastrar a(s) equipe(s) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde , num prazo máximo de 4 (quatro) meses, a contar a partir da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento da(s) equipe(s) caso esse prazo não seja cumprido.

Para recebimento dos incentivos correspondentes às equipes que atuam na Atenção Básica, efetivamente credenciadas em portaria e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, os Municípios/Distrito Federal, deverão alimentar os dados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades.

1. Suspensão do repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, como:

a. inconsistência no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) por duplicidade de profissional, ausência de profissional da equipe mínima ou erro no registro, conforme normatização vigente; e

b. não envio de informação (produção) por meio de Sistema de Informação da Atenção Básica vigente por três meses consecutivos, conforme normativas específicas.

- identificado, por meio de auditoria federal, estadual e municipal, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

Sobre a suspensão do repasse dos recursos referentes ao item II :

O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços citados acima, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS ou dos órgãos de controle competentes, qualquer uma das seguintes situações:

I.- inexistência de unidade básica de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;

II.- ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no item B, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica, e/ou;

III.- descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e

IV.- ausência de alimentação regular de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente.

Especificamente para as equipes de saúde da família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) com os profissionais de saúde bucal.

As equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) que sofrerem suspensão de recurso, por falta de profissional conforme previsto acima, poderão manter os incentivos financeiros específicos para saúde bucal, conforme modalidade de implantação.

Parágrafo único: A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

6.2- Solicitação de crédito retroativo dos recursos suspensos

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do SCNES e do sistema de informação vigente, por parte dos estados, Distrito Federal e dos municípios, o Ministério da Saúde poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros deste recurso variável. A solicitação de retroativo será válida para análise desde que a mesma ocorra em até 6 meses após a competência financeira de suspensão. Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

- preencher o formulário de solicitação, conforme será disponibilizado em manual específico;

- realizar as adequações necessárias nos sistemas vigentes (SCNES e/ou SISAB) que justifiquem o pleito de retroativo; e

- enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando o crédito retroativo, acompanhado do anexo referido no item I e documentação necessária a depender do motivo da suspensão.

Parágrafo único: as orientações sobre a documentação a ser encaminhada na solicitação de retroativo constarão em manual específico a ser publicado.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), a solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria, acompanhada dos documentos referidos nos itens I e II. Nos casos em que o solicitante de crédito retroativo for o Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado diretamente ao DAB/SAS/MS.

O DAB/SAS/MS procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada e dos sistemas de informação vigentes (SCNES e/ou SISAB), bem como a pertinência da justificativa do gestor, para deferimento ou não da solicitação.

Anexo 2 do Anexo XXII

Teto financeiro por unidade da federação dos recursos referentes ao incentivo para as equipes de SF que incorporarem os ACE na sua composição (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Anexo 1)

Teto financeiro por unidade da federação dos recursos referentes ao incentivo para as equipes de SF que incorporarem os ACE na sua composição:

UF	Estado	Teto financeiro por estado
DF	DISTRITO FEDERAL	R$ 73.600,00
GO	GOIÁS	R$ 864.000,00
MT	MATO GROSSO	R$ 454.400,00
MS	MATO GROSSO DO SUL	R$ 339.200,00
AL	ALAGOAS	R$ 614.400,00
BA	BAHIA	R$ 2.064.000,00
CE	CEARÁ	R$ 1.462.400,00
MA	MARANHÃO	R$ 1.456.000,00
PB	PARAÍBA	R$ 1.033.600,00
PE	PERNAMBUCO	R$ 1.500.800,00
PI	PIAUÍ	R$ 892.800,00
RN	RIO GRANDE DO NORTE	R$ 710.400,00
SE	SERGIPE	R$ 454.400,00
AC	ACRE	R$ 108.800,00
AP	AMAPÁ	R$ 118.400,00
AM	AMAZONAS	R$ 422.400,00
PA	PARÁ	R$ 720.000,00
RO	RONDÔNIA	R$ 185.600,00
RR	RORAIMA	R$ 80.000,00
TO	TOCANTINS	R$ 313.600,00
ES	ESPÍRITO SANTO	R$ 448.000,00
MG	MINAS GERAIS	R$ 3.340.800,00
RJ	RIO DE JANEIRO	R$ 1.222.400,00
SP	SÃO PAULO	R$ 2.643.200,00
PR	PARANÁ	R$ 1.411.200,00
RS	RIO GRANDE DO SUL	R$ 985.600,00
SC	SANTA CATARINA	R$ 1.078.400,00
Brasil	Total	R$ 24.998.400,00

Anexo 3 do Anexo XXII

Proposta de Incorporação do Agente de Controle de Endemias nas equipes de Saúde da Família (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Anexo 2)

Proposta de Incorporação do Agente de Controle de Endemias nas equipes de Saúde da Família

Caracterização Geral

Município _____

UF _____

Código IBGE_____

1.Número total de equipes de SF do Município:

2.Número de equipes de Saúde da Família que estarão incorporando ACE:

3.Identificação das equipe(s) de Saúde da Família que estarão incorporando ACE:

a) Nome da equipe e número no SCNES

b) Nome da equipe e número no SCNES

c) (identificar todas as equipes)

4.Modalidade das equipes de Saúde da Família referida no item 2

Número de equipes Modalidade I:

Número de equipes Modalidade II:

5.Descrição do processo de trabalho a ser implementado:

Local e Data:

_____

Secretário Municipal de Saúde

Anexo 4 do Anexo XXII

Número máximo de microscopistas pelos quais os Municípios poderão fazer jus ao recebimento de incentivo financeiro (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Anexo 1)

Número máximo de microscopistas pelos quais os Municípios poderão fazer jus ao recebimento de incentivo financeiro.

UF	Cód. Município	Município	Total Total
RO	110002	ARIQUEMES	11
RO	110010	GUAJARÁ-MIRIM	5
RO	110013	MACHADINHO D'OESTE	4
RO	110020	PORTO VELHO	21
RO	110026	RIOCRESPO	1
RO	110033	NOVA MAMORE	2
RO	110040	ALTO PARAISO	3
RO	110045	BURITIS	7
RO	110070	CAMPO NOVO DE RONDONIA	3
RO	110080	CANDEIAS DO JAMARI	3
RO	110094	CUJUBIM	2
RO	110110	ITAPUA DO OESTE	2
RO	110160	THEOBROMA	4
RO	110175	VALEDOANARI	2
AC	120001	ACRELANDIA	3
AC	120020	CRUZEIRO DO SUL	13
AC	120033	MANCIO LIMA	2
AC	120038	PLACIDO DE CASTRO	4
AC	120039	PORTO WALTER	1
AC	120042	RODRIGUES ALVES	3
AC	120060	TARAUACA	5
AM	130140	EIRUNEPE	10
AM	130220	JURUÁ	3
AM	130280	MARAA	7
AM	130370	SANTO ANTÔNIO DO IÇÁ	11
AM	130390	SAO PAULO DE OLIVENÇA	4
AM	130002	ALVARAES	4
AM	130014	APUÍ	5
AM	130020	ATALAIA DO NORTE	2
AM	130030	AUTAZES	7
AM	130040	BARCELOS	5
AM	130063	BERURI	3
AM	130080	BORBA	13
AM	130083	CAAPIRANGA	2
AM	130090	CANUTAMA	4
AM	130110	CAREIRO	9
AM	130115	CAREIRO DA VÁRZEA	3
AM	130120	COARI	18
AM	130165	GUAJARA	3
AM	130170	HUMAITÁ	8
AM	130180	IPIXUNA	4
AM	130185	IRANDUBA	9
AM	130190	ITACOATIARA	15
AM	130200	ITAPIRANGA	2
AM	130230	JUTAÍ	7
AM	130240	LABREA	6
AM	130250	MANACAPURU	18
AM	130255	MANAQUIRI	5
AM	130260	MANAUS	42
AM	130270	MAN ICORE	9
AM	130320	NOVO AIRAO	2
AM	130330	NOVO ARIPUANA	5
AM	130353	PRESIDENTE FIGUEIREDO	5
AM	130356	RIO PRETO DA EVA	7
AM	130360	SANTA ISABEL DO RIO NEGRO	3
AM	130380	SAO GABRIEL DA CACHOEIRA	9
AM	130395	SAO SEBASTIAO DO UATUMA	2
AM	130400	SILVES	1
AM	130410	TAPAUÁ	3
AM	130420	TEFE	14
AM	130426	UARINI	2
RR	140002	AMAJARI	2
RR	140015	BONFIM	3
RR	140017	CANTA	2
RR	140020	CARACARAÍ	3
RR	140023	CAROEBE	1
RR	140028	IRACEMA	2
RR	140030	MUCAJAÍ	3
RR	140047	RORAINOPOLIS	2
RR	140050	SAO JOAO DA BALIZA	1
PA	150530	ORIXIMINA	11
PA	150470	MOJU	15
PA	150345	IPIXUNA DO PARA	5
PA	150060	ALTAMIRA	11
PA	150070	ANAJAS	3
PA	150085	ANAPU	3
PA	150195	CACHOEIRA DE PIRIA	6
PA	150309	GOIANESIA DO PARA	4
PA	150360	ITAITUBA	24
PA	150375	JACAREACANGA	3
PA	150503	NOVO PROGRESSO	2
PA	150548	PACAJA	10
PA	150550	PARAGOMINAS	13
PA	150600	PRAINHA	6
PA	150780	SENADOR JOSE PORFIRIO	3
PA	150810	TUCURUI	13
AP	160005	SERRA DO NAVIO	1
AP	160015	PEDRA BRANCA DO AMAPARI	2
AP	160020	CALCOENE	1
AP	160023	FERREIRA GOMES	1
AP	160040	MAZAGAO	4
AP	160050	OIAPOQUE	3
AP	160053	PORTO GRANDE	2
AP	160070	TARTARUGALZINHO	1
MT	510325	COLNIZA	5
MT	510757	RON DOLANDIA	1

Anexo 5 do Anexo XXII

Ações de responsabilidade de todos os Auxiliares Técnicos em Patologia Clínica (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Anexo 2)

[Ações de responsabilidade de todos os Auxiliares Técnicos em Patologia Clínica]

São ações de responsabilidade de todos os Auxiliares Técnicos em Patologia Clínica, a serem desenvolvidas em conjunto com as Equipes de Saúde da Família - ESF E/OU Equipes de agentes comunitários de Saúde.

A - COLETAR MATERIAL BIOLÓGICO

1. Atender o paciente;
2. Ponderar o pedido de exame;
3. Certificar-se do preparo do paciente;
4. Posicionar o paciente de acordo com o exame;
5. Identificar o material biológico do paciente;
6. Efetuar assepsia na região de coleta;
7. Puncionar polpa digital;
8. Acondicionar amostra para transporte.

B - RECEBER MATERIAL BIOLÓGICO

1. Confrontar material biológico com o pedido;
2. Conferir as condições do material biológico.

C - PREPARAR AMOSTRA DO MATERIAL BIOLÓGICO

1. Confeccionar lâminas (esfregaço);
2. Preparo do esfregaço delgado, quando indicado;
3. Corar lâminas.

D - AJUSTAR EQUIPAMENTOS ANALÍTICOS E DE SUPORTE

1. Executar manutenção preventiva do equipamento;
2. Calibrar o equipamento;
3. Ao final do dia, fazer manutenção e limpeza do microscópio;
4. Providenciar manutenção corretiva do equipamento.

E - REALIZAR EXAMES CONFORME O PROTOCOLO

1. Dosar volumetria de reagentes e soluções para exames;
2. Realizar análise macroscópica;
3. Avaliar a qualidade de coloração da gota espessa;
4. Avalair a qualidade de coloração do esfregaço;
5. Identificar a parasitemia para a malária e demais agravos passíveis de diagnóstico por meio do exame da gota espessa, aos quais estiver capacitado;
6. Realizar análise microscópica e quantificação da parasitemia;
7. Uso de testes rápidos para o diagnóstico de malária (quando se aplica);
8. Comparar resultados com os parâmetros de normalidade;
9. Dispensar ao paciente com malária os medicamentos necessários ao tratamento, de acordo com a espécie parasitária identificada no exame microscópico, conforme preconiza o Manual de Terapêutica da Malária do Ministério da Saúde, se necessário;
10. Comparar o resultado do exame com resultados anteriores;
11. Comparar resultado do exame com os dados clínicos do paciente;
12. Liberar exames para responsável que estiver acompanhando o paciente.

F - ADMINISTRAR O SETOR

1. Organizar o fluxograma de trabalho juntamente com a Equipe de Saúde da Família e/ou Equipe de Agentes Comunitários de Saúde;
2. Organizar o local de trabalho;
3. Gerenciar estoque de insumos;
4. Abastecer o setor;
5. Armazenar as amostras;
6. Consumir os kits por ordem de validade;
7. Encaminhar equipamento para manutenção;
8. Participar e promover atividades de capacitação e educação permanente junto à Equipe de Saúde da Família e/ou Agentes Comunitários de Saúde;
9. Supervisionar as atividades de coleta de exames de gota espessa realizadas pela equipe de Agentes Comunitários de Saúde;
10. Elaborar controles estatísticos e epidemiológicos por meio das fichas do SIVEP - Malária.

G - TRABALHAR COM SEGURANÇA E QUALIDADE

1. Usar equipamento de proteção individual (EPI);
2. Seguir procedimentos e protocolos em caso de acidente;
3. Submeter-se a exames de saúde periódicos;
4. Tomar vacinas;
5. Aplicar normas complementares de biossegurança;
6. Verificar as condições de uso do equipamento;
7. Acondicionar material para descarte;
8. Descartar resíduos químicos e biológicos;
9.Verificar a validade dos reagentes;
10. Descartar kits com validade vencida;
11. Precaver-se contra efeitos adversos dos produtos;
12. Desinfectar instrumental e equipamentos.

H - COMUNICAR-SE

1. Dialogar com o paciente;
2. Orientar o paciente sobre os procedimentos da coleta do material;
3. Registrar a ação da coleta;
4. Anotação do resultado no Boletim de Notificação de Casos de Malária:

a. Método tradicional em cruzes (avaliação semiquantitativa);

B. Método de avaliação quantitativa pela contagem de 100 campos microscópicos.

5. Registrar a medicação que o paciente está tomando no Boletim do SIVEP-Malária;
6. Anotação do resultado no "Livro do Laboratório";
7. Envio das lâminas examinadas para o Laboratório de Revisão (100% das lâminas positivas e 10% das lâminas negativas);
8. Enviar os Boletins de Notificação de Casos de Malária para digitação;
9. Trocar informações técnicas;
10. Consultar o médico, se necessário;
11. Realizar investigação do caso (UF provável de infecção; Município provável de infecção; localidade provável de infecção) junto com a Equipe de Saúde da Família e/ou Equipe de Agentes Comunitários de Saúde, quando necessário;
12. Ao suspeitar de malária grave, providenciar, em conjunto com a Equipe de Saúde da Família e/ou Equipe de Agentes Comunitários de Saúde, o encaminhamento urgente do doente para a assistência médico-hospitalar;
13. Se o resultado for negativo, encaminhar o paciente à unidade de saúde de referência para o esclarecimento diagnóstico;
14. Fazer o agendamento para o acompanhamento com as Lâminas de Verificação de Cura (LVC), se necessário;
15. Solicitar material ao almoxarifado;
16. Transcrever resultados observados.

Anexo XXIII

Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (Origem: PRT MS/GM 1044/2004)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, utilizando um modelo de organização e financiamento que estimule a inserção desses Hospitais de Pequeno Porte na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade.(Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL PARA OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE

Art. 2º Poderão aderir, voluntariamente, à política ora instituída, os Municípios e Estados que tiverem sob sua gestão estabelecimento hospitalar que preencha os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º)

I - ser de esfera administrativa pública ou privada sem fins lucrativos, reconhecida como filantrópica; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º, I)

II - estar localizado em municípios ou microrregiões com até 30.000 habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º, II)

III - possuir entre 5 a 30 leitos de internação cadastrados no CNES; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º, III)

IV - estar localizado em municípios que apresentam cobertura da Estratégia de Saúde da Família igual ou superior a 70%. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º, IV)

Art. 3º São requisitos necessários para a adesão à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º)

I - estar habilitado segundo as condições de gestão estabelecidas na Norma Operacional da Assistência - NOB/96 ou na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS - 01/2002; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, I)

II - comprovar a operação do Fundo de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, II)

III - comprovar o funcionamento do Conselho de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, III)

IV - apresentar Plano de Trabalho aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, IV)

V - formalizar Termo de Adesão junto ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, V)

Parágrafo Único. As orientações para o desenvolvimento do Termo de Adesão e do Plano de Trabalho serão objeto de Instrução Normativa a ser publicada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º Em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, caberá aos estabelecimentos de saúde, de acordo com normatização vigente: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º)

I - adequar o seu perfil assistencial, preferencialmente para: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I)

a) especialidades básicas (clínicas: médica, pediátrica e obstétrica); (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I, a)

b) saúde bucal, em especial para a atenção às urgências odontológicas; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I, b)

c) pequenas cirurgias, desde que preenchidos os requisitos técnicos pertinentes; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I, c)

d) urgência e emergência, desde que preenchidos os requisitos técnicos pertinentes e como integrante do sistema regional; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I, d)

II - participar das políticas prioritárias do Sistema Único de Saúde e colaborar ativamente na constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde, de acordo com a realidade locorregional; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, II)

III - participar da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, III)

IV - cumprir o Contrato de Metas firmado com o gestor local de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, IV)

V - desenvolver ações de qualificação da gestão hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, V)

VI - regularizar e manter sob a regulação do gestor local do SUS a totalidade dos serviços contratados, de acordo com as normas operacionais vigentes no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, VI)

VII - participar na composição do Conselho Gestor do Contrato de Metas; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, VII)

VIII - alimentar, sistematicamente, os sistemas de informações do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, VIII)

Parágrafo Único. O perfil assistencial dos Hospitais de Pequeno Porte poderá ser adequado de forma alternativa, a critério do gestor de saúde, desde que sejam respeitados os requisitos técnicos e a legislação pertinente nas áreas fins. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 5º A oferta quantitativa de leitos dos Hospitais de Pequeno Porte será ajustada tomando como parâmetro: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º)

I - a necessidade de internações de baixa e média complexidade, estimada em 5% da população da área de abrangência/ano; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, I)

II - taxa de ocupação de 80%; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, II)

III - média de permanência de 5 dias. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, III)

§ 1º Os parâmetros de que trata este artigo expressam-se na fórmula Necessidade de Leitos = Necessidade de Internações Programadas/Capacidade de Internação por Leito, conforme orientações do Capítulo II do Título IV da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Esses parâmetros serão reavaliados periodicamente pelo Ministério da Saúde, podendo ser atualizados na medida da necessidade. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º Em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, caberá ao responsável pela gestão do sistema hospitalar: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º)

I - apresentar diagnóstico da rede hospitalar e sua integração com o sistema de atenção local e regional; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, I)

II - elaborar Plano de Trabalho a ser submetido ao respectivo Conselho de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite, contendo o detalhamento das metas, ações e programações a serem implementadas nas unidades de saúde que preencherem os critérios de seleção; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, II)

III - desenvolver a capacitação institucional e modernização da gestão visando à qualificação permanente das ações integradas de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, III)

IV - pactuar com os gestores municipal e estadual os mecanismos de referência e contra-referência para atendimento à população em sua microrregião, em consonância com as diretrizes da regionalização dos Estados; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, IV)

V - elaborar relatório semestral contendo avaliação das ações realizadas, a ser apresentado ao respectivo Conselho de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, V)

VI - acompanhar e avaliar o desempenho dos estabelecimentos de saúde e o cumprimento do Contrato de Metas; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, VI)

VII - monitorar a alimentação das informações nos bancos de dados do SUS, por parte dos estabelecimentos de saúde contratados; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, VII)

VIII - garantir a integração do hospital com a rede de atenção básica e a implementação das políticas de saúde prioritárias do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, VIII)

Art. 7º Em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, aos Estados caberá: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º)

I - oferecer cooperação e assessoria técnica aos municípios para a elaboração do diagnóstico e dos "Planos de Trabalho"; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, I)

II - desenvolver e implementar projetos estratégicos para a capacitação de gestores municipais e gerentes das unidades hospitalares de pequeno porte; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, II)

III - encaminhar ao Ministério da Saúde, após apreciação pela CIB, a formalização da adesão do Estado à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte e os Planos de Trabalho formulados pelos Municípios ou pelo próprio Estado; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, III)

IV - participar no financiamento, conforme estabelecido no art. 10, § 1º ; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, IV)

V - acompanhar, supervisionar e avaliar os projetos, encaminhando ao Ministério da Saúde os relatórios semestrais contendo avaliação do impacto das ações realizadas; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, V)

VI - estimular o processo de descentralização das unidades sob gestão estadual. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, VI)

Art. 8º Em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, ao Ministério da Saúde caberá: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º)

I - implementar políticas e estratégias em conjunto com Estados e municípios, resultantes da pactuação entre as três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, I)

II - oferecer assessoria técnica a Estados e municípios para a elaboração e implantação dos Planos de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, II)

III - desenvolver e implementar projetos estratégicos, em parceria com Estados e municípios, para a capacitação de gestores estaduais e municipais; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, III)

IV - monitorar, controlar e avaliar a Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, IV)

V - analisar e encaminhar os projetos para homologação na Comissão Intergestores Tripartite; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, V)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300141

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

VI - aprimorar e utilizar os sistemas de informação existentes para o acompanhamento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, VI)

Art. 9º A alocação de recursos de custeio aos estabelecimentos de saúde que atenderem aos critérios definidos no art. 2º será efetuada por Orçamento Global, mediante Contrato de Metas. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 9º)

§ 1º O valor correspondente ao custeio global dos hospitais de pequeno porte, em conformidade com o art. 5º, será normatizado pela Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O repasse dos recursos de custeio será realizado de forma automática, do Fundo Nacional de Saúde para os respectivos Fundos Estaduais e Municipais, de acordo com as normas vigentes para tal finalidade. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 9º, § 2º)

§ 3º A adesão e o valor de contrato destinado a cada estabelecimento de saúde, bem como os valores a serem repassados às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde serão publicados no Diário Oficial da União. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 9º, § 3º)

Art. 10. O Ministério da Saúde utilizará como base para a execução da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte o montante de recursos utilizados para o pagamento da produção apresentada pelos estabelecimentos de saúde no ano de 2003, acrescido do impacto financeiro de todos os reajustes concedidos até a data da contratação desses hospitais. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 10)

§ 1º Os recursos financeiros necessários à cobertura da diferença entre o faturamento SUS pago no ano de 2003 para cada estabelecimento e o valor previsto para a orçamentação global por meio do Contrato de Metas serão divididos igualmente entre o Ministério da Saúde e a respectiva Secretaria Estadual de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 10, § 1º)

§ 2º Excepcionalmente, poderão ser apresentadas, para apreciação e deliberação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), propostas de custeio prevendo a participação de municípios, pactuadas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 10, § 2º)

Art. 11. Os recursos financeiros de investimento necessários deverão estar em conformidade com o Plano Diretor de Investimentos dos Estados. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 11)

Parágrafo Único. Os projetos de investimento deverão ser apresentados de acordo com a Cartilha de Apresentação de Propostas do Ministério da Saúde, mediante a Celebração de Convênios e Instrumentos Congêneres, conforme a normatização vigente e disponível no endereço eletrônico portalfns.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 12. O acompanhamento do Contrato de Metas será realizado por Conselho Gestor a ser instituído pelo respectivo Conselho de Saúde ou por Comissão de Acompanhamento do Contrato de Metas no âmbito do respectivo Conselho de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 12)

Parágrafo Único. O Órgão Colegiado de Acompanhamento de que trata o caput deste artigo deverá efetuar o acompanhamento mensal do Contrato de Metas e avaliar os relatórios semestrais das atividades desenvolvidas pelo estabelecimento de saúde, incluindo a análise de documentos contábeis, balancetes e outros julgados cabíveis. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 12, Parágrafo Único)

Art. 13. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) definirá, em portaria complementar, os parâmetros e indicadores para acompanhamento e avaliação de desempenho dos estabelecimentos de saúde, visando à manutenção do repasse de recursos financeiros. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 13)

§ 1º O não cumprimento das obrigações previstas na Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte e no Contrato de Metas implicará na suspensão das transferências financeiras pactuadas. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 13, § 1º)

§ 2º O Ministério da Saúde apresentará, para aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite, a desqualificação dos Estados e municípios que não comprovarem o cumprimento de suas responsabilidades. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 13, § 2º)

Art. 14. Fica vedado o credenciamento pelo SUS de novos hospitais de pequeno porte em todo o território nacional, bem como o investimento do SUS para construção desse tipo de unidade, levando em consideração os parâmetros de necessidade de leitos, e o disposto no art. 5º. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 14)

Art. 15. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotará as medidas necessárias para a operacionalização da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 15)

CAPÍTULO II

DA PARTICIPAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NA POLÍTICA NACIONAL PARA OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE

Seção I

Disposições Gerais

Art. 16. A critério dos gestores estaduais e municipais de saúde, fica facultada a participação de estabelecimentos de saúde na Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte que detenham as características constantes dos itens abaixo, desde que cumpridos os demais critérios de seleção estabelecidos pelo Anexo XXIII:(Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 1º)

I - estabelecimentos de saúde com mais de 30 leitos cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e, após o ajuste de leitos definidos pelo art. 5º apresentar necessidade de até 30 leitos; (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 1º, I)

II - estabelecimentos de saúde que estão localizados em municípios com cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) menor que 70% poderão apresentar planos de trabalho para adesão à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, a vigência do efeito financeiro só terá início mediante a adequação da cobertura do PSF maior que 70%, comprovada por meio do Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB; e (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 1º, II)

III - estabelecimentos de saúde que apresentam valores financeiros da AIH 2004 maior que o definido pela Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, poderão aderir, considerando a base da AIH 2004 como seu valor de custeio correspondente. (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 1º, III)

Art. 17. O disposto no art. 14 não se aplica aos estabelecimentos de saúde públicos e filantrópicos, construídos, até a data de publicação da Portaria nº 852/GM/MS, de 07 de junho de 2005, e operacionalizados com recursos públicos, ainda não cadastrados no CNES, e considerados relevantes para o sistema local de saúde pelo gestor estadual de saúde. (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 2º)

Parágrafo Único. As unidades que se enquadram no disposto neste artigo deverão aderir à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, mediante justificativa do gestor estadual de saúde, apresentada à Secretaria de Atenção à Saúde, para análise aprovação e registro no CNES. (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 2º, Parágrafo Único)

Seção II

Dos critérios da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte dos estados participantes da Amazônia Legal

Art. 18. Para a alocação de recursos financeiros dos hospitais de Pequeno Porte dos estados integrantes da região da Amazônia Legal, será considerada a oferta quantitativa do ajuste de leitos/necessidade de leitos, conforme o definido no Capítulo II do Título IV da Portaria de Consolidação nº 1, tomando como parâmetros:(Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 1º)

I - a necessidade de internações de baixa e média complexidade, estimada em 6% da população da área de abrangência/ano; (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 1º, I)

II - taxa de ocupação de 80%; e (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 1º, II)

III - média de permanência de 5 dias. (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 1º, III)

Art. 19. Poderão aderir à Política Nacional, a critério dos gestores estaduais e municipais de saúde, os hospitais de pequeno porte da Amazônia Legal localizados em municípios que ainda não atingiram a cobertura mínima de 70% por Equipes de Saúde da Família (ESF). (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 2º)

Parágrafo Único. A adequação do critério de cobertura populacional por ESF terá efeito para estados/municípios que apresentem em seus planos municipais de saúde ações e metas progressivas de qualificação da atenção básica, demonstrando a integração/interface entre a atenção básica e a atenção hospitalar, nesse nível de complexidade, dentro da lógica do Pacto de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 20. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) será a instância de pactuação, avaliação e deliberação da análise e definição das propostas apresentadas com vistas à participação dos estabelecimentos de saúde/municípios na Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte da Amazônia Legal. (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 3º)

Anexo XXIV

Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (Origem: PRT MS/GM 3390/2013)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO I)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS). (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 1º)

Art. 2º As disposições regulamentares da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) se aplicam a todos os hospitais, públicos ou privados, que prestem ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 2º)

Art. 3º Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica especifica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 3º)

Art. 4º Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS locorregional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 4º)

§ 1º Os hospitais, enquanto integrantes da RAS, atuarão de forma articulada à Atenção Básica de Saúde, que tem a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Os hospitais, além da assistência, constituem-se, ainda, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 4º, § 2º)

Art. 5º Para efeito da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), considera-se: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º)

I - acessibilidade hospitalar: a condição para utilização com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos do hospital por uma pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, I)

II - acolhimento: a escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no momento de procura ao serviço de saúde e na prestação de cuidados com a finalidade de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, II)

III - apoio matricial: o suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, invertendo a lógica da fragmentação dos saberes; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, III)

IV - auditoria clínica: a análise crítica e sistemática da qualidade de atenção à saúde prestada no hospital, incluindo-se os procedimentos usados para o diagnóstico e o tratamento, uso dos recursos e os resultados para os usuários; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, IV)

V - classificação de risco: protocolo pré-estabelecido, com a finalidade de dar agilidade ao atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, V)

VI - clínica ampliada: dispositivo de atenção à saúde, centrado nas necessidades de cada usuário e no seu contexto, articulando um conjunto de práticas capazes de potencializar a capacidade de atuação dos profissionais por meio da implantação das equipes de referência, construção de vínculo e elaboração de projetos terapêuticos compartilhados com os usuários, buscando ampliar os recursos de intervenção sobre o processo saúde/doença; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, VI)

VII - diretrizes terapêuticas: recomendações desenvolvidas de modo sistemático para auxiliar os profissionais de saúde e usuários no momento da tomada de decisões acerca de circunstâncias clínicas específicas; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, VII)

VIII - gerência: administração de uma unidade ou órgão de saúde, tais como ambulatório, hospital, instituto e fundação, que se caracteriza como prestador de serviços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, VIII)

IX - gestão: atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde municipal, distrital, estadual ou nacional, exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria, envolvendo as macrofunções de formulação de políticas/planejamento, financiamento, coordenação, regulação, controle e avaliação do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados e prestação direta de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, IX)

X - gestão da clínica: práticas assistenciais e gerenciais desenvolvidas a partir da caracterização do perfil dos usuários por meio da gestão de leitos, corresponsabilização das equipes e avaliação de indicadores assistenciais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, X)

XI - gerenciamento de leitos: dispositivo para otimização da utilização dos leitos, aumentando a rotatividade dentro de critérios técnicos, visando diminuir o tempo de internação desnecessário e abrir novas vagas para demandas represadas; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XI)

XII - horizontalização do cuidado: a forma de organização do trabalho em saúde, na qual existe uma equipe multiprofissional de referência que atua diariamente no serviço, em contraposição à forma de organização do trabalho em que os profissionais têm uma carga horária distribuída por plantão; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XII)

XIII - linha de cuidado: a estratégia de organização da atenção que viabiliza a integralidade da assistência, por meio de um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de riscos, agravos ou demais condições específicas do ciclo de vida ou outro critério sanitário a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua, abrangendo os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XIII)

XIV - Núcleo Interno de Regulação (NIR): constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XIV)

XV - Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH): Núcleo composto por profissionais das diversas áreas do hospital cuja finalidade é a garantia da qualidade da gestão do serviço de urgência e emergência e dos leitos de retaguarda às urgências na forma do Título I do Livro II do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XV)

XVI - modelo de atenção: forma como é organizado o sistema de saúde a partir da compreensão do processo de saúde e doença, do modo como se organiza a oferta de serviços e suas formas de intervenção por meio dos modelos de práticas profissionais e institucionais estruturadas para o atendimento de necessidades individuais e coletivas, específicas para um determinado contexto histórico e social; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XVI)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300142

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

XVII - Plano Terapêutico: plano de cuidado de cada paciente, resultado da discussão da equipe multiprofissional, com o objetivo de avaliar ou reavaliar diagnósticos e riscos, redefinindo as linhas de intervenção terapêutica dos profissionais envolvidos no cuidado; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XVII)

XVIII - ponto de atenção: espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular, como uma unidade ambulatorial especializada, uma unidade de atenção domiciliar, uma unidade de atenção paliativa, etc.; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XVIII)

XIX - prontuário único: o conjunto de documentos em saúde padronizados e ordenados, destinado ao registro dos cuidados que foram prestados aos usuários por todos os profissionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XIX)

XX - Portas Hospitalares de Urgência e Emergência: serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências e emergências clínicas, pediátricas, obstétricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, etc.; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XX)

XXI - protocolo clínico: documento que normaliza um padrão de atendimento a determinada patologia ou condição clínica, identificando as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XXI)

XXII - RAS: malha que integra os diversos pontos de atenção em determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas estejam articulados e adequados de forma regulada para o atendimento ao usuário; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XXII)

XXIII - visita aberta: o acesso dos visitantes às unidades de internação em qualquer tempo, desde que negociado previamente entre usuário, profissionais, gestores e visitantes, de forma a garantir o elo entre o usuário e sua rede social de apoio. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XXIII)

CAPÍTULO II

DAS DIRETRIZES

(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO II)

Art. 6º São diretrizes da PNHOSP: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º)

I - garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, I)

II - regionalização da atenção hospitalar, com abrangência territorial e populacional, em consonância com as pactuações regionais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, II)

III - continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, III)

IV - modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, IV)

V - acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, V)

VI - atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, VI)

VII - gestão de tecnologia em saúde de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, VII)

VIII - garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, VIII)

IX - garantia da efetividade dos serviços, com racionalização da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, IX)

X - financiamento tripartite pactuado entre as três esferas de gestão; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, X)

XI - garantia da atenção à saúde indígena, organizada de acordo com as necessidades regionais, respeitando-se as especificidades socioculturais e direitos estabelecidos na legislação, com correspondentes alternativas de financiamento específico de acordo com pactuação com subsistema de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, XI)

XII - transparência e eficiência na aplicação de recursos; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, XII)

XIII - participação e controle social no processo de planejamento e avaliação; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, XIII)

XIV - monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, XIV)

CAPÍTULO III

DOS EIXOS ESTRUTURANTES

(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III)

Art. 7º São eixos estruturantes da PNHOSP: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º)

I - Assistência Hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, I)

II - Gestão Hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, II)

III - Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, III)

IV - Financiamento; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, IV)

V - Contratualização; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, V)

VI - Responsabilidades das Esferas de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, VI)

Seção I

Do Eixo de Assistência Hospitalar

(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 8º A assistência hospitalar no SUS será organizada a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 8º)

Art. 9º A atenção hospitalar atuará de forma integrada aos demais pontos de atenção da RAS e com outras politicas de forma intersetorial, mediadas pelo gestor, para garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 9º)

Art. 10. A assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas, será prestada em Regime de Hospital Dia, nos termos do Anexo 1.

Art. 11. O acesso à atenção hospitalar será realizado de forma regulada, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 10)

§ 1º O acesso à atenção hospitalar será organizado em consonancia com as diretrizes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e da Política Nacional de Regulação, de forma pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Comissão Intergestores Regional (CIR), quando houver. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 10, § 1º)

§ 2º As Portas Hospitalares de Urgência e Emergência deverão implementar acolhimento e protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades específicas. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 10, § 2º)

§ 3º A equipe de saúde será integralmente responsável pelo usuário a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 10, § 3º)

Art. 12. O modelo de atenção hospitalar contemplará um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11)

§ 1º A clínica ampliada e a gestão da clínica serão a base do cuidado, com a implementação de equipes multiprofissionais de referência, de forma a assegurar o vínculo entre a equipe, o usuário e os familiares, com a garantia de visita aberta com a presença do acompanhante e com a valorização de fatores subjetivos e sociais.(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 1º)

§ 2º As equipes multiprofissionais de referência serão a estrutura nuclear dos serviços de saúde do hospital e serão formadas por profissionais de diferentes áreas e saberes, que irão compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 2º)

§ 3º A horizontalização do cuidado será uma das estratégias para efetivação da equipe de referência, com fortalecimento de vínculo entre profissionais, usuários e familiares. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 3º)

§ 4º O Plano Terapêutico será elaborado de forma conjunta pelas equipes, especialmente quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, com o objetivo de reavaliar diagnósticos e redefinir as linhas de intervenção terapêutica, devendo ser registrado em prontuário unificado compartilhado pela equipe multiprofissional. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 4º)

§ 5º As equipes dos serviços hospitalares atuarão por meio de apoio matricial, propiciando retaguarda e suporte nas respectivas especialidades para as equipes de referência, visando a atenção integral ao usuário. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 5º)

§ 6º O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR) ou Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 6º)

§ 7º Cabe ao hospital implantar os núcleos de Segurança do Paciente nos moldes descritos na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/ANVISA, de 25 de julho de 2013, de forma a elaborar um Plano de Segurança do Paciente, bem como garantir a implantação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 7º)

§ 8º Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos serão adotados para garantir intervenções seguras e resolutivas, além de evitar ações desnecessárias, qualificando a assistência prestada ao usuário, de acordo com o estabelecido pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 8º)

§ 9º Ações que assegurem a qualidade da atenção e boas práticas em saúde deverão ser implementadas para garantir a segurança do paciente com redução de incidentes desnecessários e evitáveis, além de atos inseguros relacionados ao cuidado. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 9º)

Art. 13. Cabe ao hospital identificar e divulgar os profissionais que são responsáveis pelo cuidado do paciente nas unidades de internação, nos prontos socorros, nos ambulatórios de especialidades e nos demais serviços. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 12)

Art. 14. Cabe ao hospital implantar a visita aberta, de forma a garantir a ampliação do acesso dos visitantes ao pronto socorro e às unidades de internação, favorecendo a relação entre o usuário, familiares e rede social de apoio e a equipe de referência. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 13)

Art. 15. Os usuários internados, especialmente os idosos, gestantes, crianças, adolescentes e indígenas, possuem direito a acompanhante 24 (vinte e quatro) horas por dia. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 14)

Parágrafo Único. O direito de crianças e adolescentes de brincar será assegurado, assim como o direito de estudar, que será implementado de acordo com o estabelecido pela Secretaria de Educação Estadual, Distrital e Municipal em articulação com gestor de saúde local. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 16. A auditoria clínica interna periódica será realizada, no mínimo a cada 2 (dois) anos, com o objetivo de qualificar o processo assistencial hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 15)

Art. 17. A alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, será realizada por meio de: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 16)

I - orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 16, I)

II - articulaçao da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 16, II)

III - implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 16, III)

Seção II

Do Eixo de Gestão Hospitalar

(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 18. A gestão da atenção hospitalar será pautada: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17)

I - na garantia do acesso e qualidade da assistência; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17, I)

II - no cumprimento de metas pactuadas na contratualização com o gestor; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17, II)

III - na eficiência e transparência da aplicação dos recursos; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17, III)

IV - no planejamento participativo e democrático. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17, IV)

Art. 19. A gestão da atenção hospitalar no SUS será definida em consonância com o desenho da RAS, de acordo com: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18)

I - o papel do hospital na rede; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, I)

II - a implementação de fluxos regulatórios; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, II)

III - a contratualização; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, III)

IV - os critérios de monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, IV)

§ 1º O gestor estadual, distrital ou municipal de saúde será responsável pela regulação da atenção hospitalar, nos termos da Política Nacional de Regulação do SUS, utilizando-se de protocolos assistenciais e de critérios de priorização de riscos e vulnerabilidades, conforme pactuação da CIB ou da CIR, quando existir, para proporcionar acesso ao cuidado adequado no tempo oportuno. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, § 1º)

§ 2º Os hospitais disponibilizarão ações e serviços de saúde às centrais de regulação de acordo com o pactuado no instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, § 2º)

Art. 20. O Plano Diretor e os contratos internos de gestão do hospital, desde que monitorados e avaliados rotineiramente, poderão ser ferramentas adotadas para o cumprimento dos compromissos e metas pactuados com o gestor e para a sustentabilidade institucional. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19)

§ 1º Cabe aos hospitais desenvolver estratégias para monitoramento e avaliação dos compromissos e metas pactuados na contratualização e da qualidade das ações e serviços de forma sistemática e em conjunto com as instâncias gestoras do SUS, utilizando-se dos resultados para subsidiar o processo de planejamento e gestão.(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19, § 1º)

§ 2º A gestão participativa e democrática, a atuação da ouvidoria e as pesquisas de satisfação do usuário serão dispositivos de avaliação da gestão interna do hospital e da atenção. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19, § 2º)

§ 3º A ambiência hospitalar deverá adotar uma arquitetura inclusiva e com acessibilidade, seguindo as normas e legislações vigentes. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19, § 3º)

§ 4º Deverão ser garantidos o registro e a atualização regular dos dados nos sistemas oficiais de informação do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19, § 4º)

Art. 21. A administração dos hospitais será profissionalizada por meio de ações de indução e apoio à formação de competências específicas de profissionais que ocupem cargos de direção e de gerência intermediária. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 20)

Art. 22. A administração dos insumos, da infraestrutura, de recursos financeiros e a gestão da força de trabalho serão direcionados para o cumprimento do papel do hospital na RAS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 21)

Art. 23. Para efeito de investimento pelo SUS, a direção do hospital pactuará junto aos gestores do SUS a demanda para ampliação ou reforma da capacidade instalada e incorporação de tecnologias que impliquem em acréscimos na contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 22)

Seção III

Dos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar

Art. 24. Ficam instituídos os Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 1º)

Parágrafo Único. São consideradas como Centros Colaboradores aquelas instituições hospitalares, integrantes do Sistema Único de Saúde que tenham comprovada experiência e qualidade na gestão organização assistencial e, portanto, estejam aptas a desenvolver ações de assessoria/consultoria a outros hospitais, igualmente integrantes do Sistema. (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 25. Compete aos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar o desenvolvimento de atividades de assessoria/consultoria, nas áreas em que forem selecionados, junto a hospitais predefinidos pela Secretaria de Atenção à Saúde/SAS e integrantes do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 2º)

Art. 26. A Secretaria de Atenção à Saúde deve estabelecer critérios de seleção para os hospitais que atuarão como Centros Colaboradores, celebrando, com os mesmos, Termos de Cooperação Técnica para a execução das atividades de assessoria/consultoria, bem como adote todas as demais providências necessárias ao cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 3º)

Art. 27. Será concedido, por meio de ato próprio, às Instituições selecionadas que firmarem o Termo de Cooperação Técnica, de que trata o art. 26, e atuarem como Centros Colaboradores, o Título de Centro Colaborador para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, que terá validade pelo período de 01 (um) ano.(Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 4º)

Parágrafo Único. As instituições tituladas como Centro Colaborador para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar serão priorizadas no estabelecimento de outras parcerias com o Ministério da Saúde na área de assistência hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 4º, Parágrafo Único)

Seção IV

Do Eixo de Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho

(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção III)

Art. 28. Todos os espaços de produção das ações e serviços de saúde no SUS constituem-se em campo de prática para ensino, pesquisa e incorporação tecnológica em saúde, devendo os hospitais integrantes do SUS desempenhar um importante papel na formação, tanto para suas equipes como para o matriciamento dos trabalhadores dos demais pontos de atenção da RAS, de acordo com o pactuado com os gestores. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 23)

§ 1º Os hospitais integrantes do SUS deverão participar tanto de ações de formação de novos profissionais de saúde, quanto de educação permanente em saúde, com prioridade para as áreas estratégicas do SUS, devendo integrar programas e políticas prioritárias de formação em saúde. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 23, § 1º)

§ 2º Os hospitais podem ter uma missão específica de ensino para graduação e pós-graduação na área da saúde, podendo receber a Certificação como Hospital de Ensino (HE), de acordo com os critérios estabelecidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 23, § 2º)

Art. 29. Os hospitais adotarão as seguintes estratégias de valorização dos trabalhadores: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24)

I - avaliação de desempenho; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, I)

II - educação permanente; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, II)

III - avaliação da atenção à saúde do trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, III)

§ 1º A avaliação de desempenho dos trabalhadores pressupõe a existência de oportunidades sistemáticas para análises individuais e coletivas do trabalho, com participação ativa dos trabalhadores, buscando a corresponsabilização das equipes com as avaliações. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, § 1º)

§ 2º O programa de educação permanente em saúde deve ser oferecido aos profissionais de saúde das equipes dos hospitais, baseado no aprendizado em serviço, no qual o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano dos hospitais e das equipes. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, § 2º)

§ 3º A atenção à saúde do trabalhador contemplará ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças e reabilitação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, § 3º)

Art. 30. A gestão da força de trabalho na atenção hospitalar no SUS será direcionada para aperfeiçoar mecanismos de provimento, fixação e habilitação de profissionais, buscando atender aos pressupostos da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 25)

Seção V

Do Eixo de Financiamento

(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção IV)

Art. 31. O financiamento da assistencia hospitalar será realizado de forma tripartite, pactuado entre as três esferas de gestão, de acordo com as normas específicas do SUS e o disposto no Anexo 3. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 26)

Art. 32. A busca da sustentabilidade será uma das bases do custeio dos hospitais, considerando a sua população de referência, o território de atuação, a missão e o papel desempenhado na RAS, pactuados regionalmente. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 27)

§ 1º Todos os recursos que compõem o custeio das ações e serviços para a atenção hospitalar constarão em um único instrumento formal de contratualização, mediado pelo cumprimento de metas qualiquantitativas de assistência, gestão e ensino/pesquisa. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 27, § 1º)

§ 2º As regiões com populações dispersas e rarefeitas em grandes extensões territoriais, como a Amazônia Legal, terão mecanismos de custeio que considerem as especificidades regionais. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 27, § 2º)

Art. 33. Os recursos de investimento destinados à atenção hospitalar considerarão a ampliação da capacidade instalada, a renovação do parque tecnológico e a inovação de tecnologias, respeitando as especificidades regionais e as pactuações locais, de acordo com os seguintes critérios de priorização: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 28)

I - estar em consonância com as prioridades estabelecidas nos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, Distrital e Municipais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 28, I)

II - contemplar os projetos de implementação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e Programas prioritárias do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 28, II)

III - priorizar regiões remotas com grandes vazios assistenciais. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 28, III)

Seção VI

Do Eixo de Contratualização

(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção V)

Art. 34. Os gestores de saúde formalizarão a relação com os hospitais que prestam ações e serviços ao SUS por meio de instrumentos formais de contratualização, independente de sua natureza jurídica, esfera administrativa e de gestão. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 29)

Parágrafo Único. A contratualização é a formalização da relação entre o gestor público de saúde e os hospitais integrantes do SUS, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, sob sua gestão, por meio de instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 29, Parágrafo Único)

Art. 35. A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes, promovendo a qualificação da assistência, da gestão hospitalar e do ensino/pesquisa, de acordo com o disposto no Anexo 2 e as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30)

I - adequação das ações e serviços contratualizadas às necessidades locais e regionais pactuadas na CIB ou na CIR, quando houver; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, I)

II - definição das ações e serviços de saúde e atividades de ensino e pesquisa que serão disponibilizadas para o gestor; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, II)

III - estabelecimento de valores e formas de repasse dos recursos financeiros condicionados ao cumprimento e monitoramento de metas qualiquantitativas; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, III)

IV - aprimoramento dos processos de avaliação, controle e regulação dos serviços assistenciais; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, IV)

V - efetivação do controle social e garantia de transparência. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, V)

Art. 36. O gestor local levará em consideração os seguintes critérios de priorização para a contratualização: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31)

I - hospitais públicos, quais sejam federais, estaduais, distrital ou municipais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, I)

II - hospitais de direito privado sem fins lucrativos, que prestam 100% (cem por cento) dos seus serviços ao SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, II)

III - hospitais de direito privado sem fins lucrativos que prestam o mínimo de 60% (sessenta por cento) dos seus serviços ao SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, III)

IV - demais hospitais privados sem fins lucrativos; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, IV)

V - hospitais privados com fins lucrativos. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, V)

Seção VII

Do Eixo de Responsabilidades das Esferas de Gestão

(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção VI)

Art. 37. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, representados por suas instâncias gestoras do SUS, são responsáveis pela organização e execução das ações da atenção hospitalar nos seus respectivos territórios, de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32)

§ 1º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º)

I - definir, implementar, monitorar e avaliar a PNHOSP em consonância com os princípios da universalidade, integralidade, equidade, controle social e descentralização com direção única em cada esfera de governo, da forma pactuada na CIT; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, I)

II - estabelecer, no Plano Nacional de Saúde, metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar em todo território nacional; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, II)

III - definir, monitorar e avaliar a contratualização da atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, III)

IV - cofinanciar a atenção hospitalar, de forma tripartite; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, IV)

V - estabelecer diretrizes nacionais para a educação permanente em saúde na atenção hospitalar, de acordo com a pactuação na CIT; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, V)

VI - estabelecer prioridades, fomentar e realizar pesquisas que fortaleçam a atenção hospitalar do SUS em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, VI)

VII - fomentar a gestão de tecnologias em saúde direcionadas para a atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, VII)

VIII - articular com o Ministério da Educação mudanças curriculares para os cursos de graduação e pós-graduação nas áreas da saúde, visando à formação de profissionais com perfil adequado para atuação na atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, VIII)

IX - estabelecer, de acordo com a pactuação na CIT, mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar, por meio de indicadores de desempenho, de processos e de resultados; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, IX)

X - ser copartícipe da contratualização dos hospitais sob sua gerência com os gestores locais e realizar o monitoramento e avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, X)

XI - organizar, executar e avaliar os serviços de atenção hospitalar sob sua gerência; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, XI)

XII - prestar assessoria técnica aos Estados, Distrito Federal e Municípios no processo de qualificação da atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, XII)

XIII - prestar assessoria técnica aos hospitais no processo de qualificação da atenção hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, XIII)

XIV - viabilizar parcerias com organismos internacionais e o setor privado para o fortalecimento da atenção hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, XIV)

§ 2º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º)

I - coordenar, no âmbito estadual ou do Distrito Federal, a implantação, o monitoramento e a avaliação da PNHOSP, de forma pactuada na CIB e na CIR; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, I)

II - estabelecer, no Plano de Saúde Estadual ou do Distrito Federal, metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar no seu território; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, II)

III - estabelecer, de forma pactuada com os Municípios, o desenho da RAS, definindo os pontos de atenção hospitalar e suas atribuições; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, III)

IV - cofinanciar a atenção hospitalar, de forma tripartite; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, IV)

V - estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua gestão e realizar o monitoramento e avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, V)

VI - organizar, executar e/ou gerenciar os serviços de atenção hospitalar sob sua responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, VI)

VII - elaborar as prioridades e fomentar a realização de ensino e pesquisa que fortaleçam a assistência hospitalar aos usuários do SUS, em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas em sua área de atuação; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, VII)

VIII - estabelecer, de forma pactuada com os Municípios, os mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar, por meio de indicadores de desempenho e qualidade; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, VIII)

IX - prestar assessoria técnica aos Municípios e hospitais no processo de qualificação da atenção hospitalar no seu território; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, IX)

X - propor diretrizes estaduais de Educação Permanente e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, X)

XI - registrar e atualizar as informações relativas aos hospitais nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, XI)

§ 3º Compete às Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º)

I - coordenar, no âmbito municipal e do Distrito Federal, a implantação, execução, monitoramento e avaliação da PNHOSP, de acordo com o pactuado na CIB e na CIR; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, I)

II - estabelecer, no Plano Municipal e do Distrito Federal de Saúde, as metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar no seu território; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, II)

III - estabelecer de forma pactuada com os Estados, o desenho da RAS, definindo os pontos de atenção hospitalar e suas atribuições; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, III)

IV - cofinanciar a atenção hospitalar, de forma tripartite; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, IV)

V - organizar, executar e gerenciar os serviços de atenção hospitalar sob sua gerência; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, V)

VI - estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua gestão e realizar o monitoramento e a avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, VI)

VII - estabelecer mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar em seu território, através de indicadores de desempenho e qualidade; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, VII)

VIII - prestar assessoria técnica aos hospitais sob sua gestão no processo de qualificação da atenção e gestão hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, VIII)

IX - estabelecer prioridades, fomentar e realizar pesquisas que fortaleçam a atenção hospitalar do SUS em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas em sua área de atuação; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, IX)

X - propor diretrizes municipais de Educação Permanente e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, X)

XI - registrar e atualizar as informações relativas aos hospitais no âmbito do seu território nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, XI)

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO IV)

Art. 38. A implementação da PNHOSP será gradual, a partir da celebração de novas contratualizações, com prioridade para os hospitais que fazem parte das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e Programas prioritários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 33)

Art. 39. Fica instituído o Comitê Gestor da Atenção Hospitalar, com composição tripartite, que monitorará e avaliará a PNHOSP periodicamente, além de estudar e aprofundar as discussões para o aprimoramento de seus eixos estruturantes. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 34)

§ 1º O Comitê Gestor de que trata o "caput" deverá aprofundar as discussões para reformulação da modelo de financiamento da atenção hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 34, § 1º)

§ 2º Ato específico do Ministro de Estado da Saúde regulamentará o funcionamento e disporá acerca da composição e competências do Comitê de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 34, § 2º)

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO V)

Art. 40. As unidades hospitalares certificadas como Hospitais de Excelência, nos termos do Anexo XCIII da Portaria de Consolidação nº 5, obedecerão à regulamentação aplicável à Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) quando atuarem na prestação de ações e serviços de saúde para o SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 35)

Art. 41. A SAS/MS publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações especificas para a execução da PNHOSP. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 36)

Anexo 1 do Anexo XXIV

Da modalidade de assistência em regime de hospital-dia (Origem: PRT MS/GM 44/2001)

Art. 1º Fica aprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a modalidade de assistência - Hospital Dia. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 1º)

Art. 2º O Regime de Hospital Dia é definido como a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 2º)

Art. 3º Para a realização de procedimentos em regime de Hospital Dia as Unidades integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), deverão cumprir os requisitos abaixo descritos, sendo a vistoria realizada pela Secretaria Estadual/Municipal de Saúde e os relatórios encaminhados à Secretaria de Atenção à Saúde para providências relativas à publicação de ato normativo: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º)

I - condições gerais da unidade: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I)

a) recepção com sala de espera; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, a)

b) vestiário masculino e feminino; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, b)

c) sanitários para pacientes, acompanhantes e funcionários; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, c)

d) oferecer refeições adequadas durante o período de permanência do paciente na Unidade; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, d)

e) equipe de plantão com no mínimo 01 (um) médico, 01 (uma) enfermeira e auxiliares de enfermagem em número suficiente e correspondente aos leitos disponíveis, durante todo o período de funcionamento da unidade para prestar assistência aos pacientes; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, e)

f) garantir vaga na própria unidade de saúde ou referência para transferência, quando necessário, de pacientes para outras unidades hospitalares mais complexas ou unidade de tratamento intensivo, quando não possuir; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, f)

g) garantir a continuidade e assistência após alta ou em decorrência de complicações; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, g)

h) obedecer os parâmetros constantes da Portaria GM/MS nº 1.884/94; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, h)

II - condições e requisitos específicos para realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos em regime de atendimento em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II)

a) centro cirúrgico com sala(s) cirúrgica(s) devidamente equipada(s); (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II, a)

b) centro de esterilização e desinfecção de materiais einstrumentos de acordo com normas vigentes; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II, b)

c) condições mínimas para realização do ato anestésico, conforme Resolução nº 1.363/93 do Conselho Federal de Medicina; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II, c)

d) enfermaria masculina, feminina e pediátrica quando for o caso, para recuperação e observação pós-anestésica devidamente equipada com oxigênio, carro de parada e medicamentos necessários em emergências, etc; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II, d)

III - condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia - Saúde Mental: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III)

a) desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária de 08 horas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, a)

b) situar-se em área específica independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, sala de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, b)

c) recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada à rede hierarquizada de assistência à saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, c)

d) desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades sonoterápicas, dentre outras); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, d)

e) recursos humanos: a equipe mínima, por turno de 04 horas, para atendimento de 30 pacientes dia, deve ser composta por: 01 médico, 01 enfermeiro e 04 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização das atividades); (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, e)

IV - condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia - AIDS: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV)

a) desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional , em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária no máximo de 12 horas diárias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, a)

b) situar-se em área específica, independente ou integrada da estrutura hospitalar, contando com consultório médico, consultório para psicólogo, sala para serviço social, sala para inalação, posto de enfermagem e enfermarias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, b)

c) recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada à rede hierarquizada de atendimento ao paciente com AIDS; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, c)

d) desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente com AIDS na comunidade e sua inserção social; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, d)

e) recursos Humanos: a equipe mínima, deve ser composta por: 01 médico, 01 enfermeiro e 04 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização das atividades); (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, e)

V - Condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia - Geriatria: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, V)

a) possuir estrutura assistencial para os idosos realizarem ou complementarem tratamentos médicos, terapêuticos, fisioterápicos ou de reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, V, a)

b) planta física adequada para receber o paciente idoso, equipada com todos os aparelhos necessários para garantir o cumprimento dos planos terapêuticos indicados; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, V, b)

c) recursos humanos: 01 Geriatra; 02 enfermeiros; 07 auxiliares de enfermagem; 01 assistente social; outros membros da equipe multiprofissional ampliada e equipe consultora, conforme necessidade detectada pela equipe básica. A equipe multiprofissional ampliada não necessita ser exclusiva do serviço, devendo ser composta por: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico e odontólogo. A equipe consultora será envolvida somente nos casos em que a equipe básica estabelecer como necessário e apropriado; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, V, c)

VI - condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia - Fibrose Cística: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI)

a) desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária no máximo de 12 horas diárias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, a)

b) situar-se em área específica, independente ou integrada da estrutura hospitalar, contando com consultório médico, consultório para psicólogo, sala para serviço social, sala para inalação, posto de enfermagem e enfermarias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, b)

c) recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, c)

d) desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); visitas domiciliares; atendimento à família; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, d)

e) recursos humanos: pediatra; pneumologista; gastroenterologista; cardiologista; otorrinolaringologista; fisioterapeuta; enfermeiro; psicólogo; assistente social; outros profissionais necessários à realização das atividades; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, e)

VII - condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia em intercorrências após Transplante de Medula Óssea e outros precursores hematopoiéticos: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII)

a) estar integrado à Unidade de Transplante de Medula Óssea, com acesso aos seguintes serviços do Hospital Geral: radiologia; laboratórios; serviço de endoscopia gástrica enteral e brônquica; transporte; farmácia (que deve fornecer os medicamentos para o tratamento do transplantado quando internado e domiciliado);(Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII, a)

b) instalações físicas: o serviço de Hospital Dia deverá contar com as seguintes instalações: consultórios para atendimento; sala de procedimentos; quartos para repouso, administração de medicação e precursores hematopoiéticos; posto de enfermagem; e sala com poltronas para administração de medicações; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII, b)

c) recursos humanos: hematologista ou oncologista ; pediatra; enfermeiro, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem; oftalmologista; nutricionista; assistente social; psicólogo; fisioterapeuta; odontólogo; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII, c)

d) procedimentos diagnósticos: a unidade de saúde deverá possuir capacidade para realização dos seguintes procedimentos: biópsias de medula óssea; biópsia de pele; biópsia hepática; inserção de cateter venoso em veia central; coleta de sangue e fluídos. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII, d)

Art. 4º Ficam estabelecidos os seguintes critérios para realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º)

I - procedimento cirúrgico, realizado em caráter eletivo com tempo de permanência máxima de 12 horas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º, I)

II - procedimento diagnóstico que requeira período de preparação e/ou observação médica/enfermagem de até 12 horas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º, II)

III - procedimento terapêutico que requeira período de observação de até 12 horas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º, III)

IV - obrigatoriamente para todo paciente será aberto prontuário constando de: identificação completa, anamnese, exame físico, ficha de descrição do ato cirúrgico e anestésico, folha de prescrição médica, observação de enfermagem, registro de dados vitais durante todo período pré e pós-operatórios, o qual ficará arquivado na unidade de saúde à disposição da Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde ou Ministério da Saúde, pelo período que a legislação estabelece. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º, IV)

Art. 5º Ficam estabelecidos os seguintes critérios para seleção dos pacientes submetidos à procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 5º)

I - paciente hígido com ausência de comprometimento sistêmico; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 5º, I)

II - paciente com distúrbio sistêmico moderado, por doença geral compensada. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 5º, II)

Art. 6º Ficam estabelecidos os seguintes critérios de alta para pacientes submetidos à procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º)

I - lúcido, orientado no tempo e no espaço, sem grandes queixas de dor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, I)

II - sinais vitais estáveis há pelo menos 60 (sessenta) minutos antes da alta; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, II)

III - ausência de náuseas e vômitos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, III)

IV - capacidade de ingerir líquidos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, IV)

V - ausência de sangramento; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, V)

VI - micção espontânea; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, VI)

VII - acompanhamento de adulto responsável, devidamente identificado, quando se tratar de criança ou impossibilitado de deambular em virtude do procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico realizado; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, VII)

VIII - orientação verbal e por escrito ao paciente e ou fa-

miliares dos cuidados pós-operatórios bem como dos procedimentos de eventuais ocorrências. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, VIII)

Art. 7º Ficam estabelecidos as seguintes formas de pagamento para os procedimentos realizados em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º)

I - atendimento em regime de Hospital Dia em Saúde Mental: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I)

a) somente poderão ser efetuadas cobranças dos procedimentos em regime de Hospital Dia em Saúde Mental as Unidades previamente habilitadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, a)

b) na primeira linha do campo serviços profissionais da AIH deverá ser lançado o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizados no período de tratamento; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, b)

c) as diárias serão pagas em 05 dias úteis semanais, sendo a validade da AIH de 45 dias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, c)

d) caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, d)

e) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos realizados em regime de Hospital Dia em Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, e)

II - atendimento em regime de Hospital Dia em AIDS: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II)

a) somente poderão ser efetuadas cobranças de procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia em AIDS as Unidades previamente habilitadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, a)

b) na primeira linha do campo serviços profissionais da AIH deverá ser lançado o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizados no período de tratamento; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, b)

c) as diárias serão pagas por 05 dias úteis semanais, pelo máximo de 45 dias corridos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, c)

d) caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, d)

e) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos realizados em regime de Hospital Dia - AIDS; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, e)

III - atendimento em regime de Hospital Dia em Geriatria: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III)

a) somente poderão ser efetuadas cobranças de procedimentos em regime de Hospital Dia em Geriatria as Unidades previamente habilitadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III, a)

b) a AIH para atendimento em regime de Hospital Dia Geriátrico terá validade de 30 dias, devendo ser lançado na primeira linha do campo serviços profissionais o número de diárias utilizadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III, b)

c) caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III, c)

d) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia - Geriátrico; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III, d)

IV - atendimento em regime de Hospital Dia - Fibrose Cística: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV)

a) somente poderão ser efetuadas cobranças dos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia em Fibrose Cística as Unidades previamente habilitadas e que comprovadamente realizem atendimento ambulatorial especializado ao portador de Fibrose Cística; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, b)

b) na primeira linha do campo serviços profissionais deverá ser lançado o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizados no período de tratamento; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, c)

c) as diárias serão pagas por no máximo 05 dias úteis por semana, pelo máximo de 30 dias corridos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, d)

d) caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, e)

e) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia em Fibrose Cística; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, f)

V - atendimento em regime de Hospital Dia - Procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V)

a) a cobrança dos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, constantes do Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXIV e dos que posteriormente venham a ser incluídos nesta modalidade de assistência, será efetuada por meio de AIH; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V, a)

b) somente poderão ser efetuadas cobranças de procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos por Unidades previamente habilitadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V, b)

c) para caracterização dos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos para cobrança em AIH deverá ser lançado no caráter de internação como segundo dígito o número 1, especificamente para os casos de: 1.1 - Eletivo - Atendimento em regime de Hospital Dia; 2.1 - Hospital de Referência Estadual em Urgência e Emergência - Atendimento em regime de Hospital Dia; 4.1 - Câmara de Compensação de Alta Complexidade - Atendimento em regime de Hospital Dia; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V, c)

d) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V, d)

VI - atendimento em Regime de Hospital Dia para intercorrências após transplante de medula óssea e outros órgãos hematopoiéticos: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, VI)

a) autogênico: o limite de cobrança por AIH, para o procedimento é de 07 (sete) dias, não sendo permitida a cobrança de permanência à maior e diária de UTI. Será, entretanto, permitida a cobrança dos medicamentos previstos para as intercorrências pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais. Em caso de necessidade de continuação do tratamento, poderão ser emitidas novas AIH, para o paciente, até completar 06 (seis) meses da realização do transplante; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, VI, a)

b) alogênico aparentado: o limite de cobrança por AIH, é de 15 (quinze) dias, não sendo permitida a cobrança de permanência a maior e diária de UTI. Será, entretanto, permitida a cobrança dos medicamentos previstos para as intercorrências pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais. Em caso de necessidade de continuação do tratamento, poderão ser emitidas novas AIHs, para o paciente, até completar 24 meses da realização do transplante; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, VI, b)

c) alogênico não aparentado: o limite de cobrança por AIH, é de 30 (trinta) dias, não sendo permitida a cobrança de permanência a maior e diária de UTI. Será, entretanto, permitida a cobrança dos medicamentos previstos para as intercorrências pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais. Em caso de necessidade de continuação do tratamento, poderão ser emitidas novas AIHs, para o paciente, até completar 24 (vinte e quatro) meses da realização do transplante. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, VI, c)

Art. 8º A modalidade de assistência - Hospital Dia obedecerá ao que se segue: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 8º)

I - as unidades cadastradas somente no SIA/SUS, deverão solicitar à Secretaria Estadual de Saúde ou à Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com as prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, o cadastramento no SIH/SUS, para cobrança dos procedimentos na modalidade de atendimento em regime de Hospital Dia, desde que demonstrem capacidade para o cumprimento dos requisitos específicos para cada área. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 8º, I)

II - a Secretaria Estadual de Saúde ou a Secretaria Municipal de Saúde estabelecerá as rotinas de supervisão, acompanhamento, avaliação, controle e auditoria pertinentes, providenciando o treinamento e apoio técnico necessário para promover a qualidade da atenção à saúde nesta modalidade. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 8º, II)

Art. 9º Ficam mantidas as habilitações dos Hospitais autorizados para realização de procedimentos em regime de Hospital Dia em Geriatria, Saúde Mental e AIDS. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 9º)

Art. 10. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá efetuar a atualização dos procedimentos relativos à assistência em regime de Hospital Dia sempre que necessário. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 11)

Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXIV

Procedimentos de Atendimento em Regime de Hospital Dia (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Anexo 1)

PROCEDIMENTOS HOSPITAL DIA

CODIGO	PROCEDIMENTO
31001050	Biopsia da prostata
31001084	Epididimo Deferente Neostomia
31001092	Espermatocelectomia
31002048	Extirpacao De Glandula De Cowper
31002056	Incisao E Drenagem De Abscesso Prostatico
31002064	Exploracao Cirurgica Da Bolsa Escrotal
31002072	Tratamento cirurgico da hidrocele
31002080	Epididimectomia
31002099	Exerese de cisto do cordao espermatico
31003060	Incisao e drenagem de abscesso da bolsa escrotal
31003079	Tratamento cirurgico da varicocele
31003095	Exerese De Tumor Do Cordao Espermatico
31004067	Plastica da bolsa escrotal
31004075	Orquiectomia unilateral
31004083	Epididimectomia Com Esvaziamento Ganglionar
31005047	Incisao E Drenagem De Abscesso Periuretral
31005063	Resseccao parcial da bolsa escrotal
31005071	Orquiectomia Com Esvaziamento Ganglionar
31005080	Exerese de cisto do epididimo
31005098	Vasectomia Parcial Ou Completa
31007040	Resseccao da caruncula uretral
31008046	Resseccao de prolapso da mucosa da uretra
31009077	Reparacao E Operacao Plastica Do Testiculo
31013031	Tratamento Cirurgico Da Cistocele
31014046	Uretroplastia (Resseccao De Corda)
31018041	Meatotomia
32001010	Biopsia Do Miocardio
32002033	Biopsia Do Conduto Linfatico
32003030	Exerese de ganglio linfatico
32004036	Incisao E Drenagem De Ganglio Linfatico
32005016	Introducao De Eletrodo Temporario De Marca Passo
32013019	Marcapasso (Troca De Gerador De Estimulo)
32013035	Biopsia Pre-Escalenica
32014015	Marcapasso Cardiaco (Epicardico)
32015011	Marcapasso Cardiaco (Intracavitario)
32030010	Estudo Eletrofisiologico (E. Terapeutico)
32031017	Estudo Eletrofisiologico Diagnostico E Terapeutico
32033010	Cardioversor Desfibrilador - Troca De Gerador
32042043	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Externa Unilateral
32043040	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Externa Bilateral
32044046	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Interna Unilateral
32045042	Tratamento Cvirurgico De Varizes Da Safena Interna Bilateral
32046049	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Interna E Externa Unilateral
32047045	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Interna E Externa Bilateral
32056044	Instalacao de cateter venoso de longa permanencia totalmente implantavel
32057040	Instalacao De Cateter Venoso De Media Permanencia Totalmente Implantavel
33001057	Biopsia Do Estomago Via Laparotomia
33002029	Excisao De Glandula Sublingual
33002070	Esfincteroplastia anal
33003025	Excisao de glandula submaxilar
33003076	Esfincterotomia interna e tratamento de fissura anal
33004021	Excisao de ranula
33004072	Exerese de malformacao anal
33005028	Excisao de tumor de glandula parotida
33005079	Fistulectomia Anal
33005117	Herniorrafia crural (unilateral)
33006016	Resseccao De Lesao Maligna
33006024	Excisao de tumor de glandula sublingual
33006032	Excisao De Lesao Localizada
33006075	Esfincterotomia Anal
33006113	Herniorrafia crural (bilateral)
33007020	Excisao De Tumor De Glandula Submaxilar
33007071	Fistulectomia Ou Fistulotomia Anal
33008078	Incisao e drenagem de abscesso anal
33009082	Biopsia Do Figado Por Laparotomia
33009112	Herniorrafia epigastrica
33010021	Incisao e drenagem de abscesso da parotida
33010072	Plastica anal externa
33010110	Herniorrafia Incisional
33011117	Herniorrafia inguinal (unilateral)
33012113	Herniorrafia inguinal (bilateral)
33013071	Tratamento Cirurgico Da Imperfuracao Membranosa Do Anus
33014027	Extirpacao da glandula salivar
33014078	Tratamento cirurgico do prolapso anal mucoso
33014116	Herniorrafia recidivante
33015082	Colecistectomia Videolaparoscopica
33015112	Herniorrafia umbilical
33016070	Incisao de lesao anal
33017077	Criptectomia uni ou multipla
33018073	Excisao de papila hemorroidaria
33023077	Incisao e drenagem de abscesso isquiorretal
33023115	Reparacao outras hernias (inclui herniorrafia muscular)
33024073	Fissurectomia com ou sem esfincterectomia
33025118	Herniorrafia inguinal videolaparoscopica
33026114	Herniorrafia Umbilical Videolaparoscopica

33027072	Tratamento cirurgico da trombose hemorroidaria externa
33027110	Herniorrafia epigastrica videolaparoscopica
33028117	Laparotomia Videolaparoscopica Para Drenagem E/Ou Biopsia
33030073	Hemorroidectomia
33044074	Tratamento Cirurgico Da Atresia Congenita Anus Retal
33045062	Enterorrafia videolaparoscopica
33045070	Tratamento Cirurgico De Outras Anomalias Congenitas Anus -Retal
34001018	Bartolinectomia
34003045	Salpingectomia videolaparoscopica
34004025	Colpoperineocleise
34004041	Salpingoplastia Videolaparoscopica
34005013	Marsupializacao de glandula de Bartholin
34005021	Colpoperineorrafia Nao Obstetrica
34005030	Curetagem semiotica com ou sem dilatacao do colo uterino
34007016	Vulvectomia Simples
34008012	Tratamento Cirurgico Da Coadaptacao De Ninfas
34008039	Extirpacao de polipo uterino
34009019	Alargamento da entrada vaginal
34010017	Exerese de glandula de Skene
34011013	Episioperineorrafia nao obstetrica
34018026	Tratamento Cirurgico Da Vagina Septada Ou Atresica
34020020	Exerese de cisto vaginal
34020039	Curetagem uterina por mola hidatiforme
35014016	Curetagem pos aborto
35016019	Reducao Manual Inversao Uterina Aguda Pos-Parto
35018011	Cerclagem do colo uterino
35019018	Sutura De Laceracoes Do Trajeto Pelvico
36001015	Cirurgia do pterigio
36001023	Cauterizacao da cornea
36001040	Capsulectomia do cristalino
36001058	Retirada De Cisticerco Intra-Ocular
36001066	Sutura de esclera
36001074	Enucleacao do globo ocular
36001082	Ciclodialise
36001104	Retinopexia primaria
36001112	Tratamento cirurgico do estrabismo
36001120	Dacriocistorrinostomia
36002011	Exerese de tumor de conjuntiva
36002020	Ceratectomia superficial
36002038	Retirada de corpo estranho da camara anterior do olho
36002054	Retirada De Corpo Estranho Intravitreo
36002070	Evisceracao do globo ocular
36002089	Ciclodiatermia
36002097	Exerese de calazio
36002100	Endofotocoagulacao a laser
36002119	Exenteracao De Orbita
36002127	Extirpacao de glandula lacrimal
36003018	Sutura de conjuntiva
36003034	Reconstrucao de camara anterior do olho pos-trauma
36003050	Vitrectomia Posterior (Alterar Valor Para 734,63)
36003069	Biopsia da esclera
36003093	Simblefaroplastia
36003115	Exerese De Tumor Maligno Intra-Ocular
36003123	Extirpacao do saco lacrimal
36004014	Reconstituicao de cavidade
36004022	Retirada de corpo estranho da cornea
36004049	Facectomia Sem Implante De Lente Intra-Ocular
36004057	Vitrectomia anterior
36004065	Tratamento cirurgico da deiscencia de sutura da esclera
36004073	Crioterapia De Tumores Intra-Oculares
36004103	Crio-retinopexia
36004111	Orbitotomia
36005010	Biopsia da conjuntiva
36005029	Recobrimento conjuntival
36005061	Transplante de esclera
36005088	Iridectomia cirurgica
36005096	Tratamento cirúrgico do Entropio e Ectropio
36005100	Reoperacao E Retinopexia Com Vitreo Intervencao
36005126	Drenagem de abscesso lacrimal
36006017	Reconstituicao de fornix conjuntival
36006025	Sutura de cornea
36006068	Introflexao escleral
36006114	Reconstituicao Da Parede Da Orbita
36006122	Canaliculotomia
36007021	Implante Interlamelar De Cornea
36007048	Explantacao e/ou substituicao de lente intra-ocular
36007064	Transplante De Periosteo Em Escleromalacia
36007099	Tratamento da ptose e coloboma de palpebra
36007110	Biopsia de tumor extra-ocular
36007129	Oclusao de ponto lacrimal
36008060	Cirurgia fistulizante antiglaucomatosa
36008087	Tratamento cirurgico da hernia de iris
36008095	Cirurgia da triquiase
36008117	Injecao retrobulbar ou peribulbar
36008125	Sondagem das vias lacrimais
36009024	Biopsia da cornea
36009067	Implantacao de protese antiglaucomatosa
36009083	Sinequiotomia cirurgica
36009113	Desnervacao quimica
36009121	Reconstituicao do canal lacrimal
36010022	Transplante De Cornea
36010065	Aplicacao De Placa Radioativa Episcleral
36010081	Biopsia da iris e corpo ciliar
36010090	Drenagem de abscesso palpebral
36010111	Tratamento Cirurgico De Hipertropias
36011029	Tratamento cirurgico do astigmatismo secundario
36011061	Cirurgia Do Glaucoma Congenito
36011096	Miiase palpebral
36011118	Descompressao Da Orbita
36012025	Tratamento cirurgico da deiscencia de sutura de cornea
36012084	Trabeculotomia
36012092	Epilacao de cilios
36013021	Ceratoprotese
36013099	Sutura de palpebra
36014087	Iridociclectomia
36014095	Cirurgia do xantelasma
36015024	Transplante De Cornea Em Reoperacoes
36015091	Blefarocalase
36016020	Transplante De Cornea Em Cirurgias Combinadas
36016098	Reconstituicao parcial da palpebra
36017027	Epiceratofacia
36017094	Cirurgia De Coloboma Palpebral Congenito
36018023	Topoplastia Do Transplante
36020052	Facectomia para implante de lente intra-ocular
36701033	Paracentese De Camara Anterior
37001019	Antrotomia Da Mastoide (Drenagem De Otite No Lactente)
37001035	Incisao e drenagem de abscesso periamigdaliano
37001051	Osteostomia Do Maxilar Inferior
37002031	Adenoidectomia
37003020	Tratamento Cirurgico Da Rinofima
37003038	Amigdalectomia com ou sem adenoidectomia
37003054	Retirada De Corpo Estranho Na Intimidade Dos Ossos Da Face
37004026	Tratamento Cirurgico Da Imperfuracao Coanal -Unilateral
37006029	Cirurgia de ozena
37007041	Laringoscopia direta para retirada de corpo estranho
37009044	Laringoscopia com exerese de papiloma
37011030	Amigdalectomia
37011057	Reducao cirurgica da fratura dos ossos proprios do nariz
37012053	Reducao Cirurgica Da Luxacao Temporo Mandibular (Recidivante Ou Nao)
37020021	Turbinectomia
37021028	Septoplastia (desvio do septo)
37023012	Timpanoplastia (Tipo I - unilateral)
38001080	Alongamento De Columela
38001101	Tratamento cirurgico nao estetico da orelha
38002078	Tratamento cirurgico do gigantismo ao nivel da mao
38002086	Tratamento cirurgico da perfuracao do septo nasal
38002124	Exerese de cisto tireoglosso
38002132	Exerese e plastica de cisto sacro coccigeo
38003074	Tratamento cirurgico da polidactilia articulada
38003082	Rinoplastia para defeito(s) pos-traumatico(s)
38003090	Tratamento cirurgico do epicanto
38003104	Reconstrucao de helix da orelha
38004046	Tratamento cirurgico da hipertrofia dos pequenos labios
38004054	Excisao e reconstrucao total de labio
38004062	Tratamento cirurgico da retracao cicatricial do cotovelo
38004089	Rinoplastia reparadora nao estetica
38004097	Tratamento cirurgico do lagoftalmo
38004100	Reconstrucao de lobulo da orelha
38004135	Plastica mamaria masculina (ginecomastia)
38005050	Reconstrucao do sulco gengivo labial
38005077	Suturas e reparacoes de perda de substancia da mao
38005107	Reconstrucao do polo superior da orelha
38005123	Retracao Cicatricial - Correcao Em Um Estagio
38006057	Reconstrucao parcial do labio
38006073	Retracao cicatricial dos dedos da mao sem comprom tendinoso
38006103	Reconstrucao Total Da Orelha (Multiplos Estagios)
38006111	Tratamento cirurgico da sindactilia (dois intra digitos)
38007010	Excisao E Sutura Com Plastica Em Z Na Pele
38007070	Tratamento cirurgico da sindactilia (dois digitos)
38008114	Retracao cicatricial dos dedos do pe sem comprometimento tendinoso
38010097	Reconstrucao total da palpebra
38015013	Exerese de cisto dermoide
38023016	Extirpacao e supressao de lesao da pele e do tecido
38703050	Excisao Em Cunha De Labio E Sutura
39001040	Biopsia Do Omoplata
39001105	Amputacao ao nivel dos metacarpianos
39001199	Resseccao cisto sinovial
39001202	Retirada de corpo estranho intra-articular
39001237	Curetagem de tumor osseo com enxertia
39002110	Biopsia Da Articulacao Coxo Femoral
39002195	Abertura de bainha tendinosa
39002217	Retirada de fio de Kirschner trans-osseo
39003086	Biopsia Do(S) Osso(S) Do Antebraco
39003108	Amputacao do dedo (cada)
39003116	Biopsia Da Articulacao Sacro Iliaca
39003132	Biopsia Do Femur
39003205	Retirada de corpo estranho intra-osseo
39003213	Retirada de parafuso
39004023	Biopsia Do Corpo Vertebral
39004058	Biopsia Da Articulacao Escapulo Umeral
39004066	Biopsia Do Umero
39004090	Biopsia Do Punho
39004180	Miotomia
39004210	Retirada de placa e parafuso
39005100	Artrodese interfalangiana
39005127	Biopsia Da Articulacao Coxo Femoral
39005143	Biopsia Do Joelho
39005151	Biopsia Do(S) Osso(S) Da Perna
39005186	Resseccao muscular
39005216	Retirada de pino de Steinnan
39005232	Resseccao Simples De Tumor Osseo
39006026	Biopsia Da Lamina Vertebral
39006077	Biopsia Do Cotovelo
39006085	Resseccao Da Apofise Estiloide Do Radio
39006107	Artrodese metacarpo falangiana
39006212	Retirada De Haste
39006239	Resseccao de exostose
39007022	Biopsia Do Pediculo Vertebral
39007162	Biopsia Do Tornozelo
39007197	Exploracao cirurgica de tendao
39008177	Osteotomia do(s) osso(s) do pe
39010074	Resseccao Da Bolsa Sinovial Do Cotovelo (Olecranio)
39010090	Tratamento cirurgico da sindrome do canal carpiano
39010198	Tenoplastia ou enxerto de tendao ao nivel da mao
39011100	Capsulectomia das articulacoes da mao
39011194	Tenoplastia ou enxerto de tendao em outras regiäes
39012115	Reducao incruenta da disjuncao ao nivel da pelve
39012123	Reducao incruenta da luxacao coxo femoral (central)

39012174	Tratamento cirurgico do dedo em martelo
39012190	Tenorrafia
39013111	Reducao incruenta da fratura ao nivel da pelve
39013197	Tenotomia
39014126	Reducao incruenta da luxacao coxo femoral (traumatica)
39014177	Reducao cirurgica da fratura do(s) metatarsiano(s) com fixacao
39014193	Transposicao de tendao
39017168	Reducao incruenta da luxacao do tornozelo
39018105	Reducao Cirurgica De Fratura Das Falanges, Com Fixacao
39018148	Reducao incruenta da fratura do joelho
39019063	Reducao incruenta da fratura da diafise do umero
39019136	Reducao incruenta da fratura da diafise do femur
39019179	Reducao cirurgica da luxacao do(s) metatarsiano(s)
39021106	Tratamento cirurgico do dedo em gatilho
41002040	Biopsia da tireoide
42001021	Biopsia da pleura com agulha
42001030	Traqueoscopia e exerese de papilomas
42001072	Biopsia da mama
42002036	Traqueoscopia e retirada de corpo estranho
42002079	Extirpacao de tumor ou adenoma da mama
42003075	Incisao e drenagem de abscesso da mama
42004047	Broncoscopia e exerese de papilomas
42006074	Extirpacao de mama supranumeraria
44001053	Reducao incruenta da fratura unilateral da mandibula
44006055	Reducao Incruenta Da Fratura Do Maxilar Superior - Le Fort I

Anexo 2 do Anexo XXIV

Diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS (Origem: PRT MS/GM 3410/2013)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO I)

Art. 1º Ficam estabelecidas as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 1º)

Art. 2º As disposições deste Anexo se aplicam a todos os entes federativos que possuam sob sua gestão hospitais integrantes do SUS: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 2º)

I - públicos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 2º, I)

II - privados com fins lucrativos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 2º, II)

III - privados sem fins lucrativos com, no mínimo, 30 (trinta) leitos operacionais, sendo pelo menos 25 (vinte e cinco) destinados ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 2º, III)

Art. 3º Os entes federativos formalizarão a relação com os hospitais públicos e privados integrantes do SUS sob sua gestão, com ou sem fins lucrativos, por meio de instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 3º)

Parágrafo Único. A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores públicos de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes que promovam a qualificação da assistência e da gestão hospitalar de acordo com as diretrizes estabelecidas na PNHOSP. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 3º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II

DAS RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO

(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO II)

Art. 4º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º)

I - estabelecer requisitos mínimos para os instrumentos formais de contratualização, com vistas à qualidade e segurança na atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, I)

II - financiar de forma tripartite as ações e serviços de saúde contratualizados, conforme pactuação, considerada a oferta das ações e serviços pelos entes federados, as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários e a escala econômica adequada; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, II)

III - estabelecer financiamento específico, de fonte federal, para a atenção à saúde indígena nos hospitais; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, III)

IV - acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos da contratualização e realizar auditorias, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, IV)

V - desenvolver metodologia e sistema informatizado para acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos da contratualização por meio de indicadores gerais e indicadores das redes temáticas e Segurança do Paciente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, V)

VI - garantir a manutenção, adequação e aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de informação em saúde no âmbito da atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, VI)

VII - realizar cooperação técnica aos Estados, Distrito Federal e Municípios; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, VII)

VIII - promover a integração das práticas de ensino-serviço à realidade das Redes de Atenção à Saúde (RAS); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, VIII)

IX - promover a oferta de vagas para estágio de graduação e vagas para a pós-graduação, especialmente em residências, nas especialidades prioritárias para o SUS; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, IX)

X - estimular, apoiar e financiar o desenvolvimento de pesquisa nos hospitais, em parceria com instituições de ensino e outras instâncias de governo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, X)

Art. 5º Compete aos entes federativos contratantes: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º)

I - definir a área territorial de abrangência e a população de referência dos hospitais sob sua gestão, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR), bem como nos Planos de Ação Regional das Redes Temáticas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, I)

II - definir as ações e serviços a serem contratados de acordo com o perfil assistencial do hospital e as necessidades epidemiológicas e sóciodemográficas da região de saúde, conforme pactuação na CIB e na CIR, bem como nos Planos de Ação Regional das Redes Temáticas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, II)

III - financiar de forma tripartite as ações e serviços de saúde contratualizadas, conforme pactuação, considerada a oferta das ações e serviços pelos entes federados, as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários e a escala econômica adequada; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, III)

IV - prever metas e compromissos específicos para a atenção à saúde indígena, respeitando os direitos previstos na legislação e suas especificidades socioculturais, conforme pactuaçao no âmbito do subsistema de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, IV)

V - gerenciar os instrumentos formais de contratualização sob sua gestão, visando à execução das ações e serviços de saúde e demais compromissos contratualizados; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, V)

VI - realizar a regulação das ações e serviços de saúde contratualizados, por meio de: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VI)

a) estabelecimento de fluxos de referência e contra referência de abrangência municipal, regional, estadual e do Distrito Federal, de acordo com o pactuado na CIB e/ou CIR; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VI, a)

b) implementação de protocolos para a regulação de acesso às ações e serviços hospitalares e definição dos pontos de atenção, bem como suas atribuições na RAS para a continuidade do cuidado após alta hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VI, b)

c) regulação do acesso às ações e serviços de saúde, por meio de centrais de regulação, de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VI, c)

VII - instituir e garantir o funcionamento regular e adequado da Comissão de Acompanhamento da Contratualização de que trata o art. 32; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VII)

VIII - controlar, avaliar, monitorar e auditar, quando couber, as ações e serviços de saúde contratualizadas, na forma de: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII)

a) dispositivos de autorização prévia dos procedimentos ambulatoriais e de internação hospitalar, salvo em situações em que fluxos sejam definidos "a priori" com autorização "a posteriori"; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII, a)

b) monitoramento da produção, avaliando sua compatibilidade com a capacidade operacional e complexidade do hospital e de acordo com o previsto no instrumento formal de contratualização; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII, b)

c) monitoramento e avaliação das metas por meio de indicadores qualiquantitativos; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII, c)

d) monitoramento da execução orçamentária com periodicidade estabelecida no instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII, d)

IX - alimentar o sistema de informação previsto no art. 4º, V, quando disponibilizado; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, IX)

X - apresentar prestação de contas do desempenho dos hospitais contratualizados com formatos e periodicidade definidos, obedecida à legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, X)

XI - realizar investigação de denúncias de cobrança indevida de qualquer ação ou serviço de saúde contratualizado prestada pelo hospital ou profissional de saúde; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XI)

XII - cumprir as regras de alimentação e processamentos dos seguintes sistemas: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII)

a) Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, a)

b) Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, b)

c) Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, c)

d) Sistema Nacional de Agravo de Notificação (SINAN); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, d)

e) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, e)

f) Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, f)

g) outros sistemas que venham a ser criados no âmbito da atenção hospitalar no SUS. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, g)

XIII - promover, no que couber, a transferência gradual das atividades de atenção básica realizadas pelos hospitais para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), conforme a pactuação local; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XIII)

XIV - promover a integração das práticas de ensino-serviço à realidade das RAS; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XIV)

XV - promover a oferta de vagas para estágio de graduação e vagas para a pós-graduação, especialmente em residências, nas especialidades prioritárias para o SUS; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XV)

XVI - estimular, apoiar e financiar o desenvolvimento de pesquisa nos hospitais, em parceria com instituições de ensino e outras instâncias de governo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XVI)

CAPÍTULO III

DAS RESPONSABILIDADES DOS HOSPITAIS

(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III)

Art. 6º As responsabilidades dos hospitais, no âmbito da contratualização, se dividem nos seguintes eixos: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º)

I - assistência; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º, I)

II - gestão; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º, II)

III - ensino e pesquisa; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º, III)

IV - avaliação. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º, IV)

Seção I

Do Eixo de Assistência

(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 7º Quanto ao eixo de assistência, compete aos hospitais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º)

I - cumprir os compromissos contratualizados, zelando pela qualidade e resolutividade da assistência; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, I)

II - cumprir os requisitos assistenciais, em caso de ações e serviços de saúde de alta complexidade e determinações de demais atos normativos; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, II)

III - utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos validados pelos gestores; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, III)

IV - manter o serviço de urgência e emergência geral ou especializado, quando existente, em funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, e implantar acolhimento com protocolo de classificação de risco; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, IV)

V - realizar a gestão de leitos hospitalares com vistas à otimização da utilização; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, V)

VI - assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na PNHOSP; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VI)

VII - implantar e/ou implementar as ações previstas na Seção I do Capítulo VIII do Título I da Portaria de Consolidação nº 5, que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente, contemplando, principalmente, as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VII)

a) implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VII, a)

b) elaboração de Planos para Segurança do Paciente; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VII, b)

c) implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VII, c)

VIII - implantar o Atendimento Humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VIII)

IX - garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, IX)

X - garantir a igualdade de acesso e qualidade do atendimento aos usuários nas ações e serviços contratualizados em caso de oferta simultânea com financiamento privado; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, X)

XI - garantir que todo o corpo clínico realize a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas no Documento Descritivo de que trata o art. 23, II; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XI)

XII - promover a visita ampliada para os usuários internados; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XII)

XIII - garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas, de acordo com as legislações especificas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XIII)

XIV - prestar atendimento ao indígena, respeitando os direitos previstos na legislação e as especificidades socioculturais, de acordo com o pactuado no âmbito do subsistema de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XIV)

XV - disponibilizar informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para a realização procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XV)

XVI - notificar suspeitas de violência e negligência, de acordo com a legislação específica; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XVI)

XVII - disponibilizar o acesso dos prontuários à autoridade sanitária, bem como aos usuários e pais ou responsáveis de menores, de acordo com o Código de Ética Médica. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XVII)

Seção II

Do Eixo de Gestão

(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 8º Quanto ao eixo de gestão, compete aos hospitais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º)

I - prestar as ações e serviços de saúde, de ensino e pesquisa pactuados e estabelecidos no instrumento formal de contratualização, colocando à disposição do gestor público de saúde a totalidade da capacidade instalada contratualizada; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, I)

II - informar aos trabalhadores os compromissos e metas da contratualização, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, II)

III - garantir o cumprimento das metas e compromissos contratualizados frente ao corpo clínico; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, III)

IV - disponibilizar a totalidade das ações e serviços de saúde contratualizados para a regulação do gestor; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, IV)

V - dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratualizados, de acordo com o estabelecido no instrumento formal de contratualização e nos parâmetros estabelecidos na legislação específica; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, V)

VI - dispor de parque tecnológico e de estrutura física adequados ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, de acordo com instrumento formal de contratualização, respeitada a legislação específica; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, VI)

VII - garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, VII)

VIII - disponibilizar brinquedoteca quando oferecer serviço de Pediatria, assim como oferecer a infraestrutura necessária para a criança ou adolescente internado estudar, observada a legislação e articulação local; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, VIII)

IX - dispor de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, IX)

X - garantir, em permanente funcionamento e de forma integrada, as Comissões Assessoras Técnicas, conforme a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, X)

XI - divulgar a composição das equipes assistenciais e equipe dirigente do hospital aos usuários em local visivel e de fácil acesso; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XI)

XII - assegurar o desenvolvimento de educação permanente para seus trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XII)

XIII - dispor de Conselho de Saúde do Hospital, quando previsto em norma; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XIII)

XIV - alimentar os sistemas de notificações compulsórias conforme legislação vigente, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência em saúde; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XIV)

XV - registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção das ações e serviços de saúde contratualizadas, de acordo com as normas estabelecidas pelo gestor; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XV)

XVI - disponibilizar aos gestores públicos de saúde dos respectivos entes federativos contratantes os dados necessários para a alimentação dos sistemas de que trata o art. 5º, XII; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XVI)

XVII - participar da Comissão de Acompanhamento da Contratualização de que trata o art. 32. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XVII)

Seção III

Do Eixo de Ensino e Pesquisa

(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III, Seção III)

Art. 9º Quanto ao eixo de ensino e pesquisa, compete aos hospitais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º)

I - disponibilizar ensino integrado à assistência; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, I)

II - oferecer formação e qualificação aos profissionais de acordo com as necessidades de saúde e as políticas prioritárias do SUS, visando o trabalho multiprofissional; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, II)

III - garantir práticas de ensino baseadas no cuidado integral e resolutivo ao usuário; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, III)

IV - ser campo de educação permanente para profissionais da RAS, conforme pactuado com o gestor público de saúde local; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, IV)

V - desenvolver atividades de Pesquisa e de Gestão de Tecnologias em Saúde, priorizadas as necessidades regionais e a política de saúde instituída, conforme pactuado com o gestor público de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, V)

VI - cumprir os requisitos estabelecidos em atos normativos específicos, caso o estabelecimento seja certificado como Hospital de Ensino (HE). (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, VI)

Seção IV

Do Eixo de Avaliação

(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III, Seção IV)

Art. 10. Quanto ao eixo de avaliação, compete aos hospitais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10)

I - acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, I)

II - avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores qualiquantitativos estabelecidas no instrumento formal de contratualização; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, II)

III - avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, III)

IV - participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, IV)

V - realizar auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, V)

VI - monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos no instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, VI)

Art. 11. Os hospitais contratualizados monitorarão os seguintes indicadores gerais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11)

I - taxa de ocupação de leitos; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11, I)

II - tempo médio de permanência para leitos de clínica médica; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11, II)

III - tempo médio de permanência para leitos cirúrgicos; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11, III)

IV - taxa de mortalidade institucional. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11, IV)

Art. 12. Os hospitais contratualizados que disponham de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) monitorarão, ainda, os seguintes indicadores: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 12)

I - taxa de ocupação de leitos de UTI; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 12, I)

II - densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC). (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 12, II)

Art. 13. Poderão ser criados outros indicadores a serem monitorados, além dos dispostos neste Anexo, através de pactuação entre o gestor público de saúde e os hospitais. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 13)

§ 1º Os hospitais que compõem as Redes temáticas de Atenção à Saúde monitorarão e avaliarão todos os compromissos e indicadores previstos nos atos normativos específicos de cada rede e de Segurança do Paciente. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 13, § 1º)

§ 2º O Ministério da Saúde criará ferramenta que viabilize o monitoramento do rol mínimo de indicadores previstos neste Anexo, além dos indicadores das redes temáticas e de Segurança do Paciente. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 13, § 2º)

CAPÍTULO IV

DO FINANCIAMENTO DOS HOSPITAIS

(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO IV)

Art. 14. Todos os recursos públicos de custeio e investimento que compõem o orçamento do hospital serão informados no instrumento formal de contratualização, com identificação das respectivas fontes, quais sejam, federal, estadual, distrital ou municipal. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 14)

Parágrafo Único. No instrumento formal de contratualização será informado, ainda, o valor estimado relativo às renúncias e isenções fiscais e subvenções de qualquer natureza na hipótese de contratualização com hospitais privados sem fins lucrativos. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 15. Para efeito deste Anexo, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15)

I - incentivo financeiro: todo valor pré-fixado destinado ao custeio de um hospital, repassado de forma regular e automática aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios ou diretamente às universidades federais, condicionado ao cumprimento de compromissos e/ou metas específicos, definidos por regramentos próprios; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15, I)

II - orçamentação global: modalidade de financiamento na qual a totalidade dos recursos financeiros é provisionada ao contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado do volume máximo previsto para desembolso no período do contrato, podendo contemplar tanto recursos de investimento quanto de custeio, apresentados em planilha separadamente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15, II)

III - orçamentação parcial: a forma de financiamento composta por um valor pré-fixado e um valor pós-fixado; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15, III)

IV - valor pós-fixado: todo valor destinado ao custeio de um hospital condicionado ao cumprimento das metas de produção, composto pelo valor dos serviços de Alta Complexidade e do Fundo de Ações Estratégicas de Compensação (FAEC), calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção apresentada pelo hospital e autorizada pelo gestor estadual, do Distrito Federal ou municipal; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15, IV)

V - valor pré-fixado: a parte dos recursos financeiros provisionada ao hospital contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado de parte do valor previsto para desembolso no período contratado. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15, V)

Art. 16. Os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos serão financiados, preferencialmente, por orçamentação parcial, de acordo com o perfil assistencial, infraestrutura, recursos humanos e seu papel na RAS. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 16)

Art. 17. O valor pré-fixado será composto: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17)

I - pela série histórica de produção aprovada da média mensal dos 12 (doze) meses anteriores à celebração do contrato da média complexidade; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, I)

II - por todos os incentivos de fonte federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, com detalhamento de tipo e valor, vinculados ao alcance das metas qualiquantitativas. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, II)

§ 1º Integram o componente pré-fixado dos intrumentos formais de contratualização os seguintes incentivos financeiros: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º)

I - Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, I)

II - Incentivo de custeio das Redes Temáticas de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, II)

III - Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, III)

IV - recursos do Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, IV)

V - valores referentes ao Fator de Incentivo ao Ensino e Pesquisa (FIDEPS), extinto pela Portaria nº 1.082/GM/MS, de 2005; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, V)

VI - Incentivo de Integração ao SUS (Integrasus); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, VI)

VII - outros recursos pré-fixados de fonte estadual ou municipal; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, VII)

VIII - outros recursos financeiros pré-fixados que venham a ser instituídos. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, VIII)

§ 2º O IGH está regulamentado no Anexo 2-B; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 2º)

Art. 18. A parte pós-fixada será composta pelo valor de remuneração dos serviços de Alta Complexidade e do FAEC, calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção autorizada pelo gestor contratante. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 18)

Art. 19. O gestor público de saúde do ente federativo contratante poderá definir valores adicionais às partes pré-fixada e pós-fixada, caso tenho capacidade de financiamento com fonte própria. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 19)

Art. 20. Quando acordado entre as partes, a contratualização poderá ser feita no modelo de orçamentação global, sendo que o repasse dos recursos será condicionado ao cumprimento das metas e compromissos formalizados, monitorados e avaliados periodicamente e que será calculada levando em consideração: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20)

I - a infraestrutura tecnológica (porte, equipamentos e serviços); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20, I)

II - o perfil assistencial; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20, II)

III - a capacidade e produção de serviços (recursos humanos e desempenho de produção); e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20, III)

IV - o custo regional de materiais e serviços. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20, IV)

CAPÍTULO V

DA CONTRATUALIZAÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V)

Seção I

Do Instrumento Formal de Contratualização

(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V, Seção I)

Art. 21. A contratualização será formalizada por meio de instrumento celebrado entre o gestor do SUS contratante e o prestador hospitalar sob sua gestão, com a definição das regras contratuais, do estabelecimento de metas, indicadores de acompanhamento e dos recursos financeiros da atenção hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 21)

Parágrafo Único. Para fins da contratualização hospitalar, recomenda-se que todos os intrumentos formais de contratualização que envolvam a prestação de ações e serviços de saúde em um mesmo estabelecimento sejam celebrados pelo gestor público de saúde do respectivo ente federado contratante, mesmo havendo a oferta e cofinanciamento de ações e serviços por outro ente federado. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 22. O instrumento formal de contratualização será composto por duas partes indissociáveis: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 22)

I - o termo do instrumento formal de contratualização propriamente dito, respeitadas as legislações pertinentes, especialmente quanto aos prazos de vigência; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 22, I)

II - o Documento Descritivo de que trata a Seção II do Capítulo V. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 22, II)

Art. 23. O instrumento formal de contratualização conterá, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23)

I - as responsabilidades do hospital quanto aos eixos de assistência, gestão, avaliação e, quando couber, de ensino e pesquisa; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, I)

II - as responsabilidades da União, Estado, Distrito Federal e Municípios; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, II)

III - os recursos financeiros, suas fontes e a forma de repasse, condicionados ao cumprimento de metas e à qualidade na assistência prestada; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, III)

IV - as sanções e penalidades conforme legislação específica; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, IV)

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

V - a constituição e funcionamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização de que trata o art. 32; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, V)

VI - o Documento Descritivo, contendo as metas qualiquantitativas e indicadores de monitoramento. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, VI)

Art. 24. A contratualização poderá ser firmada, dentre outros, pelos seguintes instrumentos: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24)

I - Convênio: firmado entre o gestor do SUS com entidades beneficentes sem fins lucrativos, conforme a Portaria nº 1.034/GM/MS, de 5 de maio de 2010, e com Empresas e Fundações Públicas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, I)

II - Contrato Administrativo: firmado entre o gestor do SUS e entidades públicas e privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto de contrato for compra de ações e serviços de saúde, conforme a Portaria nº 1.034/GM/MS, de 2010; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, II)

III - Contrato de Gestão: firmado entre gestores do SUS e a entidade privada sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social (OS), conforme Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, III)

IV - Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP): é o instrumento que se destina à formalização da relação entre gestores do SUS quando estabelecimentos públicos de saúde situados no território de um Município estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra, conforme o Capítulo II do Título III da Portaria de Consolidação nº 1; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, IV)

V - Termo de Parceria: instrumento firmado entre o gestor do SUS e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), conforme a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, V)

VI - Termo de Compromisso ou Contrato de Gestão: firmado entre o gestor do SUS e o hospital sob sua gerência e gestão. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, VI)

§ 1º As regras do PCEP não se aplicam aos hospitais universitários federais, conforme o Capítulo II do Título III da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, § 1º)

§ 2º As alterações no instrumento de contratualização dar-se-ão mediante assinatura das partes em termos próprios (Termo Aditivo, Apostilamento ou outros) e publicação em Diário Oficial pelo gestor contratante, conforme normativa de cada esfera de Governo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, § 2º)

Seção II

Do Documento Descritivo

(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V, Seção II)

Art. 25. O Documento Descritivo é o instrumento de operacionalização das ações e serviços planejados de gestão, assistência, avaliação, ensino e pesquisa de acordo com o estabelecido neste Anexo, acrescido das especificidades locais e anexo ao termo do instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 25)

Art. 26. O Documento Descritivo conterá, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26)

I - a definição de todas as ações e serviços de saúde, nas áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa, que serão prestados pelo hospital; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, I)

II - a definição de metas físicas com os seus quantitativos na prestação dos serviços e ações contratualizadas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, II)

III - a definição de metas qualitativas na prestação das ações e serviços contratualizados; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, III)

IV - a descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no instrumento formal de contratualização; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, IV)

V - a definição de indicadores para avaliação das metas e desempenho; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, V)

VI - a definição dos recursos financeiros e respectivas fontes envolvidas na contratualização, conforme modelo Anexo A do Anexo 2 do Anexo XXIV . (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, VI)

Art. 27. O Documento Descritivo terá validade máxima de 24 (vinte e quatro) meses, devendo ser renovado após o período de validade, podendo ser alterado a qualquer tempo quando acordado entre as partes. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 27)

Parágrafo Único. As alterações do Documento Descritivo serão objeto de publicação oficial. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 27, Parágrafo Único)

Seção III

Do Repasse dos Recursos Financeiros

(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V, Seção III)

Art. 28. O repasse dos recursos financeiros pelos entes federativos aos hospitais contratualizados será realizado de maneira regular, conforme estabelecido nos atos normativos específicos e no instrumento de contratualização, e condicionado ao cumprimento das metas qualitativas e quantitativas estabelecidas no Documento Descritivo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28)

§ 1º O valor pré-fixado dos recursos de que trata o "caput" serão repassados mensalmente, distribuídos da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 1º)

I - 40% (quarenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas qualitativas; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 1º, I)

II - 60% (sessenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas quantitativas. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 1º, II)

§ 2º Os percentuais de que tratam os incisos I e II poderão ser alterados, desde que pactuados entre o ente federativo contratante e o hospital e respeitado o limite mínimo de 40% (quarenta por cento) para uma das metas. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 2º)

§ 3º O não cumprimento pelo hospital das metas quantitativas e qualitativas pactuadas e discriminadas no Documento Descritivo implicará na suspensão parcial ou redução do repasse dos recursos financeiros pelo gestor local. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 3º)

Art. 29. O hospital que não atingir pelo menos 50% (cinquenta por cento) das metas qualitativas ou quantitativas pactuadas por 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) meses alternados terá o instrumento de contratualização e Documento Descritivo revisados, ajustando para baixo as metas e o valor dos recursos a serem repassados, de acordo com a produção do hospital, mediante aprovação do gestor local. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 29)

Art. 30. O hospital que apresentar percentual acumulado de cumprimento de metas superior a 100% (cem por cento) por 12 (doze) meses consecutivos terá as metas do Documento Descritivo e os valores contratuais reavaliados, com vistas ao reajuste, mediante aprovação do gestor local e disponibilidade orçamentária. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 30)

Art. 31. Os incentivos de fonte federal serão repassados de forma regular aos hospitais, de acordo com normas específicas de cada incentivo, previstas no instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 31)

§ 1º A variação ou suspensão dos valores dos repasses dos incentivos federais deverão constar em cláusula contratual de acordo com percentuais estabelecidos no art. 28, § 1º . (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 31, § 1º)

§ 2º Salvo em caso de descumprimento de cláusulas contratuais, o não repasse dos valores dos incentivos federais ao prestador incorrerá na suspensão prevista no art. 1152, II da Portaria de Consolidação nº 6, ou no art. 304 da Portaria de Consolidação nº 6, conforme o caso. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 31, § 2º)

Seção IV

Da Comissão de Acompanhamento da Contratualização

(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V, Seção IV)

Art. 32. Será instituída pelo ente federativo contratante a Comissão de Acompanhamento da Contratualização, que será composta, no mínimo, por 1 (um) representante do ente federativo contratante e um representante do hospital contratualizado. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32)

§ 1º A Comissão de que trata o "caput" monitorará a execução das ações e serviços de saúde pactuados, devendo: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 1º)

I - avaliar o cumprimento das metas qualiquantitativas e físico-financeiras; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 1º, I)

II - avaliar a capacidade instalada; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 1º, II)

III - readequar as metas pactuadas, os recursos financeiros a serem repassados e outras que se fizerem necessárias. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 1º, III)

§ 2º A composição da Comissão de que tata o "caput" será objeto de publicação no Diário Oficial do ente federativo contratante ou publicação equivalente. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 2º)

CAPÍTULO VI

DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO VI)

Art. 33. Caberá a todas as esferas de gestão do SUS o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pelos hospitais contratualizados ao SUS, respeitadas as competências de cada esfera de gestão. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 33)

Parágrafo Único. O monitoramento e avaliação poderão ser executados por meio de sistemas de informações oficiais e visitas "in loco". (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 33, Parágrafo Único)

Art. 34. Caberá aos órgãos de controle interno, especialmente ao Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), a avaliação da correta aplicação dos recursos financeiros de que trata este Anexo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 34)

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO VII)

Art. 35. A regulamentação dos processos de contratualização dos hospitais públicos e privados com fins lucrativos com menos de 50 (cinquenta) leitos operacionais e dos hospitais sem fins lucrativos com menos de 30 (trinta) leitos operacionais serão objeto de atos normativos específicos do Ministro de Estado da Saúde.(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 35)

Parágrafo Único. As contratualizações ocorridas antes da publicação dos atos normativos específicos de que trata o "caput" deverão ocorrer em consonância com os princípios e diretrizes da PNHOSP. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 35, Parágrafo Único)

Art. 36. O Ministério da Saúde desenvolverá e implementará sistema de monitoramento para contratualização dos hospitais integrantes do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 36)

Art. 37. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) publicará no endereço eletrônico do Ministério da Saúde, em até 30 (trinta) dias contado da publicação da Portaria nº 3410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, documento instrutivo sobre a gestão dos incentivos das Redes Temáticas Assistenciais. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 37)

Art. 38. Os gestores do SUS deverão firmar os instrumentos formais de contratualização com os hospitais sob sua gestão. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 38)

Anexo A do Anexo 2 do Anexo XXIV

Programação orçamentária a constar de Documento descritivo (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Anexo 1)

Programação Orçamentária		
Pós-Fixado	Mensal R$	Anual R$
Alta Complexidade		
Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC		
Subtotal		
Pré-Fixado	Mensal R$	Anual R$
Média da Produção de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Série Histórica definida em Portaria específica)		
Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH)		
Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI)		
INTEGRASUS		
FIDEPS		
Incentivo financeiro 100% SUS Portaria nº 929/GM/MS de 10 de maio de 2012.		
Programa de Reestruturação dos Hospitais Federais - REHUF		
Recursos Financeiros de fonte Municipal (citar objeto ou programa)		
Recursos Financeiros de fonte do Estadual ou Distrito Federal (citar objeto ou programa)		
Incentivo Redes Temáticas de Atenção à Saúde (citar rede)		
Outras fontes de Recursos Financeiros (citar a fonte)		
Subtotal		
Total		

Anexo XXV

Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (Origem: PRT MS/GM 971/2006)

Art. 1º Fica aprovada, na forma do Anexo 1 do Anexo XXV , a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 971/2006, Art. 1º)

Parágrafo Único. Esta Política, de caráter nacional, recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, da implantação e implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares. (Origem: PRT MS/GM 971/2006, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema da Política ora aprovada, devem promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades, na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 971/2006, Art. 2º)

Anexo 1 do Anexo XXV

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (Origem: PRT MS/GM 971/2006, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

1. INTRODUÇÃO

O campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA), conforme WHO, 2002. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

No final da década de 70, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas na área. Desde então, em vários comunicados e resoluções, a OMS expressa o seu compromisso em incentivar os Estados-Membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade. O documento "Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005" reafirma o desenvolvimento desses princípios.

No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde iniciou-se a partir da década de 80, principalmente após a criação do SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e os municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras.

Alguns eventos e documentos merecem destaque na regulamentação e tentativas de construção da política:

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

- 1985 - celebração de convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), a Fiocruz, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro e o Instituto Hahnemaniano do Brasil, com o intuito de institucionalizar a assistência homeopática na rede publica de saúde;

- 1986 - 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada também um marco para a oferta das Práticas Integrativas e Complementares no sistema de saúde do Brasil, visto que, impulsionada pela Reforma Sanitária, deliberou em seu relatório final pela "introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida";

- 1988 - resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) nºs 4, 5, 6, 7 e 8/88, que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia;

- 1995 - instituição do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não-Convencionais, por meio da Portaria nº 2543/GM, de 14 de dezembro de 1995, editada pela então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde; - 1996 - 10ª Conferência Nacional de Saúde que, em seu relatório final, aprovou a "incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares";

- 1999 - inclusão das consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do SIA/SUS (Portaria nº 1230/GM de outubro de 1999);

- 2000 - 11ª Conferência Nacional de Saúde que recomenda "incorporar na atenção básica: Rede PSF e PACS práticas não convencionais de terapêutica como acupuntura e homeopatia";

- 2001 - 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária;

- 2003 - constituição de Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC ou apenas MNPC) no SUS (atual PNPIC);

- 2003 - Relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, que enfatiza a importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS;

- 2003 - Relatório Final da 12ª CNS que delibera pela efetiva inclusão da MNPC no SUS (atual Práticas Integrativas e Complementares).

- 2004 - 2ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovações em Saúde à MNPC (atual Práticas Integrativas e Complementares) que foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa;

- 2005 - Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; e

- 2005 - Relatório Final do Seminário "Águas Minerais do Brasil", em outubro, que indica a constituição de projeto piloto de Termalismo Social no SUS.

Levantamento realizado junto a Estados e municípios em 2004, mostrou a estruturação de algumas dessas práticas contempladas na política em 26 Estados, num total de 19 capitais e 232 municípios.

Esta política, portanto, atende às diretrizes da OMS e visa avançar na institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do SUS.

1.1. MEDICINA TRADICIONAL CHINESA-ACUPUNTURA

A Medicina Tradicional Chinesa caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. Como fundamento, aponta a teoria do Yin-Yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. O objetivo desse conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade. Também inclui a teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e da língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais).

A acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Originária da medicina tradicional chinesa (MTC), a acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças.

Achados arqueológicos permitem supor que essa fonte de conhecimento remonta há pelo menos 3000 anos. A denominação chinesa zhen jiu, que significa agulha (zhen) e calor (jiu), foi adaptada nos relatos trazidos pelos jesuítas no século XVII, resultando no vocábulo acupuntura (derivado das palavras latinas acus, agulha, e punctio, punção). O efeito terapêutico da estimulação de zonas neurorreativas ou "pontos de acupuntura" foi, a princípio, descrito e explicado numa linguagem de época, simbólica e analógica, consoante com a filosofia clássica chinesa.

No ocidente, a partir da segunda metade do século XX, a acupuntura foi assimilada pela medicina contemporânea, e graças às pesquisas científicas empreendidas em diversos países tanto do oriente como do ocidente, seus efeitos terapêuticos foram reconhecidos e têm sido paulatinamente explicados em trabalhos científicos publicados em respeitadas revistas científicas. Admite-se, atualmente, que a estimulação de pontos de acupuntura provoca a liberação, no sistema nervoso central, de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas de promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária.

A OMS recomenda a acupuntura aos seus Estados-Membros, tendo produzido várias publicações sobre sua eficácia e segurança, capacitação de profissionais, bem como métodos de pesquisa e avaliação dos resultados terapêuticos das medicinas complementares e tradicionais. O consenso do National Institutes of Health dos Estados Unidos referendou a indicação da acupuntura, de forma isolada ou como coadjuvante, em várias doenças e agravos à saúde, tais como odontalgias pós-operatórias, náuseas e vômitos pós-quimioterapia ou cirurgia em adultos, dependências químicas, reabilitação após acidentes vasculares cerebrais, dismenorréia, cefaléia, epicondilite, fibromialgia, dor miofascial, osteoartrite, lombalgias e asma, entre outras.

A MTC inclui ainda práticas corporais (lian gong, chi gong, tui-na, tai-chi-chuan); práticas mentais (meditação); orientação alimentar; e o uso de plantas medicinais (fitoterapia tradicional chinesa), relacionadas à prevenção de agravos e de doenças, a promoção e à recuperação da saúde.

No Brasil, a acupuntura foi introduzida há cerca de 40 anos. Em 1988, por meio da Resolução nº 5/88, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), teve suas normas fixadas para atendimento nos serviços públicos de saúde.

Vários conselhos de profissões da saúde regulamentadas reconhecem a acupuntura como especialidade em nosso país, e os cursos de formação encontram-se disponíveis em diversas unidades federadas.

Em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) do Sistema Único de Saúde a consulta médica em acupuntura (código 0701234), o que permitiu acompanhar a evolução das consultas por região e em todo o País. Dados desse sistema demonstram um crescimento de consultas médicas em acupuntura em todas as regiões. Em 2003, foram 181.983 consultas, com uma maior concentração de médicos acupunturistas na Região Sudeste (213 dos 376 cadastrados no sistema).

De acordo com o diagnóstico da inserção da MNPC nos serviços prestados pelo SUS e os dados do SIA/SUS, verifica-se que a acupuntura está presente em 19 estados, distribuída em 107 municípios, sendo 17 capitais.

Diante do exposto, é necessário repensar, à luz do modelo de atenção proposto pelo Ministério, a inserção dessa prática no SUS, considerando a necessidade de aumento de sua capilaridade para garantir o princípio da universalidade.

1.2. HOMEOPATIA

A homeopatia, sistema médico complexo de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes foi enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. Após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época, Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras Organon da Arte de Curar e Doenças Crônicas. A partir daí, essa racionalidade médica experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, a homeopatia foi introduzida por Benoit Mure, em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento.

Em 1979, é fundada a Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB); em 1980, a homeopatia é reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução nº 1000); em 1990, é criada a Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH); em 1992, é reconhecida como especialidade farmacêutica pelo Conselho Federal de Farmácia (Resolução nº 232); em 1993, é criada a Associação Médico-Veterinária Homeopática Brasileira (AMVHB); e em 2000, é reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária (Resolução nº 622).

A partir da década de 80, alguns Estados e municípios brasileiros começaram a oferecer o atendimento homeopático como especialidade médica aos usuários dos serviços públicos de saúde, porém como iniciativas isoladas e, às vezes, descontinuadas, por falta de uma política nacional. Em 1988, pela Resolução nº 4/88, a Ciplan fixou normas para atendimento em homeopatia nos serviços públicos de saúde e, em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela SIA/SUS a consulta médica em homeopatia.

Com a criação do SUS e a descentralização da gestão, foi ampliada a oferta de atendimento homeopático. Esse avanço pode ser observado no número de consultas em homeopatia que, desde sua inserção como procedimento na tabela do SIA/SUS, vem apresentando crescimento anual em torno de 10%. No ano de 2003, o sistema de informação do SUS e os dados do diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde em 2004 revelam que a homeopatia está presente na rede pública de saúde em 20 unidades da Federação, 16 capitais, 158 municípios, contando com registro de 457 profissionais médicos homeopatas.

Está presente em pelo menos 10 universidades públicas, em atividades de ensino, pesquisa ou assistência, e conta com cursos de formação de especialistas em homeopatia em 12 unidades da Federação. Conta ainda com a formação do médico homeopata aprovada pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Embora venha ocorrendo aumento da oferta de serviços, a assistência farmacêutica em homeopatia não acompanha essa tendência. Conforme levantamento da AMHB, realizado em 2000, apenas 30% dos serviços de homeopatia da rede SUS forneciam medicamento homeopático. Dados do levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, em 2004, revelam que apenas 9,6% dos municípios que informaram ofertar serviços de homeopatia possuem farmácia pública de manipulação.

A implementação da homeopatia no SUS representa uma importante estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na saúde uma vez que:

- recoloca o sujeito no centro do paradigma da atenção, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural. Na homeopatia o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões. Dessa forma, essa concepção contribui para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde;

- fortalece a relação médico-paciente como um dos elementos fundamentais da terapêutica, promovendo a humanização na atenção, estimulando o autocuidado e a autonomia do indivíduo;

- atua em diversas situações clínicas do adoecimento como, por exemplo, nas doenças crônicas não-transmissíveis, nas doenças respiratórias e alérgicas, nos transtornos psicossomáticos, reduzindo a demanda por intervenções hospitalares e emergenciais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários; e

- contribui para o uso racional de medicamentos, podendo reduzir a fármaco-dependência;

Em 2004, com o objetivo de estabelecer processo participativo de discussão das diretrizes gerais da homeopatia, que serviram de subsídio à formulação da presente Política Nacional, foi realizado pelo Ministério da Saúde o 1º Fórum Nacional de Homeopatia, intitulado "A Homeopatia que queremos implantar no SUS". Reuniu profissionais; Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde; Universidades Públicas; Associação de Usuários de Homeopatia no SUS; entidades homeopáticas nacionais representativas; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Conselhos Federais de Farmácia e de Medicina; Liga Médica Homeopática Internacional (LMHI), entidade médica homeopática internacional, e representantes do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (ANVISA).

1.3. PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA

A fitoterapia é uma "terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal". O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças.

Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a OMS tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, tendo em conta que 80% da população mundial utiliza essas plantas ou preparações destas no que se refere à atenção primária de saúde. Ao lado disso, destaca-se a participação dos países em desenvolvimento nesse processo, já que possuem 67% das espécies vegetais do mundo.

O Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica, como a maior diversidade vegetal do mundo, ampla sociodiversidade, uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar cientificamente esse conhecimento.

O interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a fitoterapia no SUS. A partir da década de 80, diversos documentos foram elaborados, enfatizando a introdução de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção básica no sistema público, entre os quais se destacam:

- a Resolução Ciplan nº 8/88, que regulamenta a implantação da fitoterapia nos serviços de saúde e cria procedimentos e rotinas relativas a sua prática nas unidades assistenciais médicas;

- o Relatório da 10a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, que aponta no item 286.12: "incorporar no SUS, em todo o País, as práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares" e, no item 351.10: "o Ministério da Saúde deve incentivar a fitoterapia na assistência farmacêutica pública e elaborar normas para sua utilização, amplamente discutidas com os trabalhadores em saúde e especialistas, nas cidades onde existir maior participação popular, com gestores mais empenhados com a questão da cidadania e dos movimentos populares";

- a Portaria nº 3916/98, que aprova a Política Nacional de Medicamentos, a qual estabelece, no âmbito de suas diretrizes para o desenvolvimento científico e tecnológico: "...deverá ser continuado e expandido o apoio às pesquisas que visem ao aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando a certificação de suas propriedades medicamentosas";

- o Relatório do Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, realizado em 2003, que entre as suas recomendações, contempla: "integrar no Sistema Único de Saúde o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos";

- o Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, que aponta a necessidade de se "investir na pesquisa e desenvolvimento de tecnologia para produção de medicamentos homeopáticos e da flora brasileira, favorecendo a produção nacional e a implantação de programas para uso de medicamentos fitoterápicos nos serviços de saúde, de acordo com as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica".

- a Resolução nº 338/04, do Conselho Nacional de Saúde que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a qual contempla, em seus eixos estratégicos, a "definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação dessa opção terapêutica e baseada no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País";

- 2005 - Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300151

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Atualmente, existem programas estaduais e municipais de fitoterapia, desde aqueles com memento terapêutico e regulamentação específica para o serviço, implementados há mais de 10 anos, até aqueles com início recente ou com pretensão de implantação. Em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, verificou-se, em todos os municípios brasileiros, que a fitoterapia está presente em 116 municípios, contemplando 22 unidades federadas.

No âmbito federal, cabe assinalar, ainda, que o Ministério da Saúde realizou, em 2001, o Fórum para formulação de uma proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, do qual participaram diferentes segmentos tendo em conta, em especial, a intersetorialidade envolvida na cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. Em 2003, o Ministério promoveu o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica. Ambas as iniciativas aportaram contribuições importantes para a formulação desta Política Nacional, como concretização de uma etapa para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

1.4. TERMALISMO SOCIAL/CRENOTERAPIA

O uso das Águas Minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Foi descrita por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal.

O termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde.

A crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

No Brasil, a crenoterapia foi introduzida junto com a colonização portuguesa, que trouxe ao País seus hábitos de usar águas minerais para tratamento de saúde. Durante algumas décadas foi disciplina conceituada e valorizada, presente em escolas médicas, como a UFMG e a UFRJ. O campo sofreu considerável redução de sua produção científica e divulgação com as mudanças surgidas no campo da medicina e da produção social da saúde como um todo, após o término da segunda guerra mundial.

A partir da década de 90, a Medicina Termal passou a dedicar-se a abordagens coletivas, tanto de prevenção quanto de promoção e recuperação da saúde, inserindo neste contexto o conceito de Turismo Saúde e de Termalismo Social, cujo alvo principal é a busca e a manutenção da saúde.

Países europeus como Espanha, França, Itália, Alemanha, Hungria e outros adotam desde o início do século XX o Termalismo Social como maneira de ofertar às pessoas idosas tratamentos em estabelecimentos termais especializados, objetivando proporcionar a essa população o acesso ao uso das águas minerais com propriedades medicinais, seja para recuperar seja para sua saúde, assim como preservá-la.

O termalismo, contemplado nas resoluções CIPLAN de 1988, manteve-se ativo em alguns serviços municipais de saúde de regiões com fontes termais como é o caso de Poços de Caldas, em Minas Gerais.

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 343, de 7 de outubro de 2004, é um instrumento de fortalecimento da definição das ações governamentais que envolvem a revalorização dos mananciais das águas minerais, o seu aspecto terapêutico, a definição de mecanismos de prevenção, de fiscalização, de controle, além do incentivo à realização de pesquisas na área.

2. OBJETIVOS

2.1 Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

2.2 Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.

2.3 Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades.

2.4 Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

3. DIRETRIZES

3.1. Estruturação e fortalecimento da atenção em Práticas Integrativas e Complementares no SUS, mediante:

- incentivo à inserção das Práticas Integrativas e Complementares em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica;

- desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção;

- implantação e implementação de ações e fortalecimento de iniciativas existentes;

- estabelecimento de mecanismos de financiamento;

- elaboração de normas técnicas e operacionais para implantação e desenvolvimento dessas abordagens no SUS; e

- articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e as demais políticas do Ministério da Saúde.

3.2. Desenvolvimento de estratégias de qualificação em Práticas Integrativas e Complementares para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente.

3.3. Divulgação e informação dos conhecimentos básicos das Práticas Integrativas e Complementares para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional:

- Apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em Práticas Integrativas e Complementares que atuem na estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

- Elaboração de materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando à promoção de ações de informação e divulgação das Práticas Integrativas e Complementares, respeitando as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e comunidade em geral. - Inclusão das Práticas Integrativas e Complementares na agenda de atividades da comunicação social do SUS.

- Apoio e fortalecimento de ações inovadoras de informação e divulgação sobre Práticas Integrativas e Complementares em diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação.

- Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação em Práticas Integrativas e Complementares.

3.4. Estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações.

3.5. Fortalecimento da participação social.

3.6. Provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nesses âmbitos, na regulamentação sanitária.

- Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos. - Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS.

- Cumprimento dos critérios de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.

- Cumprimento das boas práticas de manipulação, de acordo com a legislação vigente.

3.7. Garantia do acesso aos demais insumos estratégicos das Práticas Integrativas e Complementares, com qualidade e segurança das ações.

3.8. Incentivo à pesquisa em Práticas Integrativas e Complementares com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados.

3.9. Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das Práticas Integrativas e Complementares, para instrumentalização de processos de gestão.

3.10. Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências em Práticas Integrativas e Complementares nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde. - Estabelecimento de intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, à formação, à educação permanente e à pesquisa com unidades federativas e países onde as Práticas Integrativas e Complementares esteja integrada ao serviço público de saúde.

3.11. Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

4. IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES

4.1. NA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA-ACUPUNTURA

Premissa: desenvolvimento da Medicina Tradicional Chinesa-acupuntura em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção.

Diretriz MTCA

1 Estruturação e fortalecimento da atenção em MTC-acupuntura no SUS, com incentivo à inserção da MTC-acupuntura em todos os níveis do sistema com ênfase na atenção básica.

1. NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Deverão ser priorizados mecanismos que garantam a inserção de profissionais de saúde com regulamentação em acupuntura dentro da lógica de apoio, participação e co-responsabilização com as ESF.

Além disso, será função precípua desse profissional

- atuar de forma integrada e planejada de acordo com as atividades prioritárias da estratégia Saúde da Família;

- identificar, em conjunto com as equipes da atenção básica (ESF e equipes de unidades básicas de saúde) e a população, a(s) prática(s) a ser(em) adotada(s) em determinada área;

- trabalhar na construção coletiva de ações que se integrem a outras políticas sociais (intersetorialidade);

- avaliar, em conjunto com a equipe de saúde da família/atenção básica, o impacto na situação de saúde do desenvolvimento e implementação dessa nova prática, mediante indicadores previamente estabelecidos; - atuar na especialidade com resolubilidade;

- trabalhar utilizando o sistema de referência/contra-referência num processo educativo; e

- discutir clinicamente os casos em reuniões tanto do núcleo quanto das equipes adscritas.

2. Centros especializados

Profissionais de saúde acupunturistas inseridos nos serviços ambulatoriais especializados de média e alta complexidade deverão participar do sistema referência/contra-referência, atuando de forma resolutiva no processo de educação permanente.

Profissionais de saúde acupunturistas inseridos na rede hospitalar do SUS.

Para toda inserção de profissionais que exerçam a acupuntura no SUS será necessário o título de especialista.

Deverão ser elaboradas normas técnicas e operacionais compatíveis com a implantação e o desenvolvimento dessas práticas no SUS.

Diretriz MTCA 2

Desenvolvimento de estratégias de qualificação em MTC/acupuntura para profissionais no SUS, consoante os princípios e diretrizes para a Educação Permanente no SUS.

1. Incentivo à capacitação para que a equipe de saúde desenvolva ações de prevenção de agravos, promoção e educação em saúde - individuais e coletivas - na lógica da MTC, uma vez que essa capacitação deverá envolver conceitos básicos da MTC e práticas corporais e meditativas. Exemplo: Tuí-Na, Tai Chi Chuan, Lian Gong. Chi Gong, e outros que compõem a atenção à saúde na MTC.

2. Incentivo à formação de banco de dados relativos a escolas formadoras.

3. Articulação com outras áreas visando ampliar a inserção formal da MTC/acupuntura nos cursos de graduação e pós-graduação para as profissões da saúde.

Diretriz MTCA 3

Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MTC/acupuntura para usuários, profissionais de saúde e gestores do SUS.

1. Para usuários Divulgação das possibilidades terapêuticas; medidas de segurança; alternativas a tratamentos convencionais, além de ênfase no aspecto de prevenção de agravos e promoção das práticas corporais.

2. Para profissionais Divulgação dos usos e possibilidades, necessidade de capacitação específica, de acordo com o modelo de inserção; medidas de segurança; alternativas a tratamentos convencionais e papel do profissional no Sistema.

3 Para gestores Usos e possibilidades terapêuticas, necessidade de investimento em capacitação específica de profissionais, de acordo com o modelo de inserção; medidas de segurança; alternativas a tratamentos convencionais; possível redução de custos e incentivos federais para tal investimento.

Diretriz MTCA 4

Garantia do acesso aos insumos estratégicos para MTC/Acupuntura na perspectiva da garantia da qualidade e seguranças das ações.

1. Estabelecimento de normas relativas aos insumos necessários para a prática da MTC/acupuntura com qualidade e segurança: agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados; moxa (carvão e/ou artemísia); esfera vegetal para acupuntura auricular; esfera metálica para acupuntura auricular; copos de ventosa; equipamento para eletroacupuntura; mapas de pontos de acupuntura.

2. Elaboração de Banco Nacional de Preços para esses produtos.

Diretriz MTCA 5

Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação para MTC/acupuntura.

Para o desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação, deverão ser criados códigos de procedimentos, indicados a seguir, para que os indicadores possam ser compostos.

Serão contemplados para a criação dos códigos SAI/SUS para registro e financiamento dos procedimentos de acupuntura as categorias profissionais regulamentadas.

1. Inserção de códigos de procedimentos para informação e financiamento

- Sessão de Acupuntura com Inserção de Agulhas agulhamento seco em zonas neurorreativas de acupuntura (pontos de acupuntura)

Sessão de Acupuntura - outros procedimentos:

a) aplicação de ventosas - consiste em aplicar recipiente de vidro ou plástico, onde se gera vácuo, com a finalidade de estimular zonas neurorreativas (pontos de acupuntura);

b) eletroestimulação - consiste em aplicar estímulos elétricos determinados, de freqüência variável de 1 a 1000 Hz, de baixa voltagem e baixa amperagem em zonas neurorreativas (pontos de acupuntura); e

c) aplicação de laser de baixa potência em acupuntura - consiste em aplicar um estímulo produzido por emissor de laser de baixa potência (5 a 40 mW), em zona neurorreativa de acupuntura

1.1 Inserção nos códigos 04.011.03-1; 04.011.02-1; 0702101-1; 0702102-0, já existentes na tabela SIA/SUS, dos profissionais faltantes - para registro das ações de promoção da saúde em MTC/acupuntura.

2. Criação de códigos para registro de práticas corporais

Considerando que a MTC contempla em suas atividades de atenção à saúde práticas corporais, deverão ser criados códigos específicos para as práticas corporais no SUS para registro da informação:

- práticas corporais desenvolvidas em grupo na unidade, a exemplo do Tai Chi Chuan, do Lian Gong, do Chi Gong, automassagem;

- práticas corporais desenvolvidas em grupo na comunidade, a exemplo do Tai Chi Chuan, do Lian Gong, do Chi gong; automassagem;

- práticas corporais individuais, a exemplo do Tuí-Na, da meditação, do Chi Gong; automassagem.

3. Avaliação dos serviços oferecidos

Estabelecimento de critérios para o acompanhamento da implementação e implantação da MTC/acupuntura, tais como: cobertura de consultas em acupuntura; taxa de procedimentos relacionados com a MTC/acupuntura; taxa de ações educativas relacionadas com a MTC/acupuntura; taxa de procedimentos relativos às práticas corporais - MTC/acupuntura, entre outros.

4. Acompanhamento da ação dos Estados no apoio à implantação desta Política Nacional.

Diretriz MTCA 6

Integração das ações da MTC/acupuntura com políticas de saúde afins. Para tanto, deverá ser estabelecida integração com todas as áreas do MS, visando à construção de parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300152

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Diretriz MTCA 7

Incentivo à pesquisa com vistas a subsidiar a MTC/acupuntura no SUS como nicho estratégico da política de pesquisa no Sistema.

1. Incentivo a linhas de pesquisa em MTC/acupuntura que:

- aprimorem sua prática e avaliem sua efetividade, segurança e aspectos econômicos, num contexto pragmático, associado ou não a outros procedimentos e práticas complementares de saúde; experiências bem sucedidas (serviços e municípios);

- identifiquem técnicas e condutas mais eficazes, efetivas, seguras e eficientes para a resolução de problemas de saúde de uma dada população;

- apontem estratégias para otimização da efetividade do tratamento pela acupuntura e práticas complementares; e

- estabelecer intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da formação, educação permanente e pesquisa com países onde a MTC/acupuntura esteja integrada ao serviço público de saúde.

Deverá ser observado, para o caso de pesquisas clínicas, o desenvolvimento de estudos que sigam as normas da CONEP/CNS.

Diretriz MTCA 8

Garantia de financiamento para as ações da MTC/acupuntura.

Para viabilizar o financiamento do modelo de atenção proposto, deverão ser adotadas medidas relativas:

- à inserção dos códigos de procedimentos com o objetivo de ampliar as informações sobre a MTC/ acupuntura no Sistema e promover o financiamento das intervenções realizadas;

- à garantia de um financiamento específico para divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MTC/acupuntura para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

Consideração: deverá ser realizada avaliação trimestral do incremento das ações realizadas a partir do primeiro ano, com vistas a ajustes no financiamento mediante desempenho e pactuação.

4.2. NA HOMEOPATIA

Premissa: desenvolvimento da Homeopatia em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção.

Diretriz H 1 Incorporação da homeopatia nos diferentes níveis de complexidade do Sistema, com ênfase na atenção básica, por meio de ações de prevenção de doenças e de promoção e recuperação da saúde.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. garantir as condições essenciais à boa prática em homeopatia, considerando suas peculiaridades técnicas, Infra-estrutura física adequada e insumos,

2. apoiar e fortalecer as iniciativas de atenção homeopática na atenção básica, obedecendo aos seguintes critérios:; - priorizar mecanismos que garantam a inserção da atenção homeopática dentro da lógica de apoio, participação e co-responsabilização com as ESF; - na unidade de atenção básica prestar atendimento, de acordo com a demanda espontânea ou referenciada, aos usuários em todas as faixas etárias; - no caso da unidade do Saúde da Família (SF) possuir um profissional homeopata como médico do Saúde da Família, a ele deve ser oportunizada a prática da homeopatia, sem prejuízo das atribuições pertinentes ao profissional da estratégia de saúde da família;

3. apoiar e fortalecer as iniciativas de atenção homeopática na atenção especializada: - nos ambulatórios de especialidades ou nos centros de referência, prestar atendimento, de acordo com a demanda, aos usuários em todas as faixas etárias e prestar apoio técnico aos demais serviços da rede local; - em emergências, unidades de terapia intensiva, centros de cuidados paliativos ou em enfermarias hospitalares a homeopatia pode ser incorporada de forma complementar e contribuir para a maior resolubilidade da atenção;

4. estabelecer critérios técnicos de organização e funcionamento da atenção homeopática em todos os níveis de complexidade, de modo a garantir a oferta de serviços seguros, efetivos e de qualidade, avaliando as iniciativas já existentes nas unidades federadas e com a participação das sociedades cientificas homeopáticas reconhecidas;

5. estabelecer intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações relativas às experiências no campo da atenção homeopática com países onde a homeopatia esteja integrada ao serviço público de saúde.

Diretriz H 2

Garantia de financiamento capaz de assegurar o desenvolvimento do conjunto de atividades essenciais à boa prática em homeopatia, considerando as suas peculiaridades técnicas. Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. criar mecanismos de financiamento que garantam o acesso aos insumos inerentes à prática da homeopatia:

- repertório homeopático e matéria médica homeopática em forma impressa e em software;

2. criar incentivo para a garantia de acesso a medicamentos homeopáticos na perspectiva de:

- incentivo a implantação e/ou à adequação de farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos, com possibilidade de ampliação para fitoterápicos, que atendam a demanda e à realidade loco-regional, segundo critérios estabelecidos, e em conformidade com a legislação vigente;

- estímulo à implantação de projetos para produção de matrizes homeopáticas nos laboratórios oficiais visando ano fornecimento às farmácias de manipulação de medicamentos homeopáticos locais ou regionais;

3 - garantir mecanismos de financiamento para projetos e programas de formação e educação permanente, que assegurem a especialização e o aperfeiçoamento em homeopatia aos profissionais do SUS, mediante demanda loco-regional e pactuação nos Pólos de Educação Permanente em Saúde;

4 - para a estruturação física dos serviços o Ministério da Saúde dispõe anualmente de financiamento federal por meio de convênios a partir de projetos apresentados ao Fundo Nacional de Saúde, cabendo também aos Estados e aos municípios o co-financiamento para a estruturação dos serviços de atenção homeopática;

5 - garantir financiamento específico para divulgação e informação dos conhecimentos básicos da homeopatia para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular.

Consideração: deverá ser realizada avaliação periódica do incremento das ações realizadas a partir do primeiro ano, com vistas a ajustes no financiamento mediante desempenho e pactuação.

Diretriz H 3

Provimento do acesso ao usuário do SUS do medicamento homeopático prescrito, na perspectiva da ampliação da produção pública.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. inclusão da homeopatia na política de Assistência Farmacêutica das três esferas de gestão SUS;

2. contemplar, na legislação sanitária, Boas Práticas de Manipulação para farmácias com manipulação de homeopáticos que atendam as necessidades do SUS nesta área;

3. ampliar a oferta de medicamentos homeopáticos, por intermédio de farmácias publicas de manipulação que atendam à demanda e às necessidades locais, respeitando a legislação pertinente às necessidades do SUS na área e com ênfase na assistência farmacêutica;

- criar incentivo voltado à implantação ou à melhoria de farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos (possibilidade de ampliação para fitoterápicos), com contrapartida do município e/ou do Estado para sua manutenção e segundo critérios pré-estabelecidos

- elaboração de Banco Nacional de Preços para os materiais de consumo necessários ao funcionamento da farmácia de manipulação para dar suporte ao processo de licitação realizado pelos Estados e municípios;

4. incentivar a produção pelos laboratórios oficiais de: - matrizes homeopáticas visando ao seu fornecimento às farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos, estimulando parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e baseando-se na lista de policrestos e semipolicrestos definida pela Farmacotécnica Homeopática Brasileira - 2ª edição de 1997; - medicamentos homeopáticos pelos laboratórios oficiais, objetivando seu fornecimento aos Estados e aos municípios e segundo estudos de viabilidade econômica;

5. induzir e apoiar a iniciativa local na identificação dos medicamentos - formas farmacêuticas, escalas, dinamizações e métodos empregados - necessários e mais utilizados nos serviços de homeopatia já existentes, elaborando, a partir, uma relação de orientação para a produção dos medicamentos e para as unidades de saúde, sujeita à revisão periódica e atendendo à realidade local;

Diretriz H 4

Apoio a projetos de formação e de educação permanente, promovendo a qualidade técnica dos profissionais e consoante com os princípios da Política Nacional de Educação Permanente. Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. promover a discussão da homeopatia na perspectiva da Educação Permanente em Saúde, por intermédio das instituições formadoras da área, dos usuários e dos profissionais de saúde homeopatas, visando à qualificação dos profissionais no SUS; - articular, em consonância com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente em Saúde no SUS, a realização de diagnóstico acerca das dificuldades e das limitações atuais na prática clínica homeopática, no que se refere à formação e à necessidade de educação permanente dos profissionais homeopatas que atuam nos diversos níveis de complexidade do SUS, da atenção básica à atenção especializada;

2. Prover apoio técnico e financeiro ao desenvolvimento de projetos e programas de formação e educação permanente que assegurem a especialização e o aperfeiçoamento em homeopatia aos profissionais do SUS, considerando: - a adoção de metodologias e formatos adequados às necessidades e às viabilidades locais e/ou loco-regionais, incluindo o ensino a distância e a formação em serviço; - a pactuação de ações e iniciativas no campo da Educação Permanente em Saúde e que atenda à demanda loco-regional;

3. elaborar material informativo com o objetivo de apoiar os gestores do SUS no desenvolvimento de projetos locais de formação e educação permanente dos profissionais homeopatas, observando: os princípios e diretrizes do SUS; as recomendações da Política de Educação Permanente; os critérios estabelecidos pelas instituições homeopáticas de representação nacional, em termos das habilidades e competências dos profissionais homeopatas; e as diretrizes desta política;

4. apoiar técnica e financeiramente a estruturação física da homeopatia nos centros de referência, com atribuições: na implementação de atividades de ensino em serviço (estágios, formação e educação permanente); no desenvolvimento de pesquisas em homeopatia de interesse para o SUS; na integração de atividades de assistência, ensino e pesquisa, em articulação com princípios e diretrizes estabelecidos para a Educação Permanente em Saúde no SUS;

5. promover a inclusão da racionalidade homeopática nos cursos de graduação e pós-graduação strictu e lato sensu para profissionais da área de saúde;

6. promover a discussão sobre a homeopatia no processo de modificação do ensino de graduação;

7. fomentar e apoiar junto ao Ministério da Educação projetos de residência em homeopatia;

8. fomentar e apoiar iniciativas de criação e manutenção de Fórum Virtual Permanente, permitindo um espaço de discussão acerca da formação/episteme homeopática e modelo de atenção, de modo a tornar disponíveis produções, experiências e documentos visando à implementação da atenção homeopática no SUS;

9. apoiar a realização de fóruns de homeopatia nas três esferas de governo, objetivando a discussão e a avaliação da implantação e implementação da homeopatia no SUS;

10. estabelecer intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da formação, da educação permanente e da pesquisa com países onde a homeopatia esteja integrada ao serviço público de saúde.

Diretriz H5

Acompanhamento e avaliação da inserção e implementação da atenção homeopática no SUS.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. desenvolver instrumentos adequados de acompanhamento e avaliação da inserção e implementação da atenção homeopática no SUS, com ênfase no acompanhamento e na avaliação das dificuldades de inserção identificadas e sua superação; e na criação de mecanismos para coleta de dados que possibilitem estudos e pesquisas e que sirvam como instrumentos no processo de gestão;

2. acompanhar e avaliar os resultados dos protocolos de pesquisa nacionais implantados, com vistas à melhoria da atenção homeopática no SUS;

3. incluir no sistema de informação do SUS os procedimentos em homeopatia referente a atividade de educação e saúde na atenção básica para os profissionais de saúde de nível superior;

4. identificar o estabelecimento Farmácia de Manipulação Homeopática no cadastro de estabelecimentos de saúde

Diretriz H 6

Socializar informações sobre a homeopatia e as características da sua prática, adequando-as aos diversos grupos populacionais.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. incluir a homeopatia na agenda de atividades da comunicação social do SUS;

2. produzir materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando à promoção de ações de informação e divulgação da homeopatia, respeitando as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, aos gestores, dos conselheiros de saúde, bem como aos docentes e aos discentes da área de saúde e comunidade em geral;

3. apoiar e fortalecer ações inovadoras de informação e divulgação sobre homeopatia em diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação;

4. identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em homeopatia;

5. prover apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais que atuam na estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em homeopatia, considerando a pactuação de ações e iniciativas de Educação Permanente em Saúde no SUS.

Diretriz H 7

Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção homeopática no SUS.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. incluir a homeopatia nas linhas de pesquisa do SUS;

2. identificar e estabelecer rede de apoio, em parceria com instituições formadoras, associativas e representativas da homeopatia, universidades, faculdades e outros órgãos dos governos federal, estaduais e municipais, visando: - ao fomento à pesquisa em homeopatia; - à identificação de estudos e pesquisas relativos à homeopatia existentes no Brasil, com o objetivo de socializar, divulgar e embasar novas investigações; - criar banco de dados de pesquisadores e pesquisas em homeopatia realizadas no Brasil, interligando-o com outros bancos de abrangência internacional;

3. identificar e divulgar as potenciais linhas de financiamento - Ministério da Ciência e Tecnologia, Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa, terceiro setor e outros - para a pesquisa em homeopatia;

4. apoiar a realização de estudo sobre representações sociais, junto a usuários e profissionais de saúde sobre homeopatia;

5. priorizar as linhas de pesquisas em homeopatia a serem implementadas pelo SUS, em especial aquelas que contemplem a avaliação da eficácia, da eficiência e da efetividade da homeopatia, visando ao aprimoramento e à consolidação da atenção homeopática no SUS;

6. apoiar a criação e a implantação de protocolos para avaliação de efetividade, resolubilidade, eficiência e eficácia da ação da homeopatia nas endemias e epidemias;

7. acompanhar e avaliar os resultados dos protocolos de pesquisa nacionais implantados, com vistas à melhoria da atenção homeopática no SUS.

4.3. NAS PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA

Diretriz PMF 1

Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. realizar diagnóstico situacional das plantas medicinais e fitoterápicos utilizados em programas estaduais, municipais e outros relacionados ao tema;

2. estabelecer critérios para inclusão e exclusão de plantas medicinais e fitoterápicos nas Relações Nacionais, baseados nos conceitos de eficácia e segurança;

3. identificar as necessidades da maioria da população, a partir de dados epidemiológicos das doenças passíveis de serem tratadas com plantas medicinais e fitoterápicos;

4. elaborar monografias padronizadas das plantas medicinais e fitoterápicos constantes nas Relações.

Diretriz PMF 2

Provimento do acesso a plantas medicinais e fitoterápicos aos usuários do SUS.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. tornar disponíveis plantas medicinais e/ou fitoterápicos nas unidades de saúde, de forma complementar, seja na estratégia de saúde da família, seja no modelo tradicional ou nas unidades de média e alta complexidade, utilizando um ou mais dos seguintes produtos: planta medicinal "in natura", planta medicinal seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e fitoterápico industrializado.

1.1. Quando a opção for pelo fornecimento da planta medicinal "in natura", deverão ser observados os seguintes critérios:

- fornecimento das espécies constantes na Relação Nacional de Plantas Medicinais;

- fornecimento do memento referente às espécies utilizadas;

- utilização das espécies identificadas botanicamente, cuja produção tenha a garantia das boas práticas de cultivo orgânico, preservando a qualidade do ar, do solo e da água;

- implantação e manutenção de hortos oficiais de espécies medicinais e/ou estimulando hortas e hortos comunitários reconhecidos junto a órgãos públicos, para o fornecimento das plantas.

1.2. Quando a opção for pelo fornecimento da planta seca (droga vegetal), deverão ser observados os seguintes critérios:

- fornecimento das espécies constantes na Relação Nacional de Plantas Medicinais;

- fornecimento do memento referente às espécies utilizadas;

- utilização das espécies identificadas botanicamente, cuja produção tenha a garantia das boas práticas de cultivo orgânico, preservando a qualidade do ar, do solo e da água;

- obtenção da matéria-prima vegetal, processada de acordo com as boas práticas, oriunda de hortos oficiais de espécies medicinais, de cooperativas, de associações de produtores, de extrativismo sustentável ou de outros, com alvará ou licença dos órgãos competentes para tal;

- oferta de local adequado para o armazenamento das drogas vegetais.

1.3. Quando a opção for pelo fornecimento do fitoterápico manipulado, deverão ser observados os seguintes critérios:

- fornecimento do fitoterápico manipulado conforme memento associado à Relação Nacional de Plantas Medicinais e à legislação pertinente para atender as necessidades do SUS nesta área;

- utilização de matéria-prima vegetal, processada de acordo com às boas práticas, oriunda de hortos oficiais de espécies medicinais, de cooperativas, de associações de produtores, extrativismo sustentável ou de outros, com alvará ou licença de órgãos competente para tal;

- utilização dos derivados de matéria-prima vegetal, processados de acordo com as boas praticas de fabricação, oriundos de fornecedores com alvará ou licença dos órgãos competentes para tal;

- ampliação da oferta de fitoterápicos, por intermédio de farmácias públicas com manipulação de fitoterápicos, que atenda à demanda e às necessidades locais, respeitando a legislação pertinente às necessidades do SUS na área;

- elaboração de monografias sobre produtos oficinais (fitoterápicos) que poderão ser incluídos na farmacopéia brasileira;

- contemplar, na legislação sanitária, Boas Práticas de Manipulação para farmácias com manipulação de fitoterápicos que atendam às necessidades do SUS nesta área.

1.4. Quando a opção for pelo fornecimento do fitoterápico industrializado, deverão ser observados os seguintes critérios:

- fornecimento do produto conforme a Relação Nacional de Fitoterápicos;

- estímulo à produção de fitoterápicos, utilizando, prioritariamente, os laboratórios oficiais;

- fornecimento de fitoterápicos que atendam a legislação vigente;

- aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos aos usuários do SUS, conforme a organização dos serviços municipais de assistência farmacêutica.

Diretriz PMF 3

Formação e educação permanente dos profissionais de saúde em plantas medicinais e fitoterapia.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. definir localmente, em consonância com os princípios e diretrizes estabelecidos para a Educação Permanente em Saúde no SUS, a formação e educação permanente em plantas medicinais e fitoterapia para os profissionais que atuam nos serviços de saúde. A educação permanente de pessoas e equipes para o trabalho com plantas medicinais e fitoterápicos, dar-se-á nos níveis:

1.1. básico interdisciplinar comum a toda a equipe: contextualizando as Práticas Integrativas e Complementares, contemplando os cuidados gerais com as plantas medicinais e fitoterápicos.

1.2. específico para profissionais de saúde de nível universitário: detalhando os aspectos relacionados à manipulação, do uso e à prescrição das plantas medicinais e fitoterápicos.

1.3. específico para profissionais da área agronômica: detalhando os aspectos relacionados à cadeia produtiva de plantas medicinais.

2. estimular a elaboração de material didático e informativo visando apoiar os gestores do SUS no desenvolvimento de projetos locais de formação e educação permanente.

3. estimular estágios nos serviços de fitoterapia aos profissionais das equipes de saúde e aos estudantes dos cursos técnicos e de graduação.

4. estimular as universidades a inserir, nos cursos de graduação e pós-graduação envolvidos na área, disciplinas com conteúdo voltado às plantas medicinais e fitoterapia.

Diretriz PMF 4

Acompanhamento e avaliação da inserção e implementação das plantas medicinais e fitoterapia no SUS.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. desenvolver instrumentos de acompanhamento e avaliação;

2. monitorar as ações de implantação e implementação por meio dos dados gerados;

3. propor medidas de adequação das ações, subsidiando as decisões dos gestores a partir dos dados coletados;

4. identificar o estabelecimento Farmácia de Manipulação de Fitoterápicos no cadastro de estabelecimentos de saúde.

Diretriz PMF 5

Fortalecimento e ampliação da participação popular e do controle social.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. resgatar e valorizar o conhecimento tradicional e promover a troca de informações entre grupos de usuários, detentores de conhecimento tradicional, pesquisadores, técnicos, trabalhadores em saúde e representantes da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos;

2. estimular a participação de movimentos sociais com conhecimento do uso tradicional de plantas medicinais nos Conselhos de Saúde;

3. incluir os atores sociais na implantação e na implementação desta Política Nacional no SUS;

4. ampliar a discussão sobre a importância da preservação ambiental na cadeia produtiva;

5. estimular a participação popular na criação de hortos de espécies medicinais como apoio ao trabalho com a população, com vistas à geração de emprego e renda.

Diretriz PMF 6

Estabelecimento de política de financiamento para o desenvolvimento de ações voltadas à implantação das plantas medicinais e da fitoterapia no SUS.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. para a obtenção de plantas in natura - planejar, a partir da articulação entre as esferas de competência a implantação e a manutenção de hortos oficiais de espécies medicinais ou hortas e hortos comunitários reconhecidos junto a órgãos públicos, para o fornecimento das plantas;

2. para a obtenção de plantas secas - planejar, a partir da articulação entre as esferas de competência, a obtenção de matéria prima vegetal, processada de acordo com as boas práticas, oriunda de hortos oficiais de espécies medicinais, cooperativas, associações de produtores, extrativismo sustentável ou outros, com alvará ou licença dos órgãos competentes para tal;

3. para a obtenção de fitoterápico manipulado - criar incentivo voltado à implantação ou à melhoria das farmácias públicas de manipulação de fitoterápicos, com possibilidade de ampliação para homeopáticos, com contrapartida do município e/ou do estado para sua manutenção e segundo critérios pré-estabelecidos e legislação pertinente para atender às necessidades do SUS nesta área;

4. para a obtenção de fitoterápico industrializado - incentivar a produção de fitoterápicos, utilizando, prioritariamente, os laboratórios oficiais, assim como criar incentivo para aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos aos usuários do SUS, conforme a organização dos serviços de assistência farmacêutica;

5. para divulgação e informação dos conhecimentos básicos da fitoterapia para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional - garantir financiamento específico.

Diretriz PMF 7

Incentivo à pesquisa e desenvolvimento de plantas medicinais e fitoterápicos, priorizando a biodiversidade do País. Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. garantir linhas de financiamento nos Ministérios da Saúde, da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, do Meio Ambiente, da Ciência e Tecnologia, nas Fundações de Amparo à Pesquisa, na Organização Mundial da Saúde/ Organização Pan-Americana da Saúde (OMS/Opas), para pesquisas sobre os itens da Relação de Plantas Medicinais com Potencial de Utilização no SUS e para estímulo à produção nacional, visando assegurar o fornecimento regular ao mercado interno;

2. incorporar à Relação de Plantas Medicinais com Potencial de Utilização para o SUS na Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa e Saúde;

3. estimular linhas de pesquisa em fitoterapia nos cursos de pós-graduação strictu sensu junto às universidades e aos institutos de pesquisa;

4. incentivar a realização e a aplicação de protocolos para o desenvolvimento de pesquisa em fitoterapia, relacionada aos aspectos epidemiológicos, clínicos e da assistência farmacêutica;

5. promover pesquisa e desenvolvimento tecnológico, com base no uso tradicional das plantas medicinais, priorizando as necessidades epidemiológicas da população, com ênfase nas espécies nativas e naquelas que estão sendo utilizadas no setor público e nas organizações dos movimentos sociais;

6. garantir recursos para apoio e desenvolvimento de centros de pesquisas clínicas na área da fitoterapia;

7. incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia;

8. - implantar bancos de dados dos programas de fitoterapia, das instituições de pesquisas, dos pesquisadores e dos resultados de pesquisas com plantas medicinais e fitoterápicos.

Diretriz PMF 8

Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS. Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. divulgar as Relações Nacionais de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos;

2. garantir o suporte técnico em todas as etapas de implantação e implementação da fitoterapia;

3. envolver os gestores do SUS no desenvolvimento das ações de comunicação e divulgação, oferecendo os meios necessários (conteúdos, financiamento e metodologias, entre outros);

4. desenvolver campanhas educativas buscando a participação dos profissionais de saúde com vistas ao uso racional;

5. desenvolver ações de informação e divulgação aos usuários do SUS, por meio de cartazes, cartilhas, folhetos, vídeos, entre outros, respeitando as especificidades regionais e culturais do País;

6. incluir a fitoterapia na agenda de atividades da comunicação social do SUS;

7. desenvolver ações de farmacoepidemiologia e farmacovigilância;

8. identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em fitoterapia.

Diretriz PMF 9

Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. financiamento aos laboratórios oficiais de controle de qualidade;

2. implantação/inserção de sistema de informação sobre o uso, os efeitos e a qualidade destes medicamentos;

3. formação dos profissionais de Vigilância Sanitária para o monitoramento da qualidade destes medicamentos;

4. apoio aos serviços de vigilância sanitária para o desempenho neste campo.

4.4. NO TERMALISMO SOCIAL/CRENOTERAPIA

Diretriz TSC 1

Incentivo à criação de Observatórios de Saúde onde atualmente são desenvolvidas experiências em Termalismo Social, no âmbito do SUS

Para tanto, as medidas a serem empreendidas buscarão:

1. instituir, mediante termos de cooperação técnica bipartite ou tripartite, observatório das experiências consolidadas no termalismo social, acompanhando sua inserção no SUS local;

2. desenvolver ações de acompanhamento e avaliação das práticas de termalismo/crenoterapia desenvolvidas nos serviços;

3. apoiar as iniciativas de divulgação e capacitação para ações referentes ao termalismo social/crenoterapia no SUS;

4. estimular a interlocução entre as esferas de governo e a sociedade civil visando à implantação de Projetos Piloto de termalismo nos Estados e nos municípios que possuem fontes de água mineral com potencial terapêutico;

5. estimular as esferas governamentais para realização de análises físico-químicas periódicas das águas minerais;

6. apoiar estudos e pesquisas sobre a utilização terapêutica das águas minerais;

7. Elaborar e publicar material informativo sobre os resultados dos Observatórios de Saúde.

5. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

5.1. GESTOR FEDERAL

- Elaborar normas técnicas para inserção das Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

- Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite.

- Estimular pesquisas nas áreas de interesse, em especial aquelas consideradas estratégicas para formação e desenvolvimento tecnológico para as Práticas Integrativas e Complementares.

- Estabelecer diretrizes para a educação permanente em Práticas Integrativas e Complementares.

- Manter articulação com os estados para apoio à implantação e supervisão das ações.

- Promover articulação intersetorial para a efetivação desta Política Nacional.

- Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política.

- Divulgar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

- Garantir a especificidade da assistência farmacêutica em homeopatia e fitoterapia para o SUS na regulamentação sanitária.

- Elaborar e revisar periodicamente a Relação Nacional de Plantas Medicinais, a Relação de Plantas Medicinais com Potencial de Utilização no SUS e a Relação Nacional de Fitoterápicos (esta última, segundo os critérios da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais/Rename).

- Estabelecer critérios para inclusão e exclusão de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos nas Relações Nacionais.

- Elaborar e atualizar periodicamente as monografias de plantas medicinais, priorizando as espécies medicinais nativas nos moldes daquelas formuladas pela OMS.

- Elaborar mementos associados à Relação Nacional de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos.

- Estabelecer normas relativas ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos nas ações de atenção à saúde no SUS.

- Fortalecer o Sistema de Farmacovigilância Nacional, incluindo ações relacionadas às plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos.

- Implantar um banco de dados dos serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, das instituições de ensino e pesquisa, assim como de pesquisadores e resultados das pesquisas cientificas em Práticas Integrativas e Complementares.

- Criação de Banco Nacional de Preços para os insumos das Práticas Integrativas e Complementares pertinentes, para orientação aos estados e aos municípios.

5.2. GESTOR ESTADUAL

- Elaborar normas técnicas para inserção das Práticas Integrativas e Complementares na rede de saúde.

- Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite.

- Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política.

- Implementar as diretrizes da educação permanente em consonância com a realidade loco-regional.

- Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política.

- Manter articulação com municípios para apoio à implantação e à supervisão das ações.

- Divulgar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

- Acompanhar e coordenar a assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos.

- Exercer a vigilância sanitária no tocante as Práticas Integrativas e Complementares e ações decorrentes, bem como incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia, com especial atenção às plantas medicinais e aos fitoterápicos, no seu âmbito de atuação.

- Apresentar e aprovar proposta de inclusão das Práticas Integrativas e Complementares no Conselho Estadual de Saúde.

5.3. GESTOR MUNICIPAL

- Elaborar normas técnicas para inserção das Práticas Integrativas e Complementares na rede municipal de saúde.

- Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite.

- Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política.

- Estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde.

- Estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da Política.

Anexo 2 do Anexo XXV

Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS (Origem: PRT MS/GM 1600/2006)

Art. 1º Fica aprovada, na forma do Anexo A do Anexo 2 do Anexo XXV , a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS), de maneira complementar ao Anexo XXV , que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1600/2006, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e as entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema da Portaria ora aprovada, promoverão a elaboração e a adequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 1600/2006, Art. 2º)

Anexo A do Anexo 2 do Anexo XXV

Criação e diretriz do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS (Origem: PRT MS/GM 1600/2006, Anexo 1)

1. Introdução

A Medicina Antroposófica apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde.

Entre os recursos terapêuticos da Medicina Antroposófica, destacam-se: a utilização de aplicações externas (banhos e compressas), massagens, movimentos rítmicos, terapia artística e uso de medicamentos naturais (fitoterápicos e medicamentos diluídos e dinamizados).

As experiências presentes no SUS colocam-se como um campo de interesse para acompanhamento e observação por oferecerem contribuições significativas para a abordagem da Atenção Básica, destacando-se a utilização de recursos que estimulam os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

Considerando-se o estágio de implantação destas experiências no SUS, propõe-se implantar, no âmbito do Ministério da Saúde, Observatório com o objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre as práticas e seu impacto na saúde.

Diretriz Única

Criação de Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS, no âmbito do Ministério da Saúde.

Para tanto, as medidas a serem empreendidas buscarão:

1. instituir Observatório das experiências já consolidadas de Medicina Antroposófica no SUS, articulando-se as três esferas de gestão;

2. desenvolver metodologias apropriadas para o acompanhamento e avaliação das práticas desenvolvidas nos serviços; e

3. elaborar e publicar material informativo sobre os resultados dos Observatórios.

Anexo 3 do Anexo XXV

Aprova a definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga na PNPIC (Origem: PRT MS/GM 849/2017)

Art. 1º Ficam incluídas, na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), as seguintes práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga apresentadas no Anexo A do Anexo 3 do Anexo XXV . (Origem: PRT MS/GM 849/2017, Art. 1º)

Art. 2º As práticas citadas neste Anexo atenderão às diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. (Origem: PRT MS/GM 849/2017, Art. 2º)

Anexo A do Anexo 3 do Anexo XXV

Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (Origem: PRT MS/GM 849/2017, Anexo 1)

Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria 971 GM/MS de 3 de maio de 2006, trouxe diretrizes norteadoras para Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia no âmbito do Sistema Único de Saúde.

As Medicinas Tradicionais e Complementares são compostas por abordagens de cuidado e recursos terapêuticos que se desenvolveram e possuem um importante papel na saúde global. A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva e fortalece a inserção, reconhecimento e regulamentação destas práticas, produtos e de seus praticantes nos Sistemas Nacionais de Saúde. Neste sentido, atualizou as suas diretrizes a partir do documento "Estratégia da OMS sobre Medicinas Tradicionais para 2014-2023".

A PNPIC define responsabilidades institucionais para a implantação e implementação das práticas integrativas e complementares (PICS) e orienta que estados, distrito federal e municípios instituam suas próprias normativas trazendo para o Sistema único de Saúde (SUS) práticas que atendam as necessidades regionais.

Os 10 anos da Política trouxeram avanços significativos para a qualificação do acesso e da resolutividade na Rede de Atenção à Saúde, com mais de 5.000 estabelecimentos que ofertam PICS. O segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) avaliou mais de 30 mil equipes de atenção básica no território nacional e demonstrou que as 14 práticas a serem incluídas por esta Portaria estão presentes nos serviços de saúde em todo o país.

Esta Portaria, portanto, atende às diretrizes da OMS e visa avançar na institucionalização das PICS no âmbito do SUS.

DESCRIÇÃO

ARTETERAPIA

É uma prática que utiliza a arte como base do processo terapêutico. Faz uso de diversas técnicas expressivas como pintura, desenho, sons, música, modelagem, colagem, mímica, tecelagem, expressão corporal, escultura, dentre outras. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo. Baseia-se no princípio de que o processo criativo é terapêutico e fomentador da qualidade de vida.

A Arteterapia estimula a expressão criativa, auxilia no desenvolvimento motor, no raciocínio e no relacionamento afetivo. Através da arte é promovida a ressignificação dos conflitos, promovendo a reorganização das próprias percepções, ampliando a percepção do individuo sobre si e do mundo. A arte é utilizada no cuidado à saúde com pessoas de todas as idades, or meio da arte, a reflexão é estimulada sobre possibilidades de lidar de forma mais harmônica com o stress e experiências traumáticas.

AYURVEDA

É considerado uma das mais antigas abordagens de cuidado do mundo, foi desenvolvido na Índia durante o período de 2000-1000 a.C. Utilizou-se de observação, experiência e os recursos naturais para desenvolver um sistema único de cuidado.

Ayurveda significa a Ciência ou Conhecimento da Vida. Este conhecimento estruturado agrega em si mesmo princípios relativos à saúde do corpo físico, de forma a não desvinculá-los e considerando os campos energético, mental e espiritual.

A OMS descreve sucintamente o Ayurveda, reconhecendo sua utilização para prevenir e curar doenças, e reconhece que esta não é apenas um sistema terapêutico, mas também uma maneira de viver.

No Ayurveda a investigação diagnóstica leva em consideração tecidos corporais afetados, humores, local em que a doença está localizada, resistência e vitalidade, rotina diária, hábitos alimentares, gravidade das condições clínicas, condição de digestão, detalhes pessoais, sociais, situação econômica e ambiental da pessoa. Considera que a doença inicia-se muito antes de ser percebida no corpo, aumentando o papel preventivo deste sistema terapêutico, tornando possível tomar medidas adequadas e eficazes com antecedência.

Os tratamentos no Ayurveda levam em consideração a singularidade de cada pessoa, de acordo com o dosha (humores biológicos) do indivíduo. Assim, cada tratamento é planejado de forma individual. São utilizadas técnicas de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, posturas corporais (ásanas), pranayamas (técnicas respiratórias), mudras (posições e exercícios) e o cuidado dietético.

A teoria dos três doshas (tridosha) é o princípio que rege a intervenção terapêutica no Ayurveda. As características dos doshas podem ser consideradas uma ponte entre as características emocionais e fisiológicas. Cada dosha está relacionado a uma essência sutil: Vata, a energia vital; Pitta o fogo essencial; e Kapha está associado à energia mental.

A abordagem terapêutica básica é aquela que pode ser realizada pelo próprio indivíduo através do autocuidado, sendo o principal tratamento.

BIODANÇA

É uma prática de abordagem sistêmica inspirada nas origens mais primitivas da dança, que busca restabelecer as conexões do indivíduo consigo, com o outro e com o meio ambiente, a partir do núcleo afetivo e da prática coletiva.

Configura-se como um sistema de integração humana, de renovação orgânica, de integração psicofísica, de reeducação afetiva e de reaprendizagem das funções originais da vida. Sua metodologia vivencial estimula uma dinâmica de ação que atua no organismo potencializando o protagonismo do indivíduo para sua própria recuperação. A relação com a natureza, a participação social e a prática em grupo passam ocupar lugar de destaque nas ações de saúde.

É um processo altamente integrativo, sua metodologia consiste em induzir vivências coletivas integradoras, num ambiente enriquecido com estímulos selecionados como músicas, cantos, exercícios e dinâmicas capazes de gerar experiências que estimulam a plasticidade neuronal e a criação de novas redes sinápticas. Nesse sentido, configura-se como um sistema de aceleração dos processos integrativos existenciais: Psicológico, Neurológico, Endocrinológico e Imunológico (PNEI), produzindo efeitos na saúde como: ativar a totalidade do organismo; gerar processos adaptativos e integrativos; através da otimização da homeostase do organismo.

DANÇA CIRCULAR

Danças Circulares Sagradas ou Dança dos Povos, ou simplesmente Dança Circular é uma prática de dança em roda, tradicional e contemporânea, originária de diferentes culturas que favorece a aprendizagem e a interconexão harmoniosa entre os participantes. Os indivíduos dançam juntos, em círculos e aos poucos começam a internalizar os movimentos, liberar a mente, o coração, o corpo e o espírito. Por meio do ritmo, da melodia e dos movimentos delicados e profundos os integrantes da roda são estimulados a respeitar, aceitar e honrar as diversidades.

O principal enfoque na Dança Circular não é a técnica e sim o sentimento de união de grupo, o espírito comunitário que se instala a partir do momento em que todos, de mãos dadas, apoiam e auxiliam os companheiros. Assim, ela auxilia o indivíduo a tomar consciência de seu corpo físico, harmonizar o emocional, trabalhar a concentração e estimular a memória.

As danças circulares podem criar espaços significativos para o desenvolvimento de estados emocionais positivos, tornando-se um recurso importante no contexto de grupos, uma vez que estimulam a cooperação, despertam o respeito ao outro, a integração, a inclusão e o acolhimento às diversidades. A prática tem o potencial mobilizador da expressão de afetos e de reflexões que resultam na ampliação da consciência das pessoas.

No círculo trabalha-se o equilíbrio entre o indivíduo e o coletivo, o sentimento de pertinência e do prazer pela participação plena dos processos internos de transformação, promovendo o bem-estar, a harmonia entre corpo-mente-espírito, a elevação da autoestima; a consciência corporal, entre outros benefícios.

MEDITAÇÃO

É uma prática de harmonização dos estados mentais e da consciência, presente em inúmeras culturas e tradições. Também é entendida como estado de Samadhi, que é a dissolução da identificação com o ego e total aprofundamento dos sentidos, o estado de "êxtase".

A prática torna a pessoa atenta, experimentando o que a mente está fazendo no momento presente, desenvolvendo o autoconhecimento e a consciência, com o intuito de observar os pensamentos e reduzir o seu fluxo.

Permite ao indivíduo enxergar os próprios padrões de comportamento e a maneira através da qual cria e mantém situações que alimentam constantemente o mesmo modelo de reação psíquica/emocional. Atrelado a isso, o conjunto de atitudes e comportamentos, aliado aos mecanismos de enfrentamento escolhidos pelo indivíduo diante as diversas situações da vida, tem impacto sobre sua saúde ou doença.

A meditação constitui um instrumento de fortalecimento físico, emocional, mental, social e cognitivo. A prática traz benefícios para o sistema cognitivo, promove a concentração, auxilia na percepção sobre as sensações físicas e emocionais ampliando a autodisciplina no cuidado à saúde. Estimula o bem-estar, relaxamento, redução do estresse, da hiperatividade e dos sintomas depressivos.

MUSICOTERAPIA

É a utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e restabelecer funções do indivíduo para que possa alcançar uma melhor integração intra e interpessoal e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida.

É importante destacar que a utilização terapêutica da música se deve à influência que esta exerce sobre o indivíduo, de forma ampla e diversificada. No desenvolvimento humano a música é parte inerente de sua constituição, pois estimula o afeto, a socialização e movimento corporal como expressões de processos saudáveis de vida.

A Musicoterapia favorece o desenvolvimento criativo, emocional e afetivo e, fisicamente, ativa o tato e a audição, a respiração, a circulação e os reflexos. Também contribui para ampliar o conhecimento acerca da utilização da música como um recurso de cuidado junto a outras práticas, facilitando abordagens interdisciplinares, pois promove relaxamento, conforto e prazer no convívio social, facilitando o diálogo entre os indivíduos e profissionais.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300155

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

NATUROPATIA

É entendida como abordagem de cuidado que, por meio de métodos e recursos naturais, apoia e estimula a capacidade intrínseca do corpo para curar-se. Tem sua origem fundamentada nos saberes de cuidado em saúde de diversas culturas, particularmente aquelas que consideram o vitalismo, que consiste na existência de um princípio vital presente em cada indivíduo, que influencia seu equilíbrio orgânico, emocional e mental, em sua cosmovisão.

A Naturopatia utiliza diversos recursos terapêuticos como: plantas medicinais, águas minerais e termais, aromaterapia, trofologia, massagens, recursos expressivos, terapias corpo-mente e mudanças de hábitos.

Cada indivíduo recebe um tratamento individualizado, planejado para suas especificidades, seguindo seis princípios fundamentais: não fazer mal - por meio do uso de métodos que minimizam o risco de efeitos colaterais; identificar e tratar as causas fundamentais da doença - identificando e removendo as causas subjacentes das doenças ao invés de suprimir os sintomas; ensinar os princípios de uma vida saudável e uma prática promocionista - compartilhando conhecimentos com os indivíduos e os encorajando a ter responsabilidade sob sua própria saúde; tratar o indivíduo como um todo por meio de um tratamento individualizado - compreendendo fatores físicos, mentais, emocionais, espirituais, genéticos, espirituais, ambientais e sociais únicos que contribuem para a doença e, personalizando os protocolos de tratamento para o indivíduo; dar ênfase à prevenção de agravos e doenças e à promoção da saúde - avaliando os fatores de risco e vulnerabilidades e recomendando intervenções apropriadas para manter e expandir a saúde e prevenir a doença e, dar suporte ao poder de cura do organismo - reconhecendo e removendo os obstáculos que interferem no processo de autocura do corpo.

OSTEOPATIA

É um método diagnóstico e terapêutico que atua no indivíduo de forma integral a partir da manipulação das articulações e tecidos. Esta prática parte do princípio que as disfunções de mobilidade articular e teciduais em geral contribuem no aparecimento das enfermidades.

A abordagem osteopática envolve o profundo conhecimento anatômico, fisiológico e biomecânico global, relacionando todos os sistemas para formular hipóteses de diagnóstico e aplicar os tratamentos de forma eficaz. Desta forma, a osteopatia diferencia-se de outros métodos de manipulação pois busca trabalhar de forma integral proporcionando condições para que o próprio organismo busque o equilíbrio/homeostase.

Pode ser subdividida basicamente em três classes, a saber: osteopatia estrutural; osteopatia craniana; osteopatia visceral. Esta abordagem para os cuidados e cura do indivíduo, se baseia no conceito de que o ser humano é uma unidade funcional dinâmica, em que todas as partes se inter-relacionam e que possui seus próprios mecanismos para a autorregulação e a autocura.

O foco do tratamento osteopático é detectar e tratar as chamadas disfunções somáticas, que correspondem à diminuição de mobilidade tridimensional de qualquer elemento conjuntivo, caracterizadas por restrições de mobilidade (hipomobilidades).

A osteopatia diz respeito à relação de corpo, mente e espírito na saúde e doença, enfatizando a integridade estrutural e funcional do corpo e a tendência intrínseca do corpo, direcionada à própria cura.

QUIROPRAXIA

É uma abordagem de cuidado que utiliza elementos diagnósticos e terapêuticos manipulativos, visando o tratamento e a prevenção das desordens do sistema neuro-músculo-esquelético e dos efeitos destas na saúde em geral.

São utilizadas as mãos para aplicar uma força controlada na articulação, pressionando além da amplitude de movimento habitual. É comum se ouvir estalos durante as manipulações, isso ocorre devido à abertura da articulação, que gera uma cavitação.

O ajuste articular promovido pela Quiropraxia é aplicado em segmentos específicos e nos tecidos adjacentes com objetivo de causar influência nas funções articulares e neurofisiológicas a fim de corrigir o complexo de subluxação, cujo modelo é descrito como uma disfunção motora segmentar, o qual incorpora a interação de alterações patológicas em tecidos nervosos, musculares, ligamentosos, vasculares e conectivos.

REFLEXOTERAPIA

Também conhecida como reflexologia, é uma prática que utiliza estímulos em áreas reflexas com finalidade terapêutica. Parte do princípio que o corpo se encontra atravessado por meridianos que o dividem em diferentes regiões. Cada uma destas regiões tem o seu reflexo, principalmente nos pés ou nas mãos. São massageados pontos-chave que permitem a reativação da homeostase e equilíbrio das regiões do corpo nas quais há algum tipo de bloqueio ou inconveniente.

As áreas do corpo foram projetadas nos pés, depois nas mãos, na orelha e também em outras partes do corpo, passando a ser conhecida como microssistemas, que utiliza o termo "Terapias Reflexas", Reflexoterapia ou Reflexologia.

A planta dos pés apresenta mais de 72.000 terminações nervosas; na existência de um processo patológico, vias eferentes enviam fortes descargas elétricas que percorrem a coluna vertebral e descendo pelos nervos raquidianos, pelas pernas, as terminações nervosas livres, que se encontram nos pés criam um campo eletromagnético que gera uma concentração sanguínea ao redor de determinada área. Quanto maior a concentração de sangue estagnado, mais crônicas e mais graves são as patologias.

REIKI

É uma prática de imposição de mãos que usa a aproximação ou o toque sobre o corpo da pessoa com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde. Baseado na concepção vitalista de saúde e doença também presente em outros sistemas terapêuticos, considera a existência de uma energia universal canalizada que atua sobre o equilíbrio da energia vital com o propósito de harmonizar as condições gerais do corpo e da mente de forma integral.

A terapêutica objetiva fortalecer os locais onde se encontram bloqueios - "nós energéticos" - eliminando as toxinas, equilibrando o pleno funcionamento celular, de forma a restabelecer o fluxo de energia vital.

A prática promove a harmonização entre as dimensões físicas, mentais e espirituais. Estimula a energização dos órgãos e centros energéticos. A prática do Reiki, leva em conta dimensões da consciência, do corpo e das emoções, ativa glândulas, órgãos, sistema nervoso, cardíaco e imunológico, auxilia no estresse, depressão, ansiedade, promove o equilíbrio da energia vital.

SHANTALA

É uma prática de massagem para bebês e crianças, composta por uma série de movimentos pelo corpo, que permite o despertar e a ampliação do vínculo cuidador e bebê. Além disso, promove a saúde integral, reforçando vínculos afetivos, a cooperação, confiança, criatividade, segurança, equilíbrio físico e emocional.

Promove e fortalece o vínculo afetivo, harmoniza e equilibra os sistemas imunológico, respiratório, digestivo, circulatório e linfático. Permite ao bebê e à criança a estimulação das articulações e da musculatura auxiliando significativamente no desenvolvimento motor, facilitando movimentos como rolar, sentar, engatinhar e andar.

TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA (TCI)

É uma prática de intervenção nos grupos sociais e objetiva a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias. Aproveita os recursos da própria comunidade e baseia-se no princípio de que se a comunidade e os indivíduos possuem problemas, mas também desenvolvem recursos, competências e estratégias para criar soluções para as dificuldades. É um espaço de acolhimento do sofrimento psíquico, que favorece a troca de experiências entre as pessoas.

A TCI é desenvolvida em formato de roda, visando trabalhar a horizontalidade e a circularidade. Cada participante da sessão é corresponsável pelo processo terapêutico produzindo efeitos individuais e coletivos. A partilha de experiências objetiva a valorização das histórias pessoais, favorecendo assim, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da autoconfiança, a ampliação da percepção e da possibilidade de resolução dos problemas.

Está fundamentada em cinco eixos teóricos que são: a Pedagogia de Paulo Freire, a Teoria da Comunicação, o Pensamento Sistêmico, a Antropologia Cultural e a Resiliência. Reforça a autoestima e fortalece vínculos positivos, promovendo redes solidárias de apoio e otimizando recursos disponíveis da comunidade, é fundamentalmente uma estratégia integrativa e intersetorial de promoção e cuidado em saúde. Tendo a possibilidade de ouvir a si mesmo e aos outros participantes, a pessoa pode atribuir outros significados aos seus sofrimentos, diminuído o processo de somatização e complicações clínicas.

É uma prática que combina posturas físicas, técnicas de respiração, meditação e relaxamento. Atua como uma prática física, respiratória e mental. Fortalece o sistema músculo-esquelético, estimula o sistema endócrino, expande a capacidade respiratória e exercita o sistema cognitivo. Um conjunto de ásanas (posturas corporais) pode reduzir a dor lombar e melhorar Para harmonizar a respiração, são praticados exercícios de controle respiratório denominados de prânâyâmas. Também, preconiza o autocuidado, uma alimentação saudável e a prática de uma ética que promova a não-violência.

A prática de Yoga melhora a qualidade de vida, reduz o estresse, diminui a frequência cardíaca e a pressão arterial, alivia a ansiedade, depressão e insônia, melhora a aptidão física, força e flexibilidade geral.

Anexo XXVI

Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (Origem: PRT MS/GM 1559/2008)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO DO SUS

Art. 2º As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º)

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º, I)

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde: tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º, II)

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º, III)

Art. 3º A Regulação de Sistemas de Saúde efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão contempla as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º)

I - elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, I)

II - planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, II)

III - controle Social e Ouvidoria em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, III)

IV - vigilância sanitária e epidemiológica; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, IV)

V - regulação da saúde suplementar; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, V)

VI - auditoria assistencial ou clínica; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, VI)

VII - avaliação e incorporação de tecnologias em saúde. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, VII)

Art. 4º A Regulação da Atenção à Saúde efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial contempla as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º)

I - cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, I)

II - cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, II)

III - contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas deste Ministério; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, III)

IV - credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, IV)

V - elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, V)

VI - supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, VI)

VII - Programação Pactuada e Integrada (PPI); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, VII)

VIII - avaliação analítica da produção; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, VIII)

IX - avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários (PNASS); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, IX)

X - avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, X)

XI - avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, XI)

XII - utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, XII)

Art. 5º A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º)

I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º, I)

II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º, II)

III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º, III)

IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º, IV)

Art. 6º Os processos de trabalho que compõem a Regulação do Acesso à Assistência serão aprimorados ou implantados de forma integrada, em todos as esferas de gestão do SUS, de acordo com as competências de cada esfera de governo. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º)

§ 1º As áreas técnicas de regulação, controle e avaliação deverão construir conjuntamente as estratégias de ação e de intervenção necessárias à implantação desta Política, dos processos de trabalho, bem como captação, análise e manutenção das informações geradas. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º, § 1º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300156

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

§ 2º As informações geradas pela área técnica da regulação do acesso servirão de base para o processamento da produção, sendo condicionantes para o faturamento, de acordo com normalização específica da União, dos Estados e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º, § 2º)

§ 3º Os processos de autorização de procedimentos como a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) serão totalmente integrados às demais ações da regulação do acesso, que fará o acompanhamento dos fluxos de referência e contrarreferência baseado nos processos de programação assistencial. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º, § 3º)

§ 4º As autorizações para Tratamento Fora de Domicílio (TFD) serão definidas pela área técnica da regulação do acesso. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º, § 4º)

Art. 7º A área técnica da regulação do acesso será estabelecida mediante estruturas denominadas Complexos Reguladores, formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação, preferencialmente, descentralizadas e com um nível central de coordenação e integração. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 7º)

Art. 8º As atribuições da regulação do acesso serão definidas em conformidade com sua organização e estruturação. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º)

§ 1º São atribuições da regulação do acesso: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º)

I - garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, I)

II - garantir os princípios da equidade e da integralidade; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, II)

III - fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, III)

IV - elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, IV)

V - diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, V)

VI - construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferência; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, VI)

VII - capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, VII)

VIII - subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, VIII)

IX - subsidiar o processamento das informações de produção; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, IX)

X - subsidiar a programação pactuada e integrada. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, X)

§ 2º São atribuições do Complexo Regulador: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º)

I - fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, I)

II - absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, II)

III - efetivar o controle dos limites físicos e financeiros; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, III)

IV - estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, IV)

V - executar a regulação médica do processo assistencial. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, V)

Art. 9º O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes modelos: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º)

I - Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, I)

II - Complexo Regulador Regional: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, II)

a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, II, a)

b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, II, b)

III - Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, III)

§ 1º O Complexo Regulador será organizado em: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º)

I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º, I)

II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º, II)

III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º, III)

§ 2º A Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC) será integrada às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 2º)

§ 3º A operacionalização do Complexo Regulador será realizada em conformidade com o disposto no Volume 6 da Série Pactos pela Saúde: Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores, acessível na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 3º)

Art. 10. Cabe à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal exercer, em seu âmbito administrativo, as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10)

I - executar a regulação, o controle, a avaliação e a auditoria da prestação de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, I)

II - definir, monitorar e avaliar a aplicação dos recursos financeiros; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, II)

III - elaborar estratégias para a contratualização de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, III)

IV - definir e implantar estratégias para cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, IV)

V - capacitar de forma permanente as equipes de regulação, controle e avaliação; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, V)

VI - elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de regulação. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, VI)

§ 1º Cabe à União: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º)

I - cooperar técnica e financeiramente com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, I)

II - elaborar e fomentar estratégias de cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, II)

III - definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, III)

IV - elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, IV)

V - apoiar tecnicamente os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na implantação, implementação e na operacionalização dos complexos reguladores; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, V)

VI - operacionalizar a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC nos termos do Anexo 1; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, VI)

VII - apoiar e monitorar a implementação e a operacionalização das Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, VII)

VIII - disponibilizar e apoiar a implantação, em todos os níveis de gestão do SUS, de sistemas de informação que operacionalizem as ações de regulação, controle, avaliação, cadastramento e programação; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, VIII)

IX - elaborar normas técnicas gerais e específicas, em âmbito nacional. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, IX)

§ 2º Cabe aos Estados: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º)

I - cooperar tecnicamente com os Municípios e regiões para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, I)

II - compor e avaliar o desempenho das redes regionais de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, II)

III - realizar e manter atualizado o Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, III)

IV - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos nacionais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, IV)

V - operacionalizar o Complexo Regulador em âmbito estadual e/ou regional; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, V)

VI - operacionalizar a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, VI)

VII - estabelecer de forma pactuada e regulada as referências entre Estados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, VII)

VIII - coordenar a elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, VIII)

IX - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, IX)

X - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, X)

XI - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, XI)

XII - elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, XII)

§ 3º Cabe aos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º)

I - operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou participar em cogestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, I)

II - viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, II)

III - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, III)

IV - regular a referência a ser realizada em outros Municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, IV)

V - garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, V)

VI - atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, VI)

VII - operar o Centro Regulador de Alta Complexidade Municipal conforme pactuação e atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, VII)

VIII - realizar e manter atualizado o cadastro de usuários; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, VIII)

IX - realizar e manter atualizado o cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, IX)

X - participar da elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, X)

XI - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, XI)

XII - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, XII)

XIII - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, XIII)

XIV - elaborar normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, XIV)

§ 4º Cabe ao Distrito Federal executar as atividades contidas nos §§ 2º e 3º deste artigo, preservando suas especificidades políticas e administrativas. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 4º)

Art. 11. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, adotará as providências necessárias à plena aplicação da Política Nacional de Regulação do SUS, instituída por este Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 11)

Anexo 1 do Anexo XXVI

Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) (Origem: PRT MS/GM 2309/2001)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), a Central Nacional de Regulação de alta Complexidade (CNRAC), com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade. (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 1º)

Parágrafo Único. Os procedimentos da modalidade de assistência de que trata este Artigo são aqueles definidos na Portaria SAS/MS nº 968, de 11 de dezembro de 2002, que estabelece lista dos Procedimentos de Alta Complexidade e Estratégicos do Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações Hospitalares (SIA e SIH/SUS). (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º O Ministério da Saúde financiará os procedimentos objeto do art. 1º, com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), por meio da Câmara Nacional de Compensação, não sendo onerados os limites financeiros estabelecidos para os estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 2º)

Parágrafo Único. Os recursos utilizados atualmente, por estados e municípios com assistência hospitalar de alta complexidade, de pacientes de outros estados, serão mantidos nos tetos estaduais podendo ser remanejados pelas Comissões Intergestores Bipartite dos estados. (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 3º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) adotará as providências necessárias para a operacionalização da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade, ora instituída. (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 3º)

Anexo XXVII

Política Nacional de Medicamentos (PNM) (Origem: PRT MS/GM 3916/1998)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do Anexo 1 do Anexo XXVII . (Origem: PRT MS/GM 3916/1998, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política Nacional de Medicamentos, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes, prioridades e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 3916/1998, Art. 2º)

CAPÍTULO I

DA RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME)

Seção I

Disposições Gerais

Art. 3º Fica estabelecido o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a seguinte estrutura: (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º)

I - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, I)

II - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, II)

III - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, III)

IV - Relação Nacional de Insumos; e (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, IV)

V - Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, V)

§ 1º Incluem-se entre os medicamentos que compõem a RENAME os que forem definidos no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica. (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Os medicamentos inseridos nas ações e serviços de saúde de que tratam as Políticas Nacional de Atenção Oncológica Oftalmológica e de Urgências e Emergências estão contemplados na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, § 2º)

Art. 4º O elenco de medicamentos e insumos da RENAME encontra-se definido e organizado a partir do emprego dos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º)

I - os medicamentos utilizados na Atenção Básica são aqueles constantes da Relação Nacional dos Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, I)

II - a Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar consiste nos medicamentos descritos nominalmente em códigos específicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS, cujo financiamento ocorre por meio de procedimento hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, II)

III - as vacinas e soros integram a Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, III)

IV - a Anatomical Therapeutic Chemical, da Organização Mundial da Saúde (ATC/MS), utilizando-se o Subgrupo Farmacológico (3º Nível ATC) e o Subgrupo Químico (4º Nível ATC); (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, IV)

V - as indicações terapêuticas definidas no Formulário Terapêutico Nacional (FTN), nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e/ou diretrizes específicas publicadas pelo Ministério da Saúde foram empregadas para a alocação dos medicamentos na RENAME; e (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, V)

VI - inclusão dos medicamentos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, VI)

Art. 5º A incorporação, exclusão e alteração de medicamentos e insumos na RENAME serão realizadas pelo Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 3º)

Art. 6º A RENAME será disponibilizada pelo Ministério da Saúde, no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 4º)

Art. 7º O Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) é o instrumento disponibilizado pelo Ministério da Saúde para qualificar a gestão da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 5º)

Seção II

Do Formulário Terapêutico Nacional

Art. 8º Fica instituído o Formulário Terapêutico Nacional (FTN) da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). (Origem: PRT MS/GM 4004/2010, Art. 1º)

Parágrafo Único. O FTN será disponibilizado pelo Ministério da Saúde no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 4004/2010, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 9º O FTN contém informações científicas e embasadas em evidências sobre os medicamentos selecionados na RENAME, visando subsidiar os profissionais de saúde em prescrição, dispensação e uso dos medicamentos essenciais. (Origem: PRT MS/GM 4004/2010, Art. 2º)

CAPÍTULO II

DAS DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA ORGANIZAÇÃO, FORTALECIMENTO E APRIMORAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE FARMÁCIA NO ÂMBITO DOS HOSPITAIS

Art. 10. Ficam aprovadas as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais, que se encontra no Anexo 2 do Anexo XXVII . (Origem: PRT MS/GM 4283/2010, Art. 1º)

Art. 11. As disposições deste Capítulo abrangem as farmácias em hospitais que integram o serviço público, da Administração Direta e Indireta, da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de entidades privadas com ou sem fins lucrativos, inclusive filantrópicas. (Origem: PRT MS/GM 4283/2010, Art. 2º)

CAPÍTULO III

DOS PRODUTOS OU PROCESSOS FARMACÊUTICOS CONSIDERADOS DE INTERESSE PARA AS POLÍTICAS DE MEDICAMENTO OU DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA EXAME DE PRÉVIA ANUÊNCIA DA ANVISA

Art. 12. São considerados de interesse para as políticas de medicamentos ou de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, para fins do exame de prévia anuência, realizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de acordo com o art. 229-C da Lei nº 9.279, de 1996, os produtos ou processos farmacêuticos que compreendam, ou resultem em substância constante da Portaria nº 3.089/GM/MS, de 11 de dezembro de 2013 e suas atualizações, conforme os grupos definidos abaixo: (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º)

I - antivirais e antirretrovirais; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, I)

II - doenças negligenciadas; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, II)

III - doenças degenerativas (Alzheimer / Parkinson); (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, III)

IV - imunossupressores; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, IV)

V - doenças mentais (antipsicóticos / anticonvulsivantes); (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, V)

VI - produtos obtidos por rotas biológicas; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, VI)

VII - vacinas e soros; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, VII)

VIII - hemoderivados; e (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, VIII)

IX - produtos oncológicos. (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, IX)

Parágrafo Único. Quando o objeto do pedido de invenção não constar da lista de substâncias da referida Portaria deverá ser considerado de interesse para as políticas de medicamentos ou de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, para fins do exame de prévia anuência, aqueles relacionados aos grupos definidos no "caput" deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 13. O objeto do pedido de invenção de produtos e processos farmacêuticos, caracterizado como de interesse para as políticas de medicamentos ou de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, deverá atender aos critérios de patenteabilidade e demais requisitos da Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996. (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 2º)

Art. 14. A ANVISA implementará as medidas necessárias à execução do disposto neste Capítulo, segundo sua área de competência. (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 3º)

CAPÍTULO IV

DOS CRITÉRIOS A SEREM CONSIDERADOS PELOS LABORATÓRIOS OFICIAIS DE PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS EM SUAS LICITAÇÕES PARA AQUISIÇÃO DE MATÉRIA PRIMA

Art. 15. Os Laboratórios Oficiais de produção de medicamentos, em suas licitações, deverão dar preferência à aquisição dos ingredientes farmacêuticos ativos necessários à sua linha de produção de empresas que produzam essas matérias-primas no País. (Origem: PRT MS/GM 3031/2008, Art. 1º)

Art. 16. Quando houver mais de um fornecedor que atenda às condições estabelecidas pelo art. 15, os laboratórios oficiais de produção de medicamentos deverão levar em conta, no processo licitatório, o grau de verticalização da produção no País, apresentado pelos fornecedores. (Origem: PRT MS/GM 3031/2008, Art. 2º)

Art. 17. A observância dessa norma ora instituída deverá constituir-se em critério discriminante positivo e deverá estar compulsoriamente presente nas análises de projetos de compras e investimentos realizados pelo Ministério da Saúde junto aos Laboratórios Oficiais de produção de medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 3031/2008, Art. 3º)

CAPÍTULO V

DA COMISSÃO PERMANENTE DE BAIXA E DESCARTE DE MEDICAMENTOS

Art. 18. Fica instituída a Comissão Permanente de Baixa e Descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis (CPBD), subordinada à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 1º)

§ 1º Consideram-se irrecuperáveis aqueles medicamentos, insumos de saúde e materiais que não mais puderem ser utilizados para o fim a que se destinam. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A atuação da CPBD poderá abranger todos os órgãos do Ministério da Saúde, inclusive os Núcleos Estaduais. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 1º, § 2º)

Art. 19. A CPBD terá competência para definir os produtos irrecuperáveis que trata o art. 18, § 1º e validar os processos de descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis, após levantamento realizado pelas unidades demandantes, ouvido o Departamento de Logística em Saúde da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (DLOG/SE/MS). (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 2º)

Art. 20. A CPBD será composta por um representante, titular e suplente, de cada Secretaria do Ministério da Saúde, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º)

I - a Secretaria-Executiva indicará o representante titular e seu suplente; e (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, I)

II - os representantes titulares das demais Secretarias serão seus respectivos Chefes de Gabinete, devendo cada Secretaria indicar o suplente. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, II)

§ 1º A coordenação da CPBD será exercida pelo representante da Secretaria-Executiva. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A CPBD poderá, quando se fizer necessário, convocar especialistas de outras áreas do Ministério da Saúde para auxiliarem com os subsídios técnicos necessários à tomada de decisão no âmbito da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A Secretaria-Executiva fornecerá o apoio administrativo necessário ao funcionamento da CPBD. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A participação na CPBD será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, § 4º)

Art. 21. As Secretarias do Ministério da Saúde, como áreas demandantes, serão competentes para encaminhar os processos de descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis de suas respectivas unidades à CPBD, acompanhados de nota técnica que atestará o motivo das perdas. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 4º)

§ 1º A efetivação do descarte dependerá de validação da CPBD e a execução será realizada pelo DLOG/SE/MS. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O encaminhamento dos processos de que trata o caput deverá seguir cronograma com estipulação de prazos para baixa e descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 4º, § 2º)

§ 3º Após cumpridas todas as exigências previstas neste Capítulo e efetivado o descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis, o processo deverá ser enviado ao DLOG/SE/MS, para arquivamento. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 4º, § 4º)

Art. 22. Os responsáveis, nas respectivas áreas demandantes, pelos estoques de medicamentos, insumos de saúde e materiais, inclusive os decorrentes de decisão judicial, deverão utilizar ferramentas de controle eficientes, que forneçam informações atualizadas para tomada de decisão, visando a minimizar as perdas. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 5º)

Art. 23. Compete à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde a edição de normas complementares acerca do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 6º)

Anexo 1 do Anexo XXVII

Política Nacional de Medicamentos (PNM) (Origem: PRT MS/GM 3916/1998, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

PREFÁCIO

Políticas configuram decisões de caráter geral que apontam os rumos e as linhas estratégicas de atuação de uma determinada gestão. Assim, devem ser explicitadas de forma a:

- tornar públicas e expressas as intenções do Governo;

- permitir o acesso da população em geral e dos formadores de opinião em particular à discussão das propostas de Governo;

- orientar o planejamento governamental no detalhamento de programas, projetos e atividades;

- funcionar como orientadoras da ação do Governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis.

No âmbito do Ministério da Saúde, a formulação de políticas desenvolve-se mediante a adoção de metodologia apropriada baseada num processo que favoreça a construção de propostas de forma participativa, e não em um modelo único e acabado.

Esse processo está representado, em especial, pela coleta e sistematização de subsídios básicos, interna e externamente ao Ministério, a partir dos quais é estruturado um documento inicial, destinado a servir de matéria-prima para discussões em diferentes instâncias.

Entre as instâncias consultadas estão os vários órgãos do próprio Ministério, os demais gestores do Sistema Único de Saúde - SUS, os segmentos diretamente envolvidos com o assunto objeto da política e a população em geral, mediante a atuação do Conselho Nacional de Saúde, instância que, no nível federal, tem o imprescindível papel de atuar "na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde", conforme atribuição que lhe foi conferida pela Lei nº 8.142/90.

A promoção das mencionadas discussões objetiva sistematizar as opiniões acerca da questão e recolher sugestões para a configuração final da política em construção, cuja proposta decorrente é submetida à avaliação e aprovação do Ministro da Saúde.

No nível da direção nacional do Sistema, a responsabilidade pela condução desse processo está afeta à Secretaria de Políticas de Saúde, a qual cabe identificar e atender as demandas por formulação ou reorientação de políticas. Cabe também à Secretaria promover ampla divulgação e operacionalizar a gestão das políticas consideradas estratégicas, além de implementar a sua contínua avaliação, visando, inclusive, ao seu sistemático aperfeiçoamento.

Paralelamente, deve-se ressaltar que a operacionalização das políticas formuladas exige o desenvolvimento de processo voltado à elaboração ou reorientação de planos, projetos e atividades, que permitirão conseqüência prática às políticas.

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Medicamentos, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. A Lei nº 8.080/90, em seu artigo 60, estabelece como campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS - a "formulação da política de medicamentos (...) de interesse para a saúde (...)".

O seu propósito precípuo é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

A Política de Medicamentos aqui expressa tem como base os princípios e diretrizes do SUS e exigirá, para a sua implementação, a definição ou redefinição de planos, programas e atividades específicas nas esferas federal, estadual e municipal.

Esta Política concretiza metas do Plano de Governo, integra os esforços voltados à consolidação do SUS, contribui para o desenvolvimento social do País e orienta a execução das ações e metas prioritárias fixadas pelo Ministério da Saúde.

Contempla diretrizes e define prioridades relacionadas à legislação - incluindo a regulamentação -, inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamentos, desenvolvimento de recursos humanos e desenvolvimento científico e tecnológico.

Cabe assinalar, ainda que outros insumos básicos na atenção à saúde, tais como imunobiológicos e hemoderivados, deverão ser objeto de políticas específicas. No caso particular dos produtos derivados do sangue, esta Política trata de aspectos concernentes a estes produtos, de que são exemplos questões relativas às responsabilidades dos três gestores do SUS e ao efetivo controle da qualidade.

2. JUSTIFICATIVA

O sistema de saúde brasileiro, que engloba estabelecimentos públicos e o setor privado de prestação de serviços, inclui desde unidades de atenção básica até centros hospitalares de alta complexidade. A importância e o volume dos serviços prestados pelo setor público de saúde no Brasil - composto pelos serviços estatais e privados conveniados ou contratados pelo SUS - podem ser verificados, por exemplo, no montante de atividades desenvolvidas em 1996, do qual constam a realização de 2,8 milhões de partos, 318 milhões de consultas médicas, 12 milhões de internações hospitalares, 502 milhões de exames e a aplicação de 48 milhões de doses de vacinas.

É indiscutível, portanto, a importância dos serviços de saúde, os quais constituem, ao lado de uma série de outros, fator de extrema importância para a qualidade de vida da população. Esses serviços representam, hoje, preocupação de todos os gestores do setor, seja pela natureza das práticas de assistência nele desenvolvidas, seja pela totalidade dos recursos por eles absorvidos.

A despeito do volume de serviços prestados pelo sistema de saúde, ainda há parcelas da população excluídas de algum tipo de atenção. Verifica-se, além disso, constantes mudanças no perfil epidemiológico que, atualmente, compreende doenças típicas de países em desenvolvimento e agravos característicos de países desenvolvidos. Assim, ao mesmo tempo em que são prevalentes as doenças crônico degenerativas, aumenta a morbimortalidade decorrente da violência, especialmente dos homicídios e dos acidentes de trânsito. Além disso, emergem e reemergem outras doenças, tais como a cólera, a dengue, a malária, as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS.

O envelhecimento populacional gera novas demandas, cujo atendimento requer a constante adequação do sistema de saúde e, certamente, a transformação do modelo de atenção prestada, de modo a conferir prioridade ao caráter preventivo das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Sob esse enfoque, a política de medicamentos é, indubitavelmente, fundamental nessa transformação.

Deve se considerar, ainda, que modificações qualitativas e quantitativas no consumo de medicamentos são influenciadas pelos indicadores demográficos, os quais têm demonstrado clara tendência de aumento na expectativa de vida ao nascer.

Acarretando um maior consumo e gerando um maior custo social, tem-se novamente o processo de envelhecimento populacional interferindo sobretudo na demanda de medicamentos destinados ao tratamento de doenças crônico degenerativa, além de novos procedimentos terapêuticos com utilização de medicamentos de alto custo. Igualmente, adquire especial relevância o aumento da demanda daqueles de uso contínuo, corno é o caso dos utilizados no tratamento de doenças cardiovasculares, reumática, e da diabetes. Frise-se o fato de que é bastante comum, ainda, pacientes sofrerem de todas essas doenças simultaneamente.

Este cenário é também influenciado pela desarticulação da desarticulação da assistência farmacêutica no âmbito de serviços da saúde. Em decorrência, observa-se, por exemplo, a falta de prioridades na adoção, pelo profissional médico, de produtos padronizados, constantes, da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME). Some-se a isso a irregularidade no abastecimento de medicamentos, no nível ambulatorial, o que diminui, em grande parte, a eficácia das ações governamentais no setor saúde.

O processo indutor uso irracional e desnecessário de medicamentos e o estímulo à automedicação, presentes na sociedade brasileira, são fatores que promovem um aumento na demanda por medicamentos requerendo, necessariamente, a promoção do seu uso racional mediante a reorientação destas práticas e o desenvolvimento de um processo criativo tanto para a equipe de saúde quanto para o usuário.

A produção e a venda de medicamento, devem enquadrar-se em um conjunto de leis, regulamentos e outros instrumentos legais direcionados para garantir a eficácia, a segurança e a qualidade dos produtos além dos aspectos atinentes a custos e preços de venda, em defesa do consumidor e dos programas de subsídio institucionais, tais como de compras de medicamentos, reembolsos especiais e planos de saúde.

Essa necessidade torna-se ainda mais significativa na medida em que o mercado farmacêutico brasileiro é um dos cinco maiores do mundo, com vendas que atingem 9,6 bilhões de dólares/ano. Em 1996, esse mercado gerou 47.100 empregos direto, e investimentos globais da ordem de 200 milhões de dólares. O setor é constituído por cerca de 480 empresas, entre produtores de medicamentos, indústrias farmoquímicas e importadores.

Há, no País, cerca de 50 mil farmácias, incluindo as hospitalares e as homeopáticas, que comercializam 5.200 produtos, com 9.200 apresentações.

No tocante ao perfil do consumidor brasileiro, este pode ser dividido em três grupos: o primeiro, formado por aqueles com renda acima de 10 salários mínimos, que corresponde a 15 por cento da população, consome 48% do mercado total e tem uma despesa média anual de 193,40 dólares per capita; o segundo, apresenta uma renda entre quatro e 10 salários mínimos, que corresponde a 34% da população, consome anualmente 36% do mercado e gasta, anualmente, em média 64,15 dólares per capita, o terceiro, tem renda de zero a quatro salários mínimos, que representa 51% da população, consome 16% do mercado e tem uma despesa média anual de 18,95 dólares per capita.

Nitidamente, a análise desse perfil do consumidor indica a necessidade de que a Política de Medicamentos confira especial atenção aos aspectos relativos ao uso racional, bem como à segurança, eficácia e qualidade dos produtos colocados à disposição da população brasileira.

3. DIRETRIZES

Para assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, os gestores do SUS, nas três esferas de Governo, atuando em estreita parceria, deverão concentrar esforços no sentido de que o conjunto das ações direcionadas para o alcance deste propósito sejam balizadas pelas diretrizes a seguir explicitadas.

3.1 Adoção de relação de medicamentos essenciais

Integram o elenco dos medicamentos essenciais aqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. Esses produtos devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas, e compõem uma relação nacional de referência que servirá de base para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico, bem como para a definição de listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal, que deverão ser estabelecidas com o apoio do gestor federal e segundo a situação epidemiológica respectiva.

O Ministério de Saúde estabelecerá mecanismos que permitam a contínua atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME, imprescindível instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País.

O fato de que a Relação Nacional, conforme assinalado acima, deverá ser a base para a organização das listas estaduais e municipais favorecerá o processo de descentralização da gestão, visto que estas instâncias são, com a participação financeira e técnica do Ministério da Saúde, responsáveis pelo suprimento de suas redes de serviços.

Trata-se, portanto, de meio fundamental para orientar a padronização, quer da prescrição, quer do abastecimento de medicamentos, principalmente no âmbito do SUS, constituindo, assim, um mecanismo para a redução dos custos dos produtos. Visando maior veiculação, a RENAME deverá ser continuamente divulgada por diferentes meios, como a Internet, por exemplo, possibilitando, entre outros aspectos, a aquisição de medicamentos a preços menores, tanto por parte do consumidor em geral, quanto por parte dos gestores do Sistema.

No processo de atualização contínua da RENAME, deverá ser dada ênfase ao conjunto dos medicamentos voltados para a assistência ambulatorial, ajustado, no nível local, às doenças mais comuns à população, definidas segundo prévio critério epidemiológico.

3.2 Regulamentação sanitária de medicamentos

Nesse contexto, serão enfatizadas, especialmente pelo gestor federal, as questões relativas ao registro de medicamentos e à autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos, bem como as restrições e eliminações de produtos que venham a revelar-se inadequados ao uso, na conformidade das informações decorrentes da farmacovigilância.

Para tanto, deverão ser utilizadas comissões técnicas e grupos assessores com a finalidade de respaldar e subsidiar as atividades de regulamentação e as decisões que envolvam questões de natureza científica e técnica.

A promoção do uso de medicamentos genéricos será, igualmente, objeto de atenção especial. Portanto, o gestor federal deverá identificar os mecanismos necessários para tanto, por exemplo, a adequação do instrumento legal específico. Essa adequação deverá contemplar aspectos essenciais que favoreçam a consolidação do uso dos genéricos, tais como:

a) a obrigatoriedade da adoção da denominação genérica nos editais, propostas, contratos e notas fiscais bem como de exigências sobre requisitos de qualidade dos produtos;

b) a obrigatoriedade da adoção da denominação genérica nas compras e licitações públicas de medicamentos realizadas pela Administração Pública;

c) a adoção de exigências específicas para o aviamento de receita médica ou odontológica, relativas à sua forma e à identificação do paciente e do profissional que a prescreve;

d) a apresentação da denominação genérica nas embalagens, rótulos, bulas, prospectos, textos e demais materiais de divulgação e informação médica.

As ações de vigilância sanitária serão gradualmente descentralizadas e transferidas à responsabilidade executiva direta de estados e municípios, com exceção do registro de medicamentos e autorização do funcionamento de empresas, que constituem papéis indelegáveis do gestor federal. Em todos os casos, deverá ser garantida a aplicação das normas existentes e a integração operacional do sistema, em todas as esferas.

3.3 Reorientação da assistência farmacêutica

O modelo de assistência farmacêutica será reorientado de modo a que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. As ações incluídas nesse campo da assistência terão por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais.

A reorientação do modelo de assistência farmacêutica, coordenada e disciplinada em âmbito nacional pelos três gestores do Sistema, deverá estar fundamentada:

a) na descentralização da gestão;

b) na promoção do uso racional dos medicamentos;

c) na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público;

d) no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado.

A assistência farmacêutica no SUS, por outro lado, englobará as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização - nesta compreendida a prescrição e a dispensação -, o que deverá favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos.

No tocante aos agravos e doenças cuja transcendência, magnitude e ou vulnerabilidade tenham repercussão na saúde pública, buscar-se-á a contínua atualização e padronização de protocolos de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento.

Assim, o processo de descentralização em curso contemplará a padronização dos produtos, o planejamento adequado e oportuno e a redefinição das atribuições das três instâncias de gestão. Essas responsabilidades ficam, dessa forma, inseridas na ação governamental, o que deverá assegurar o acesso da população a esses produtos. Para o Ministério da Saúde, a premissa básica será a descentralização da aquisição e distribuição de medicamentos essenciais.

O processo de descentralização, no entanto, não exime os gestores federal e estadual da responsabilidade relativa à aquisição e distribuição de medicamentos em situações especiais. Essa decisão, adotada por ocasião das programações anuais, deverá ser precedida da análise de critérios técnicos e administrativos.

Inicialmente, a definição de produtos a serem adquiridos e distribuídos de forma centralizada deverá considerar três pressupostos básicos, de ordem epidemiológica, a saber:

a) doenças que configuram problemas de saúde pública, que atingem ou põem em risco as coletividades, e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores;

b) doenças consideradas de caráter individual que, a despeito de atingir número reduzido de pessoas, requerem tratamento longo ou até permanente, com o uso de medicamentos de custos elevados;

c) doenças cujo tratamento envolve o uso de medicamentos não disponíveis no mercado.

Após essa análise, a decisão deverá, ainda, observar critérios mais específicos, relativos a aspectos técnicos e administrativos, de que são exemplos:

a) o financiamento da aquisição e da distribuição dos produtos, sobretudo no tocante à disponibilidade de recursos financeiros;

b) o custo-benefício e o custo-efetividade da aquisição e distribuição dos produtos em relação ao conjunto das demandas e necessidades de saúde da população;

c) a repercussão do fornecimento e uso dos produtos sobre a prevalência ou incidência de doenças e agravos relacionados aos medicamentos fornecidos;

d) a necessidade de garantir apresentações de medicamentos, em formas farmacêuticas e dosagens adequadas, considerando a sua utilização por grupos populacionais específicos, como crianças e idosos.

É importante ressaltar que, independente da decisão por centralizar ou descentralizar a aquisição e distribuição de medicamentos, deverá ser implementada a cooperação técnica e financeira intergestores. Essa cooperação envolverá a aquisição direta e a transferência de recursos, bem como a orientação e o assessoramento aos processos de aquisição - os quais devem ser efetivados em conformidade com a realidade epidemiológica, visando assegurar o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo, priorizando os medicamentos essenciais e os de denominação genérica.

Nesse particular, o gestor federal, especialmente, em articulação com a área econômica, deverá identificar medidas com vistas ao acompanhamento das variações e índices de custo dos medicamentos, com ênfase naqueles considerados de uso contínuo. Ainda com relação à articulação, a atuação conjunta com o Ministério da Justiça buscará coibir eventuais abusos econômicos na área de medicamentos.

Essas decisões e a cooperação técnica referida serão viabilizadas por intermédio da articulação intergestores, concretizada, por exemplo, na instituição de grupo técnico-assessor integrado por representações das três esferas de gestão, responsável, principalmente, pela implementação do modelo de assistência farmacêutica a ser adotado, pactuado e submetido à Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

O Conselho Nacional de Saúde terá papel preponderante nesse processo, tendo em vista o acompanhamento da implementação da Política de Medicamentos, especialmente no tocante ao cumprimento das medidas pactuadas.

3.4 Promoção do uso racional de medicamentos

No que diz respeito à promoção do uso racional de medicamentos, atenção especial será concedida à informação relativa às repercussões sociais e econômicas do receituário médico, principalmente no nível ambulatorial, no tratamento de doenças prevalentes.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300159

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Especial ênfase deverá ser dada, também, ao processo educativo dos usuários ou consumidores acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, bem como quanto à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados. Paralelamente, todas essas questões serão objeto de atividades dirigidas aos profissionais prescritores dos produtos e aos dispensadores. Promover-se-á, da mesma forma, a adequação dos currículos dos cursos de formação dos profissionais de saúde.

Além disso, terá importante enfoque a adoção de medicamentos genéricos, envolvendo a produção, a comercialização, a prescrição e o uso, mediante ação intersetorial, vez que esta iniciativa ultrapassa os limites do setor saúde, abrangendo outros ministérios e esferas de Governo, além da sociedade e das corporações profissionais. Nesse particular, é importante ressaltar que a farmácia deve ser considerada estabelecimento comercial diferenciado. Portanto, deve estar em absoluta conformidade com as definições constantes da Lei nº 8.080/90, bem como dispor da obrigatória presença do profissional responsável.

O Ministério da Saúde levará à discussão, no âmbito da Cúpula das Américas, uma proposta de utilização dos genéricos visando a consolidação do uso destes medicamentos pelos países da Região.

A propaganda de produtos farmacêuticos, tanto aquela direcionada aos médicos, quanto especialmente a que se destina ao comércio farmacêutico e à população leiga, deverá se enquadrar em todos os preceitos legais vigentes, nas diretrizes éticas emanadas do Conselho Nacional de Saúde, bem como nos padrões éticos aceitos internacionalmente.

3.5 Desenvolvimento científico e tecnológíco

Será incentivada a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica e promovida a dinamização de pesquisas na área, com destaque para aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico nacional, incentivando a integração entre universidades, instituições de pesquisa e empresas do setor produtivo.

Além disso, deverá ser continuado e expandido o apoio a pesquisas que visem ao aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando-se a certificação de suas propriedades medicamentosas.

Igualmente, serão estimuladas medidas de apoio ao desenvolvimento de tecnologia de produção de fármacos, em especial os constantes da RENAME, e de estímulo à sua produção nacional, de forma a assegurar o fornecimento regular ao mercado interno e a consolidação e expansão do parque produtivo instalado no País.

Esse processo exigirá uma ação articulada dos Ministérios da Saúde, da Educação, da Ciência e Tecnologia, entre outros, bem como a permanente cooperação técnica com organismos e agências internacionais.

A oferta de medicamentos está intrinsecamente relacionada com a pesquisa e o desenvolvimento, os quais, por sua vez, encerram aspectos relativos à estrutura e ao perfil industrial no Brasil, composto por três segmentos de produção: nacional público, nacional privado e de empresas de capital transnacional no setor - este último predominante no País. Caberá ao Ministério da Saúde, por intermédio do órgão responsável pela implementação da Política de Ciência e Tecnologia, estimular uma maior articulação das instituições de pesquisas e das universidades com o setor produtivo, a partir do estabelecimento de prioridades.

Igualmente, deverão ser implementados mecanismos que influenciem na formação e viabilizam o treinamento contínuo dos profissionais no que se refere ao desenvolvimento científico e tecnológico.

Cabe assinalar, ainda, a importância de o País dispor de instrumento estratégico para a divulgação dos avanços científicos que, além de expressar o nível de desenvolvimento alcançado, estabeleça os requisitos mínimos das matérias-primas e especialidades.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde deverá promover o processo de revisão permanente da Farmacopéia Brasileira, que constitui mecanismo de fundamental importância para as ações legais de vigilância sanitária e das relações de comércio exterior, tanto de importação, quanto de exportação.

3.6 Promoção da produção de medicamentos

Esforços serão concentrados no sentido de que seja estabelecida uma efetiva articulação das atividades de produção de medicamentos da RENAMB, a cargo dos diferentes segmentos industriais (oficial, privado nacional e transnacional).

A capacidade instalada dos laboratórios oficiais - que configura um verdadeiro patrimônio nacional - deverá ser utilizada, preferencialmente, para atender as necessidades de medicamentos essenciais, especialmente os destinados à atenção básica, e estimulada para que supra as demandas oriundas das esferas estadual e municipal do SUS.

O papel desses laboratórios é especialmente importante no que tange ao domínio tecnológico de processos de produção de medicamentos de interesse em saúde pública. Esses laboratórios deverão, ainda, constituir-se em uma das instâncias favorecedoras do monitoramento de preços no mercado, bem como contribuir para a capacitação dos profissionais.

Com referência aos medicamentos genéricos, o Ministério da Saúde, em ação articulada com os demais ministérios e esferas de Governo, deverá estimular a fabricação desses produtos pelo parque produtor nacional, em face do interesse estratégico para a sociedade brasileira, incluindo, também, a produção das matérias primas e dos insumos necessários para esses medicamentos.

Será também incentivada a produção de medicamentos destinados ao tratamento de patologias cujos resultados tenham impacto sobre a saúde pública ou que são adquiridos em sua quase totalidade pelo setor público.

Nesse sentido, deverão ser identificados e implementados mecanismos que possibilitem a eliminação da dependência, ao Governo Federal, dos laboratórios oficiais, a modernização dos seus sistemas de produção e o alcance de níveis de eficiência e competitividade, particularmente no que concerne aos preços dos produtos.

3.7 Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos

O processo para garantir a qualidade, a segurança e a eficácia dos medicamentos fundamenta-se no cumprimento da regulamentação sanitária, destacando-se as atividades de inspeção e fiscalização, com as quais é feita a verificação regular e sistemática. Essas atividades, coordenadas em âmbito nacional pela Secretaria de Vigilância Sanitária, serão efetivadas mediante ações próprias do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no cumprimento dos regulamentos concernentes às boas práticas de fabricação. Essa sistemática permitirá a concretização dos preceitos estabelecidos na Lei nº 8.080/90 e em legislações complementares.

Para o exercício dessas ações, a Secretaria de Vigilância Sanitária implementará e consolidará roteiros de inspeções aplicáveis à área de medicamentos e farmoquímicos. Definirá, desenvolverá e implantará sistemas de informação para o setor, envolvendo os três níveis de gestão, estabelecendo procedimentos e instrumentos de avaliação.

A reestruturação, a unificação e o reconhecimento nacional e internacional da Rede Brasileira de Laboratórios Analítico-Certificadores em Saúde REBLAS, no âmbito do sistema brasileiro de certificação, permitirão aos produtores testemunhar, voluntariamente, a qualidade dos seus produtos colocados no comércio, que são adquiridos pelos serviços de saúde e, ainda, a fiscalização e o acompanhamento da conformidade de medicamentos, farmoquímicos e insumos farmacêuticos.

Será promovida a sistematização do arcabouço legal existente, adequando-o aos princípios e diretrizes constitucionais e legais do SUS, bem como ao estágio atual do processo de descentralização da gestão.

3.8 Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos

O contínuo desenvolvimento e capacitação do pessoal envolvido nos diferentes planos, programa, e atividades que operacionalizarão a Política Nacional de Medicamentos deverão configurar mecanismos privilegiados de articulação intersetorial de modo a que o setor saúde possa dispor de recursos humanos em qualidade e quantidade - cujo provimento, adequado e oportuno, é de responsabilidade das três esferas gestoras do SUS.

O componente recursos humanos deverá requerer atenção especial, sobretudo no tocante ao estabelecido pela Lei n° 8.080/90, em seu artigo 14 e parágrafo único, que definem que a formação e a educação continuada contemplarão uma ação intersetorial articulada. A Lei, inclusive, define como mecanismo fundamental a criação de uma comissão permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de "propor prioridades, métodos e estratégias".

Para o atendimento das necessidades e demandas relativas aos recursos humanos, decorrentes da operacionalização desta Política, o processo de articulação implementado pela Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS, do Ministério da Saúde, compreenderá a abordagem de todos os aspectos inerentes às diretrizes aqui fixadas, em especial no que se refere à promoção do uso racional de medicamentos e a produção, comercialização e dispensação dos genéricos, bem como a capacitação em manejo de medicamentos. O trabalho conjunto com o Ministério da Educação e do Desporto, especificamente, deverá ser viabilizado, tendo em vista a indispensável adequação dos cursos de formação na área da saúde, sobretudo no tocante à qualificação nos campos da farmacologia e terapêutica aplicada.

Algumas diretrizes e prioridades contidas no texto desta Política explicitam as necessidades e demandas em termos de recursos humanos. Todavia, o desenvolvimento e a capacitação constituirão ações sistemáticas que permearão todas as medidas, iniciativas, programas e atividades dela decorrentes.

Cabe ressaltar, finalmente, que áreas estratégicas, de que é exemplo relevante a vigilância sanitária, cujas atribuições configuram funções típicas e exclusivas de Estado, serão objeto de enfoque particular, haja vista a crônica carência de pessoal capacitado na área, nas três esferas de gestão do SUS, o que exigirá, por parte dos gestores, estudos e medidas concretas voltadas para a recomposição e ou complementação adequada de quadros de pessoal especializado para fazer frente às responsabilidades constitucionalmente definidas.

4 PRIORIDADES

As diretrizes apresentadas no capítulo anterior comportam um conjunto de prioridades que configuram as bases para o alcance do propósito desta Política, bem como para a implementação das diferentes ações indispensáveis ao seu efetivo cumprimento.

4. 1. Revisão permanente da RENAME

A consolidação do processo de revisão permanente da RENAME, instrumento básico de racionalização no âmbito do SUS, com atualização contínua, representa medida indispensável haja vista que a seleção baseia-se nas prioridades nacionais de saúde, bem como na segurança, na eficácia terapêutica comprovada, na qualidade e na disponibilidade dos produtos. Esse processo, coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, será desenvolvido mediante a participação dos demais órgãos do Ministério, Secretaria de Vigilância Sanitária e Secretaria de Assistência à Saúde e dos gestores estaduais e municipais, responsáveis pela implementação das ações que operacionalizam esta Política e de instituições científicas que atuam na área de medicamentos.

A RENAME será organizada consoante às patologias e agravos à saúde mais relevantes e prevalentes, respeitadas as diferenças regionais do País. As apresentações dos produtos deverão assegurar as formas farmacêuticas e as dosagens adequadas para a utilização por crianças e idosos.

Cabe ressaltar que, como um dos mecanismos favorecedores da redução de preços dos medicamentos, a RENAME será sistemática e amplamente divulgada.

4.2. Assistência farmacêutica

Em conformidade com as diretrizes relativas à reorientação da assistência farmacêutica anteriormente explicitadas, especialmente no que se refere ao processo de descentralização, as três esferas de Governo assegurarão, nos seus respectivos orçamentos, os recursos para aquisição e distribuição dos medicamentos, de forma direta ou descentralizada.

Nesse contexto, a aquisição de medicamentos será programada pelos estados e municípios de acordo com os critérios técnicos e administrativos referidos no Capítulo 3 "Diretrizes", tópico 3.3 deste documento. O gestor federal participa do processo de aquisição dos produtos mediante o repasse Fundo-a-Fundo de recursos financeiros e a cooperação técnica.

No tocante a essa transferência, atenção especial deverá ser dada aos medicamentos destinados ao atendimento de esquemas terapêuticos continuados, aos que ratificam decisões e compromissos internacionais e àqueles voltados à assistência a pacientes de alto risco, como é o caso dos transplantados e renais crônicos.

A prioridade maior do Ministério da Saúde é a descentralização plena do processo de aquisição e distribuição de medicamentos. No entanto, para que as decisões acerca desse processo possam ser viabilizadas, deverá ser instituído um grupo tripartite, com atribuições específicas, que atuará junto ao setor responsável pela implementação da assistência farmacêutica no Ministério da Saúde.

A aquisição e a distribuição, pelo Ministério, dos produtos componentes da assistência farmacêutica básica serão substituídas pela transferência regular e automática, Fundo-a-Fundo, de recursos federais, sob a forma de incentivo agregado ao Piso da Atenção Básica. Esses recursos serão utilizados prioritariamente para a aquisição, pelos municípios e sob a coordenação dos estados, dos medicamentos necessários à atenção básica à saúde de suas populações.

O gestor estadual deverá coordenar esse processo no âmbito do estado, com a cooperação técnica do gestor federal, de forma a garantir que a aquisição realize-se em conformidade com a situação epidemiológica do município, e que o acesso da população aos produtos ocorra mediante adequada prescrição e dispensação.

Atenção especial deverá ser dada, também, a um outro grupo de medicamentos incluídos na composição dos custos dos procedimentos realizados pelos prestadores de serviços ao SUS e faturados segundo tabela definida pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, a Secretaria a de Assistência à Saúde deverá viabilizar um estudo visando a revisão, atualização e ajuste diferenciado dos valores, considerando:

- o tempo decorrido desde o estabelecimento desses valores, quando da definição da composição de cada procedimento integrante da assistência hospitalar e ambulatorial, que levou em conta, naquela ocasião, um valor médio do custo de medicamentos para determinado grupo de patologias;

- o fato dos reajustes que vêm sendo efetivados levarem em conta somente o valor global do procedimento, e não o custo atualizado dos medicamentos vinculados aos mesmos.

O resultado do ajuste procedido deverá seguir o fluxo já estabelecido, ou seja, a pactuação na CIT e a aprovação no Conselho Nacional de Saúde.

4.3. Promoção do uso racional de medicamentos

A promoção do uso racional de medicamentos envolverá, além da implementação da RENAME, em especial, as medidas a seguir indicadas.

4.3.1. Campanhas educativas

Serão desencadeadas campanhas de caráter educativo, buscando a participação das entidades representativas dos profissionais de saúde, com vistas a estimular o uso racional de medicamentos.

Caberá aos gestores do SUS em conjunto com entidades da sociedade civil organizada, responsabilizar-se por essa iniciativa.

4.3.2. Registro e uso de medicamentos genéricos

A promoção do uso de medicamentos genéricos será progressivamente levada a efeito, respaldada nos seguintes pontos:

a- estabelecimento de procedimentos para o registro de medicamentos genéricos;

b- estabelecimento dos requisitos nacionais para a demonstração de equivalência terapêutica, principalmente em relação à biodisponibilidade;

c- levantamento e utilização da infra-estrutura e da capacidade do País para II realização de estudos de bioequivalência disponível na rede de laboratórios;

d- identificação de mecanismos de incentivo à produção de medicamentos genéricos;

e- estabelecimento de regulamentação referente à comercialização, prescrição e dispensação de medicamentos genéricos em todo o Território Nacional.

4.3.3. Formulário Terapêutico Nacional

Deverá ser elaborado e amplamente divulgado o Formulário Terapêutico Nacional, instrumento importante para a orientação da prescrição e dispensação dos medicamentos, por parte dos profissionais de saúde, e para a racionalização do uso destes produtos. O Formulário conterá todas as informações relativas aos medicamentos, inclusive quanto à sua absorção e ação no organismo.

4.3.4. Farmacoepidemiologia e farmacovigilância

As ações de farmacovigilância, além de tratar dos efeitos adversos, serão utilizadas, também, para assegurar o uso racional dos medicamentos. Para tanto, deverão ser desenvolvidos estudos, análises e avaliações decorrentes dessas ações, de modo a reorientar procedimentos relativos a registros, formas de comercialização, prescrição e dispensação dos produtos.

Quanto à farmacoepidemiologia, deverão ser incentivados estudos sobre a utilização de produtor como forma de contribuir para o uso racional de medicamentos.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300160

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

4.3.5. Recursos humanos

Será estimulado, por intermédio de diferentes mecanismos de articulação intersetorial, o acesso do profissional a conhecimentos e treinamentos voltados ao desenvolvimento de habilidades específicas, como aquelas relacionadas ao gerenciamento de sistemas de saúde e de informação, guias terapêuticos padronizados e farmacovigilância.

Além disso, buscar-se-é promover a educação continuada dos profissionais de saúde sobre farmacologia e terapêutica aplicada e outros aspectos envolvidos no uso racional de medicamentos, bem como no manejo dos produtos, além da disseminação de informações objetivas e atualizadas.

4.4. Organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos

A Secretaria de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde, será responsável pela coordenação e monitoramento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, em articulação com estados e municípios, de forma a estabelecer claramente as medidas que atendam à estratégia da descentralização e o financiamento das ações.

A organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos terá por base a implementação do Sistema referido quanto às questões relativas a medicamentos. Nesse sentido, faz-se necessário desenvolver processo de reestruturação da área de vigilância sanitária na esfera federal, visando, especialmente, a sua revitalização, a flexibilização de procedimentos e a busca por maior consistência técnico-científica no estabelecimento das bases de sua intervenção, o que poderá ser viabilizado, por exemplo, mediante a composição de grupos assessores integrados por representações de diferentes setores, como a academia, os serviços e o setor privado.

Na implementação dessa prioridade, deverão ser considerados, em especial, os aspectos identificados a seguir.

4.4.1. Desenvolvimento e elaboração de procedimentos operacionais sistematizados

Os procedimentos próprios da Vigilância Sanitária serão periodicamente revisados, sistematizados e consolidados em manuais técnico-normativos, roteiros, modelos e instruções de serviço, viabilizando-se, ainda, ampla divulgação. Nesse contexto, aplica-se, inclusive, a revisão dos procedimentos relativos ao registro de medicamentos de marca e similares. A adoção desses instrumentos concorrerá para a equalização e a agilização das atividades e tarefas a serem cumpridas, quer as de natureza técnico-normativa, quer as de caráter administrativo, de que são exemplos: o registro de produtos, as inspeções em linhas de produção, a fiscalização e a farmacovigilância.

4.4.2. Treinamento de pessoal do Sistema de Vigilância Sanitária

O treinamento em serviço recurso efetivo para as mudanças e adequações a serem introduzidas no modelo de atuação da vigilância sanitária - deverá buscar a incorporação:

a- dos recentes avanços tecnológicos do setor, inclusive os da informatização do Sistema de Vigilância Sanitária;

b- da metodologia convalidada de controle e de sistematização dos procedimentos técnicos e operacionais;

c- aos esquemas apropriados de inspeção preventiva em linhas de produção, de serviços e de desembaraço alfandegário sanitário, bem como os de amostragem e coleta de material para o controle de qualidade referencial.

4.4.3. Consolidação do sistema de informação em vigilância sanitária

O aprimoramento do desempenho das ações de vigilância sanitária terá como ponto importante a consolidação do sistema de informação, que deverá compreender, principalmente:

a- produtos registrados, sua composição, indicações principais e formas de comercialização;

b- vigilância de medicamentos (farmacovigilâncla);

c- produtos retirados do mercado e justificativas correspondentes;

d- ensaios clínicos;

e- normas e regulamentos atinentes à determinação do grau de risco de medicamentos e farmoquímicos;

f- registros e regulamentos da qualidade dos produtos de comercialização autorizada e empresas;

g- controle da comercialização e uso de produtos psicotrópicos e entorpecentes, inclusive nas farmácias magistrais;

h- controle da propaganda dos medicamentos de venda livre;

a) regulamentação e controle da propaganda realizada pelos fabricantes de medicamentos junto aos prescritores, de modo a resguardarem-se os padrões éticos.

5. RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GOVERNO NO ÂMBITO DO SUS

No que respeita às funções de Estado, os gestores, em cumprimento aos princípios do SUS, atuarão no sentido de viabilizar o propósito desta Política de Medicamentos, qual seja, o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade aos medicamentos, a promoção. do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

5.1. Articulação intersetorial

Caberá, no tocante à implementação desta Política, uma atuação que transcende os limites do setor saúde, conforme já referido anteriormente, voltado para a articulação intersetorial, sobretudo com as áreas envolvidas na questão medicamentos, que deverá ser efetivada nas diferentes instâncias do SUS.

No âmbito federal, de forma específica, a articulação promovida pelo Ministério da Saúde ocorrerá com várias instituições e organizações, conforme exemplificado a seguir.

a) Ministério da Justiça

A articulação com esse Ministério terá por finalidade efetivar medidas no sentido de coibir eventuais abusos econômicos na área de medicamentos, com base nas Leis Antitruste, da Livre Concorrência e de Defesa do Consumidor.

b) Ministérios da área econômica

A articulação com os ministérios da área econômica estará voltada para o acompanhamento das variações dos índices de custo dos medicamentos essenciais, com ênfase naqueles considerados de uso contínuo, no sentido de preservar a capacidade de aquisição dos produtos, por parte da população, de forma direta ou indireta (subsídio governamental, seguro de saúde).

Deverá, além disso, buscar o encaminhamento das questões relativas ao financiamento das ações inseridas na operacionalização desta Política e que incluam, nos termos da lei, as respectivas participações dos governos estaduais e municipais.

c) Ministério da Educação e do Desporto

A articulação com esse Ministério visará o desenvolvimento de ações, junto aos professores, pais e alunos, relativas ao uso correto dos medicamentos, bem como a reorientação dos currículos de formação dos profissionais de saúde.

d) Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Ciência e Tecnologia e agências internacionais

A articulação do Ministério da Saúde com essas instituições buscará o estabelecimento de mecanismos e compromissos que viabilizem o fomento à cooperação técnica, científica e tecnológica.

5.2. Gestor federal

Caberá ao Ministério da Saúde, fundamentalmente, a implementação e a avaliação da Política Nacional de Medicamentos, ressaltando-se como responsabilidades:

a) prestar cooperação técnica e financeira às demais instâncias do SUS no desenvolvimento das atividades relativas à Política Nacional de Medicamentos;

b) estabelecer normas e promover a assistência farmacêutica nas três esferas de Governo;

c) apoiar a organização de consórcios destinados à prestação da assistência farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde;

d) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;

e) incentivar a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica;

f) promover a dinamização de pesquisas na área farmacêutica, em especial aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico;

g) promover a disseminação de experiências e de informações técnico-científicas;

h) implementar programa específico de capacitação de recursos humanos voltados para o desenvolvimento desta Política;

i) coordenar e monitorar os sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;

j) promover a reestruturação da Secretaria de Vigilância Sanitária, dotando-a das condições necessárias ao cumprimento das responsabilidades do gestor federal, especialmente no tocante à garantia da segurança e qualidade dos medicamentos;

k) promover a sistematização do arcabouço legal da vigilância sanitária, adequando-o aos princípios e diretrizes do SUS e ao atual momento da descentralização da gestão;

l) promover a atualização da legislação de vigilância sanitária;

m) implementar atividades de controle da qualidade de medicamentos;

n) promover a revisão periódica e a atualização contínua da RENAME e a sua divulgação, inclusive via Internet;

o) promover a elaboração, a divulgação e a utilização do Formulário Terapêutico Nacional;

p) promover a atualização permanente da Farmacopéia Brasileira;

q) acompanhar e divulgar o preço dos medicamentos, em especial daqueles constantes da RENAME;

r) destinar recursos para a aquisição de medicamentos, mediante o repasse Fundo-a-Fundo para estados e municípios, definindo, para tanto, critérios básicos para o mesmo;

s) criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde;

t) promover a revisão, atualização e ajuste diferenciado do grupo de medicamentos incluídos na composição dos custos dos procedimentos relativos à assistência hospitalar e ambulatorial faturados segundo tabela;

u) adquirir e distribuir produtos em situações especiais, identificadas por ocasião das programações tendo por base critérios técnicos e administrativos referidos no Capítulo 3, "Diretrizes", tópico 3.3. deste documento;

v) orientar e assessorar os estados e municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que esta aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo;

x) orientar e assessorar os estados e os municípios em seus processos relativos à dispensação de medicamentos.

5.3. Gestor estadual

Conforme disciplinado na Lei nº 8.080/90, cabe à direção estadual do SUS, em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde.

Nesse sentido, constituem responsabilidades da esfera estadual:

a) coordenar o processo de articulação intersetorial no seu âmbito, tendo em vista a implementação desta Política;

b) promover a formulação da política estadual de medicamentos;

c) prestar cooperação técnica e financeira aos municípios no desenvolvimento das suas atividades e ações relativas à assistência farmacêutica;

d) coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu âmbito;

e) apoiar a organização de consórcios intermunicipais de saúde destinados à prestação da assistência farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde;

f) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;

g) assegurar a adequada dispensação dos medicamentos, promovendo o treinamento dos recursos humanos e a aplicação das normas pertinentes;

h) participar da promoção de pesquisas na área farmacêutica, em especial aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico, bem como do incentivo à revisão das tecnologias de formulações farmacêuticas;

i) investir no desenvolvimento de recursos humanos para a gestão da assistência farmacêutica;

j) coordenar e monitorar o componente estadual de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;

k) implementar as ações de vigilância sanitária sob a sua responsabilidade;

I) definir a relação estadual de medicamentos, com base na RENAME, e em conformidade com o perfil epidemiológico do estado;

m) definir elenco de medicamentos que serão adquiridos diretamente pelo estado, inclusive os de dispensação em caráter excepcional, tendo por base critérios técnicos e administrativos referidos no Capítulo 3, "Diretrizes" , tópico 3.3. deste documento e destinando orçamento adequado à sua aquisição;

n) utilizar, prioritariamente, a capacidade instalada dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do estado;

o) investir em infra-estrutura das centrais farmacêuticas, visando garantir a qualidade dos produtos até a sua distribuição;

p) receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda; .

q) orientar e assessorar os municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que esta aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo;

r) coordenar o processo de aquisição de medicamentos pelos municípios, visando assegurar o contido no item anterior e, prioritariamente, que seja utilizada a capacidade instalada dos laboratórios oficiais.

5.4. Gestor municipal

No âmbito municipal, caberá à Secretaria de Saúde ou ao organismo correspondente as seguintes responsabilidades:

a) coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu respectivo âmbito;

b) associar-se a outros municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em vista a execução da assistência farmacêutica;

c) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;

d) treinar e capacitar os recursos humanos para o cumprimento das responsabilidades do município no que se refere a esta Política;

e) coordenar e monitorar o componente municipal de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;

f) implementar as ações de vigilância sanitária sob sua responsabilidade;

g) assegurar a dispensação adequada dos medicamentos;

h) definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na RENAME, a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população;

i) assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna;

j) adquirir, além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde como responsabilidade concorrente do município;

k) utilizar, prioritariamente, a capacidade dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do município;

l) investir na infra-estrutura de centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos;

m) receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda.

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

O propósito desta Política Nacional de Medicamentos será objeto de contínua avaliação, mediante metodologias e indicadores definidos em projeto específico, a ser formulado pela Secretaria de Políticas de Saúde, a quem cabe, também, a responsabilidade da implementação do processo de elaboração ou reorientação de programas, projetos e atividades, de modo a adequá-los às diretrizes e prioridades aqui fixadas.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300161

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

A principal finalidade da avaliação será conhecer a repercussão da Política de Medicamentos na saúde da população, dentro de uma visão sistêmica e intersetorial, verificando, também, em que medida estão sendo consolidados os princípios e diretrizes do SUS.

Com isso, para além do enfoque meramente operacional, verificar-se-á como estão sendo considerados e consolidados os princípios acima referidos, constantes na Lei nº 8.080/90, de que são exemplos, entre outros:

a) "a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;"

b) "a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;"

c) "a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo."

Além disso, buscar-se-á avaliar resultados e impactos da Política de Medicamentos em termos, por exemplo, de eficiência, cobertura e qualidade. Para essa avaliação, deverão ser definidos parâmetros e indicadores que serão periodicamente monitorados, cujos resultados orientarão a adoção das medidas corretivas necessárias, tanto em relação às linhas gerais da própria Política quanto em termos de redirecionamento de ações a ela vinculadas, tais como a farmácia básica.

Os resultados auferidos pelos programas, projetos e atividades que operacionalizarão a Política Nacional de Medicamentos, os quais estão sob a responsabilidade de diferentes órgãos do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e das Municipais de Saúde, constituirão, na verdade, os principais insumos básicos para o processo de acompanhamento e avaliação desta Política. A sistematização desses resultados e sua divulgação serão, da mesma forma, de responsabilidade da Secretaria de Políticas de Saúde.

A Secretaria, por outro lado, deverá apoiar os órgãos do Ministério e as demais instâncias do SUS na identificação e aferição de metodologias e indicadores capazes de mensurar a efetividade e a eficiência de componentes-chave de cada uma das prioridades aqui definidas, incluindo-se aqueles preconizados pela Organização Mundial da Saúde.

O processo de acompanhamento e avaliação desta Política implicará, necessariamente, não só o envolvimento dos órgãos do Sistema e dos outros setores aqui identificados, como, também, diferentes segmentos da sociedade que direta ou indiretamente lidam com a questão medicamentos.

7. TERMINOLOGIA

1. Assistência ambulatorial	Conjunto de procedimentos médicos e terapêuticos de baixa complexidade, possíveis de realização em ambulatórios e postos de saúde.
2. Assistência farmacêutica	Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia Terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente, da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.
3. Automedicação	Uso de medicamentos sem a prescrição, orientação e ou acompanhamento do médico ou dentista.
4. Biodisponibilidade	Medida da quantidade de medicamento, contida em uma fórmula farmacêutica, que chega à circulação sistêmica e da velocidade na qual ocorre esse processo. A biodisponibilidade se expressa em relação à administração intravenosa do princípio ativo (biodisponibilidade absoluta) ou a administração, por via oral, de um produto de referência (biodisponibilidade relativa ou comparativa). A biodisponibilidade de um medicamento não deve ser confundida com a fração biodisponível, a menos que se refira à biodisponibilidade absoluta.
5. Bioequivalência	Condição que se dá entre dois produtos farmacêuticos que são equivalentes farmacêuticos e que mostram uma mesma ou similar biodisponibilidade segundo uma série de critérios. Para tanto, dois produtos farmacêuticos devem considerar-se como equivalentes terapêuticos.
6. Centrais farmacêuticas	Almoxarifados centrais de medicamentos, geralmente na esfera estadual, onde é feita a estocagem e produção para hospitais, ambulatórios e postos de saúde.
7. Dispensação	É o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta a apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos.
8. Doenças crônico degenerativas	Doenças que apresentam evolução de longa duração, acompanhada de alterações degenerativas em tecidos do corpo humano.
9. Doenças prevalentes	Doenças com maior número de casos existentes em função da população de uma região geográfica determinada.
10. Eficácia do medicamento	A capacidade de o medicamento atingir o efeito terapêutico visado.
11. Equivalência in vitro	Condições em que dois ou mais medicamentos, ou fármacos, exercem o mesmo efeito farmacológico, quantitativamente em cultivos de células.
12. Ensaios clínicos	Qualquer pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.
13. Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM)	São aqueles relacionados com comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase sobre as consequências médicas, sociais e econômicas resultantes; complementarmente, tem-se os estudos de farmacovigilância e os ensaios clínicos.
14. Expectativa de vida ao nascer	É o tempo que seria esperado para um recém-nascido poder viver, em média.
15. Farmácias magistrais	Farmácias autorizadas a manipular medicamentos, inclusive o que contém psicotrópicos ou entorpecentes, cuja atividade requer autorização especial de funcionamento expedido pelo órgão competente do Ministério da Saúde.
16. Farmacopéia brasileira	Conjunto de normas e monografias de farmoquímicos, estabelecido por e para um país.
17. Fármacos	Substância química que é o princípio ativo do medicamento.
18. Farmacoepidemiologia	Aplicação do método e raciocínio epidemiológico no estudo dos efeitos - benéficos ou adversos - e do uso de medicamentos em populações humanas.
19. Farmacoterapia	A aplicação dos medicamentos na prevenção ou tratamento de doenças.
20. Farmacovigilância	Identificação e avaliação dos efeitos, agudos ou crônicos, do risco do uso dos tratamentos farmacológicos no conjunto da população ou em grupos de pacientes expostos a tratamentos específicos.
21. Farmoquímicos	Todas as substâncias ativas ou inativas que são empregadas na fabricação de produtos farmacêuticos
22. Forma de comercialização	Forma na qual o medicamento é vendido: supositório, comprimido, cápsulas.
23. Formulação farmacêutica	Relação quantitativa de farmoquímicos que compõem um medicamento.
24. Formulário terapêutico nacional	Documento que reúne os medicamentos disponíveis em um país e que apresenta informações farmacológicas destinadas a promover o uso efetivo, seguro e econômico destes produtos.
25. Guias terapêuticos padronizados	Coleção de roteiros terapêuticos preconizados para doenças diversas.
26. Hemoderivados	Medicamentos produzidos a partir do sangue humano ou de suas frações.
27. Indicadores demográficos	Representação dos aspectos não sujeitos à observação direta relativa a dados populacionais.
28. Insumos farmacêuticos	Qualquer produto químico, ou material (por exemplo: embalagem) utilizado no processo de fabricação de um medicamento, seja na sua formulação, envase ou acondicionamento.
29. Lei antitruste	Regra de direito destinada a evitar que várias empresas se associem e, assim, passem a constituir uma única, acarretando o monopólio de produtos e ou de mercado.
30. Medicamento	Produto farmacêutico com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.
31. Medicamentos de dispensação em caráter excepcional	Medicamentos utilizados em doenças raras, geralmente de custo elevado, cuja dispensação atende a casos específicos.
32. Medicamentos de uso contínuo	São aqueles empregados no tratamento de doenças crônicas e ou degenerativas, utilizados continuamente.
33. Medicamentos essenciais	São os medicamentos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população.
34. Medicamentos genéricos	São aqueles que, ao expirar a patente de marca de um produto, são comercializados sem nome de marca, de acordo com a denominação oficial (no Brasil, Denominações Comuns Brasileiras ou DCB).
35. Medicamentos de interesse em saúde pública	São aqueles utilizados no controle de doenças, que, em determinada comunidade, tem magnitude, transcendência ou vulnerabilidade relevante e cuja estratégias básica de combate é o tratamento dos doentes.
36. Medicamentos para a atenção básica	Produtos necessários à prestação do elenco de ações e procedimentos compreendidos na atenção básica de saúde.
37. Medicamentos tarjados	São os medicamentos cujo uso requer a prescrição do médico ou dentista e que apresentam, em sua embalagem tarja (vermelha ou preta) indicativa desta necessidade.
38. Medicamentos de venda livre	São aqueles cuja dispensação não requerem autorização, ou seja, receita expedida por profissional.
39. Módulo-padrão de suprimento	Elenco de medicamentos repassado por um nível de gestão a outro para abastecer os serviços de saúde compreendidos no sistema estadual ou municipal.
40. Morbimortalidade	Impacto das doenças e dos óbitos que incidem em uma população,
41. Perfil epidemiológico	Estado de saúde de uma determinada comunidade.
42. Perfil nosológico	Conjunto de doenças prevalentes e ou incidentes em uma determinada comunidade.
43. Piso da Atenção Básica (PAB)	Montante de recursos financeiros, da esfera federal, destinado ao custeio de procedimentos e ações compreendidos na atenção básica.
44. Prescrição	Ato de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente, com a respectiva dosagem e duração do tratamento. Em geral, esse ato é expresso mediante a elaboração de uma receita médica.
45. Prescritores	Profissionais de saúde credenciados para definir o medicamento a ser usado (médico ou dentista).
46. Produtos psicotrópicos	Substâncias que afetam os processos mentais e podem produzir dependência.
47. Propaganda de produtos farmacêuticos	É a divulgação do medicamento promovida pela indústria, com ênfase na marca, e realizada junto aos prescritores, comércio farmacêutico e população leiga.
48. Protocolos de intervenção farmacêutica	Roteiros de indicação e prescrição, graduados de acordo com as variações e a gravidade de cada afecção.
49. Registro de medicamentos	Ato privativo ao órgão competente do Ministério da Saúde destinado a conceder o direito de fabricação do produto.
50. Uso racional de medicamentos	É o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300162

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Anexo 2 do Anexo XXVII

Diretrizes e Estratégias para Organização, Fortalecimento e Aprimoramento das Ações e Serviços de Farmácia no Âmbito dos Hospitais (Origem: PRT MS/GM 4283/2010, Anexo 1)

DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA ORGANIZAÇÃO, FORTALECIMENTO E APRIMORAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE FARMÁCIA NO ÂMBITO DOS HOSPITAIS

1.INTRODUÇÃO

Tomando como base os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, foram concebidas diretrizes e relacionadas estratégias, objetivando organizar, fortalecer e aprimorar as ações da assistência farmacêutica em hospitais, tendo como eixos estruturantes, a segurança e a promoção do uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde.

O gerenciamento inadequado e o uso incorreto de medicamentos e de outras tecnologias em saúde acarretam sérios problemas à sociedade, ao SUS, e às instituições privadas (hospitais, clínicas, operadoras de planos de saúde, entre outros), gerando aumento da morbimortalidade, elevação dos custos diretos e indiretos, e prejuízos à segurança e à qualidade de vida dos usuários. Estas diretrizes reúnem elementos necessários à efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população, otimizando resultados clínicos, econômicos e aqueles relacionados à qualidade de vida dos usuários.

A elaboração deste conjunto de diretrizes e estratégias foi fruto de amplo processo de discussão participativa, entre gestores do Sistema Único de Saúde - SUS (MS, CONASS e CONASEMS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH), Conselho Federal de Farmácia (CFF), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Confederação Nacional de Saúde (CNS) e Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR).

2. ABRANGÊNCIA

Estas diretrizes e estratégias são aplicáveis às farmácias em hospitais que integram o serviço público, da administração direta e indireta, da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de entidades privadas com ou sem fins lucrativos e filantrópicos.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Farmácia hospitalar: é a unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida exclusivamente por farmacêutico, compondo a estrutura organizacional do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente.

3.2. Tecnologias em saúde: Conjunto de equipamentos, de medicamentos, de insumos e de procedimentos, utilizados na prestação de serviços de saúde, bem como das técnicas de infraestrutura desses serviços e de sua organização. Para efeito desta norma será dada ênfase a medicamentos, produtos para saúde (exceto equipamentos médico-assistenciais), produtos de higiene e saneantes.

3.3. Plano de contingência: plano que descreve as medidas a serem tomadas, em momento de risco, por um estabelecimento de saúde, incluindo a ativação de processos manuais, para fazer em que os processos vitais voltem a funcionar plenamente, ou num estado minimamente aceitável, o mais rapidamente possível, evitando paralisação prolongada que possa gerar danos aos pacientes ou prejuízos financeiros à instituição.

3.4. Gerenciamento de risco: aplicação sistemática de políticas de gestão, procedimentos e práticas na análise, avaliação, controle e monitoramento de risco.

3.5. Assistência Farmacêutica: trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectivas da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

4. DIRETRIZES

Para assegurar o acesso da população a serviços farmacêuticos de qualidade em hospitais, ficam estabelecidas as seguintes diretrizes:

4.1. Gestão;

4.2. Desenvolvimento de ações inseridas na atenção integral à saúde:

Gerenciamento de tecnologias: distribuição, dispensação e controle de medicamentos e de outros produtos para a saúde;

Manipulação: manipulação magistral e oficinal; preparo de doses unitárias e unitarização de doses de medicamentos; manipulação de nutrição parenteral e manipulação de antineoplásicos e radiofármacos; e

Cuidado ao paciente.

4.3. Infraestrutura física, tecnológica e gestão da informação;

4.4. Recursos humanos;

4.5. Informação sobre medicamentos e outras tecnologias em saúde; e

4.6. Ensino, pesquisa e educação permanente em saúde.

4.1. GESTÃO

São objetivos principais da gestão da farmácia hospitalar: garantir o abastecimento, dispensação, acesso, controle, rastreabilidade e uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde; assegurar o desenvolvimento de práticas clínico-assistenciais que permitam monitorar a utilização de medicamentos e outras tecnologias em saúde; otimizar a relação entre custo, benefício e risco das tecnologias e processos assistenciais; desenvolver ações de assistência farmacêutica, articuladas e sincronizadas com as diretrizes institucionais; e participar ativamente do aperfeiçoamento contínuo das práticas da equipe de saúde;

Para o adequado desempenho das atividades da farmácia hospitalar, sugere-se aos hospitais que: (i) provenham estrutura organizacional e infraestrutura física que viabilizem as suas ações, com qualidade, utilizando modelo de gestão sistêmico, integrado e coerente, pautado nas bases da moderna administração, influenciando na qualidade, resolutividade, e custo da assistência, com reflexos positivos para o usuário, estabelecimentos e sistema de saúde, devidamente aferidos por indicadores; (ii) considerem a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente, bem como os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde como referência, para a seleção de medicamentos; (iii) promovam programa de educação permanente para farmacêuticos e auxiliares; (iv) incluam a farmácia hospitalar no plano de contingência do estabelecimento; e (v) habilitem a efetiva participação do farmacêutico, de acordo com a complexidade do estabelecimento, nas Comissões existentes, tais como: Farmácia e Terapêutica, Comissão Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Ética em Pesquisa, Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e outras que tenham interface com a assistência farmacêutica hospitalar

Para o acompanhamento das principais atividades da farmácia em hospitais, recomenda-se a adoção de indicadores de gestão, logísticos, de assistência ao paciente e de educação.

4.2. DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES INSERIDAS NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Dentro da visão da integralidade do cuidado, a farmácia hospitalar, além das atividades logísticas tradicionais, deve desenvolver ações assistenciais e técnico-científicas, contribuindo para a qualidade e racionalidade do processo de utilização dos medicamentos e de outros produtos para a saúde e para a humanização da atenção ao usuário. Esta atividade deve ser desenvolvida, preferencialmente, no contexto multidisciplinar, privilegiando a interação direta com os usuários.

As ações do farmacêutico hospitalar devem ser registradas de modo a contribuírem para a avaliação do impacto dessas ações na promoção do uso seguro e racional de medicamentos e de outros produtos para a saúde.

O elenco de atividades farmacêuticas ofertadas depende da complexidade dos hospitais, bem como da disponibilidade de tecnologia e recursos humanos.

Entre as atividades que podem ser desenvolvidas destacam-se:

A) GERENCIAMENTO DE TECNOLOGIAS: A farmácia hospitalar deve participar do gerenciamento de tecnologias, englobando a qualificação de fornecedores, armazenamento, distribuição, dispensação e controle dos medicamentos, outros produtos para a saúde, produtos de higiene e saneantes usados pelos pacientes, em atendimento pré-hospitalar, pré-hospitalar de urgência e emergência, hospitalar (internamento e ambulatorial) e domiciliar, bem como pelo fracionamento e preparo de medicamentos. As políticas e procedimentos que regulam essas atividades devem ser estabelecidos com a participação da equipe multiprofissional e comissões assessoras.

B) DISTRIBUIÇÃO E DISPENSAÇÃO: A implantação de um sistema racional de distribuição de medicamentos e de outros produtos para a saúde deve ser priorizada pelo estabelecimento de saúde e pelo farmacêutico, de forma a buscar processos que garantam a segurança do paciente, a orientação necessária ao uso racional do medicamento, sendo recomendada a adoção do sistema individual ou unitário de dispensação. No contexto da segurança, a avaliação farmacêutica das prescrições, deve priorizar aquelas que contenham antimicrobianos e medicamentos potencialmente perigosos, observando concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dose, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, devendo ser realizada antes do início da dispensação e manipulação. Com base nos dados da prescrição, devem ser registrados os cálculos necessários ao atendimento da mesma, ou à manipulação da formulação prescrita, observando a aplicação dos fatores de conversão, correção e equvalêcia, quando aplicável, sendo apostos e assinado pelo farmacêutico.

Para promover o Uso Racional de Medicamentos e ampliar a adesão ao tratamento o estabelecimento, em conformidade com a complexidade das ações desenvolvidas, deve dispor de local para o atendimento individualizado e humanizado ao paciente em tratamento ambulatorial e/ou em alta hospitalar.

C) MANIPULAÇÃO

C.1) MANIPULAÇÃO MAGISTRAL E OFICINAL: A manipulação magistral e oficinal permite a personalização da terapêutica, utilização de sistemas seguros de dispensação de medicamentos (individual ou unitário), a racionalização de custos, sendo recomendada, sempre que necessária a sua utilização em hospitais, em sintonia com os dispositivos legais que regulam a matéria.

C.2) PREPARO DE DOSES UNITÁRIAS E UNITARIZAÇÃO DE DOSES DE MEDICAMENTOS: A unitarização de doses e o preparo de doses unitárias de medicamentos compreendem o fracionamento, a subdivisão e a transformação de formas farmacêuticas. O preparo de doses unitárias e a unitarização de doses contribui para a redução de custos, devendo ser garantida a rastreabilidade, por meio de procedimentos definidos e registro. Deve existir plano de prevenção de trocas ou misturas de medicamentos em atendimento à legislação vigente.

C.3) MANIPULAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL: A manipulação de nutrição parenteral realizada em hospitais compreende operações inerentes a preparação (avaliação farmacêutica, manipulação, controle de qualidade, conservação e orientações para o transporte). A equipe multiprofissional de terapia nutricional deve realizar a monitorização do uso da nutrição parenteral mantendo registro sistematizado das suas ações e intervenções.

C.4) MANIPULAÇÃO DE ANTINEOPLÁSICOS E RADIOFÁRMACOS: A manipulação de antineoplásicos e radiofármacos realizada em hospitais requer a análise das prescrições previamente à manipulação, a verificação do disposto nos protocolos clínicos, e a observação das doses máximas diárias e cumulativas, com foco na biossegurança e uso seguro pelo paciente.

No desenvolvimento destas atividades o farmacêutico deverá antes da realização da manipulação, sanar todas as dúvidas, diretamente com o prescritor, mantendo registro sistematizado das análises realizadas, problemas identificados e intervenções; monitorar os pacientes em uso destes medicamentos e notificar queixas técnicas e eventos adversos.

D) CUIDADO AO PACIENTE: O cuidado ao paciente objetiva contribuir para a promoção da atenção integral à saúde, à humanização do cuidado e à efetividade da intervenção terapêutica. Promove, também, o uso seguro e racional de medicamentos e outras tecnologias em saúde e reduz custos decorrentes do uso irracional do arsenal terapêutico e do prolongamento da hospitalização. Tem por função retroalimentar os demais membros da equipe de saúde com informações que subsidiem as condutas. A atividade do farmacêutico no cuidado ao paciente pressupõe o acesso a ele e seus familiares, ao prontuário, resultados de exames e demais informações, incluindo o diálogo com a equipe que assiste o paciente.

O farmacêutico deve registrar as informações relevantes para a tomada de decisão da equipe multiprofissional, bem como sugestões de conduta no manejo da farmacoterapia, assinando as anotações apostas.

Os hospitais devem adotar práticas seguras baseadas na legislação vigente, em recomendações governamentais, e em recomendações de entidades científicas e afins, nacionais e internacionais.

4.3. GESTÃO DA INFORMAÇÃO, INFRAESTRUTURA FÍSICA E TECNOLÓGICA: A gestão da informação reveste-se de fundamental importância no desenvolvimento das atividades da farmácia hospitalar, devendo-se empreender esforços para possibilitar a sua realização.

A infraestrutura física e tecnológica é entendida como a base necessária ao pleno desenvolvimento das atividades da farmácia hospitalar, sendo um fator determinante para o desenvolvimento da assistência farmacêutica, devendo ser mantidas em condições adequadas de funcionamento e segurança. A infraestrutura física para a realização das atividades farmacêuticas deve ser compatível com as atividades desenvolvidas, atendendo às normas vigentes.

A localização da farmácia deve facilitar o abastecimento e a provisão de insumos e serviços aos pacientes, devendo contar com meios de transporte internos e externos adequados, em quantidade e qualidade à atividade, de forma a preservar a integridade dos medicamentos e demais produtos para a saúde, bem como a saúde dos trabalhadores.

4.4. RECURSOS HUMANOS: A farmácia em hospitais deve contar com farmacêuticos e auxiliares, necessários ao pleno desenvolvimento de suas atividades, considerando a complexidade do hospital, os serviços ofertados, o grau de informatização e mecanização, o horário de funcionamento, a segurança para o trabalhador e usuários.

A responsabilidade técnica da farmácia hospitalar é atribuição do farmacêutico, inscrito no Conselho Regional de Farmácia de sua jurisdição, nos termos da legislação vigente. A farmácia hospitalar deve promover ações de educação permanente dos profissionais que atuam no hospital, nos temas que envolvam as atividades por elas desenvolvidas.

Os hospitais devem direcionar esforços para o fortalecimento dos recursos humanos da farmácia hospitalar, com foco na adoção de práticas seguras na assistência e cuidados de saúde, bem como propiciar a realização de ações de educação permanente para farmacêuticos e auxiliares.

Anexo XXVIII

Dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (Origem: PRT MS/GM 1653/2004)

TÍTULO I

DO ASSESSORAMENTO TÉCNICO PARA PACTUAÇÃO

CAPÍTULO I

DA CÂMARA TÉCNICA COM A FINALIDADE DE AVALIAR E DEFINIR AS BASES DAS POSSÍVEIS PACTUAÇÕES E DAS DEMAIS AÇÕES REFERENTES AOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS, DAQUELES DESTINADOS À ATENÇÃO BÁSICA, BEM COMO DAS AÇÕES INERENTES À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Art. 1º Fica instituída Câmara Técnica com a finalidade de avaliar e definir as bases das possíves pactuações e das demais ações referentes ao suprimento de medicamentos essenciais e daqueles destinados à atenção básica, bem como das ações inerentes de assistência farmacêutica, assim como a monitoração de sua implementação e respectiva avaliação, incluindo, também, as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 1º)

I - analisar, negociar e sugerir ao Ministro da Saúde a homologação das metas e ações a serem implementadas, no âmbito de suas finalidades; e (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 1º, I)

II - coordenar a disponibilização de apoio técnico aos Estados e aos municípios visando o aperfeiçoamento do processo de pactuação, inclusive no desenvolvimento de ações que impactem positivamente nos indicadores de saúde da população atendida pelo Programa referido no art. 1º, bem como acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas. (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 1º, II)

Art. 2º A Câmara Técnica terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º)

I - 1 (um) representante do Gabinete do Ministro (GM), que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, I)

II - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE); (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, II)

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

III - 1 (um) representante do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, V)

CAPÍTULO II

DA CÂMARA TÉCNICA COM A FINALIDADE DE AVALIAR E DEFINIR AS POSSÍVEIS PACTUAÇÕES E DAS DEMAIS AÇÕES REFERENTES AO SUPRIMENTO DE MEDICAMENTOS INTEGRANTES DO PROGRAMA DE MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS

Art. 3º Fica instituída Câmara Técnica com a finalidade de avaliar e definir as bases da possíveis pactuações e das demais ações referentes ao suprimento de medicamentos integrantes do Programa de Medicamentos Estratégicos, às ações inerentes de assistência farmacêutica, bem como a monitoração de sua implementação e respectiva avaliação, incluindo, também, as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 1º)

I - analisar, negociar e sugerir ao Ministro de Estado da Saúde a homologação das metas e ações a serem implementadas, no âmbito de suas finalidades; (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 1º, I)

II - definir os critérios para inclusão ou exclusão de medicamentos no Programa referido no art. 3º, bem como os respectivos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, quando for o caso; e (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 1º, II)

III - coordenar a disponibilização de apoio técnico aos Estados visando o aperfeiçoamento do processo de pactuação, inclusive no desenvolvimento de ações que impactem positivamente nos indicadores de saúde da população atendida pelo Programa referido no art. 3º, bem como acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas.(Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 1º, III)

Art. 4º A Câmara Técnica referida terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º)

I - 1 (um) representante do Gabinete do Ministro (GM), que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, I)

II - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, V)

CAPÍTULO III

DO COMITÊ NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Art. 5º Fica instituído o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 1º)

Art. 6º O Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos possui caráter consultivo e tem por finalidade orientar e propor ações, estratégias e atividades para a promoção do uso racional de medicamentos no âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 2º)

Art. 7º Compete ao Comitê Nacional de Promoção do Uso Racional de Medicamentos: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º)

I - identificar e propor estratégias e mecanismos de articulação, monitoramento e avaliação direcionados à promoção do uso racional de medicamentos, de acordo com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, I)

II - propor diretrizes e estratégias nacionais para a promoção do uso racional de medicamentos, em consonância com as políticas nacionais de medicamentos, de assistência farmacêutica e legislação afim; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, II)

III - identificar e propor estratégias que requeiram a articulação entre órgãos e entidades, públicas e privadas, cujas competências estejam relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, III)

IV - contribuir, por meio da promoção do uso racional de medicamentos, para a ampliação e a qualificação do acesso a medicamentos de qualidade, seguros e eficazes; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, IV)

V - propor o aprimoramento de marcos regulatórios e de vigilância de medicamentos e serviços farmacêuticos no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, V)

VI - propor diretrizes e colaborar com a consolidação das ações de farmacovigilância no âmbito da Assistência Farmacêutica e do SNVS; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, VI)

VII - propor o Plano de Capacitação de Profissionais de Saúde para o Uso Racional de Medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, VII)

VIII - promover a integração e a articulação entre órgãos e entidades, públicas e privadas, em território nacional cujas competências estejam relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, VIII)

IX - propor iniciativas de pesquisas e desenvolvimentos científico, tecnológico e profissional relacionados ao uso racional de medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, IX)

X - propor o estabelecimento e a articulação de redes colaborativas existentes no país e no exterior relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos, bem como a sua integração e cooperação; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, X)

XI - propor a criação e a implementação de comitês estaduais, distrital, regionais e municipais para a promoção do uso racional de medicamentos, observadas as regras de pactuação e decisão no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XI)

XII - instituir grupos de trabalho para execução de atividades específicas relacionadas ao cumprimento das finalidades do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XII)

XIII - elaborar anualmente o edital do Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos "Lenita Wannmacher"; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XIII)

XIV - organizar, a cada 2 (dois) anos, o Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XIV)

XV - elaborar anualmente o Planejamento de Ações do Comitê Nacional; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XV)

XVI - atualizar seu endereço eletrônico na internet, integrante do Portal da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível pelo endereço http://portal.saude.gov.br; e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XVI)

XVII - elaborar documentos técnicos e informativos para divulgação ao público externo. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XVII)

Art. 8º O Comitê Nacional de Promoção do Uso Racional de Medicamentos é composto por representantes dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º)

I - do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I)

a) 1 (um) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, a)

b) 1 (um) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, b)

c) 1 (um) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, c)

d) 1 (um) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, d)

e) 1 (um) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, e)

f) 1 (um) da Secretaria-Executiva (SE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, f)

g) 1 (um) da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, g)

II - 1 (um) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, II)

III - 1 (um) do Ministério da Educação (MEC); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, III)

IV - 1 (um) da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, IV)

V - 1 (um) do Conselho Federal de Medicina (CFM); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, V)

VI - 1 (um) da Federação Nacional dos Médicos (FENAM); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, VI)

VII - 1 (um) do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, VII)

VIII - 1 (um) do Conselho Federal de Farmácia (CFF); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, VIII)

IX - 1 (um) do Conselho Federal de Odontologia (CFO); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, IX)

X - 1 (um) da Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, X)

XI - 1 (um) do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, XI)

XII - 1 (um) do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, XII)

§ 1º A coordenação do Comitê Nacional será realizada de forma conjunta pela SCTIE/MS, por meio do DAF/SCTIE/MS, e pela ANVISA. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Para cada membro titular será indicado o seu respectivo suplente. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 2º)

§ 3º A participação dos órgãos e entidades de que tratam os incisos III a XII do "caput" será formalizada após resposta a convite a eles encaminhado pela Coordenação do Comitê, com indicação dos seus respectivos representantes. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 3º)

§ 4º Os representantes titulares e os respectivos suplentes serão indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê Nacional no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data de publicação da Portaria nº 834/GM/MS, de 14 de maio de 2013. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 4º)

§ 5º A designação dos membros indicados pelos órgãos e entidades no Comitê Nacional será feita por meio de ato do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 5º)

§ 6º O Comitê Nacional poderá convocar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, além de especialistas nos assuntos relacionados às atividades do Comitê, quando entender necessário para o cumprimento de suas finalidades institucionais. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 6º)

§ 7º A Secretaria-Executiva do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos será exercida pelo DAF/SCTIE/MS, que fornecerá os apoios técnico e administrativo necessários para o seu funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 7º)

Art. 9º O Comitê Nacional de Promoção do Uso Racional de Medicamentos exercerá suas atividades por meio de Plano de Ação. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 5º)

Parágrafo Único. O Plano de Ação conterá, no mínimo, objetivos e ações e será avaliado e atualizado, no máximo, a cada 2 (dois) anos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 10. Compete à coordenação do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º)

I - coordenar as reuniões e as atividades do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, I)

II - propor o cronograma de suas reuniões ordinárias; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, II)

III - acompanhar e avaliar a implementação do Plano de Ação e o desenvolvimento das ações propostas e das demais atividades do Comitê, além de propor adequações quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, III)

IV - submeter as propostas e recomendações do Comitê à apreciação e à aprovação dos dirigentes máximos dos órgãos e entidades que o compõem; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, IV)

V - requerer os apoios técnico e administrativo da Secretaria Executiva do Comitê Nacional; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, V)

VI - elaborar e sugerir adequações a este Capítulo; e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, VI)

VII - representar institucionalmente o Comitê Nacional. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, VII)

Art. 11. Compete à Secretaria Executiva do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º)

I - apoiar as atividades do Comitê Nacional; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º, I)

II - executar ações resultantes das proposições e recomendações do Comitê Nacional; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º, II)

III - convocar reuniões ordinárias e extraordinárias do Comitê Nacional; e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º, III)

IV - organizar reuniões ou eventos técnico-científicos inerentes às atividades do Comitê Nacional. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º, IV)

Art. 12. Os membros exercerão a representação no âmbito do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos por um período de 2 (dois) anos, sendo permitida sua recondução a critério do órgão ou entidade de origem. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 8º)

Parágrafo Único. Os membros poderão, a qualquer tempo, solicitar seu desligamento do Comitê Nacional por meio de ofício destinado à Secretaria Executiva, de forma fundamentada, cabendo ao órgão ou à entidade representada indicar imediatamente novo representante para término do período restante de representação.(Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 13. O Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos terá 4 (quatro) reuniões ordinárias anualmente e reuniões extraordinárias a critério da Coordenação. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 9º)

Art. 14. As reuniões serão realizadas preferencialmente na sede do Ministério da Saúde, em Brasília/DF. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 10)

Art. 15. Ao convocar as reuniões do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos, a Secretaria Executiva do Comitê encaminhará em conjunto a pauta da respectiva reunião. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 11)

§ 1º As reuniões ordinárias serão convocadas, no mínimo, com 2 (duas) semanas de antecedência. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 11, § 1º)

§ 2º As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 10 (dias) dias de antecedência. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 11, § 2º)

Art. 16. As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas somente com a presença de, no mínimo, um terço do total de membros do Comitê Nacional. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 12)

Art. 17. Os representantes suplentes poderão participar das reuniões do Comitê Nacional com direito a voz, somente tendo direito a voto na ausência do respectivo membro titular. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 13)

Parágrafo Único. Caso o órgão ou entidade queira enviar para uma mesma reunião do Comitê Nacional os seus dois representantes, titular e suplente, então deverá custear as despesas de um dos membros. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 18. Os membros do Comitê Nacional participarão das reuniões com obediência às disposições constantes neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 14)

Art. 19. A falta injustificada em 2 (duas) reuniões no período de 1 (um) ano pelo membro titular e/ou, em caso de ausência do titular, pelo suplente acarretará a necessidade de indicação de novo representante por parte do respectivo órgão ou entidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 15)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300164

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 20. A SCTIE/MS e a ANVISA se responsabilizarão pelo custeio das passagens e diárias dos representantes titulares do Comitê Nacional de Promoção para Uso Racional de Medicamentos que sejam não residentes em Brasília (DF) ou que não estejam no exercício regular de suas atividades no órgão ou entidade representada em Brasília (DF). (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 16)

Parágrafo Único. Aplica-se o disposto no "caput" aos representantes suplentes na impossibilidade de presença do respectivo membro titular. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 16, Parágrafo Único)

Art. 21. Caso previamente aprovada pelo Comitê Nacional, a divulgação dos atos oriundos do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos será efetivada pela Secretaria Executiva. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 17)

Art. 22. As atas de reunião do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos serão por ele aprovadas ao final da respectiva reunião. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 18)

Art. 23. Os órgãos e entidades que compõem o Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos atuarão em conformidade com as finalidades institucionais do Comitê, inclusive mediante cumprimento de ações, tarefas e atividades inerentes à promoção do uso racional de medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 19)

Art. 24. As proposições discutidas no âmbito do Comitê Nacional somente constituirão recomendações se aprovadas por consenso pelos representantes dos órgãos e entidades presentes na reunião. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 20)

Art. 25. Quando entender conveniente e oportuno, o Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos poderá encaminhar recomendações ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 21)

§ 1º As recomendações do Comitê Nacional serão expressas na forma de resoluções e submetidas à aprovação do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 21, § 1º)

§ 2º Sem prejuízo do disposto no "caput", o Comitê também poderá encaminhar recomendações a outros órgãos e entidades, públicas e privadas. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 21, § 2º)

Art. 26. A utilização de dados e resultados obtidos das ações e atividades executadas pelo Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos depende de prévia autorização do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 22)

Art. 27. Ao final de cada ano, a Secretaria Executiva apresentará relatório das ações e atividades executadas e monitoradas pelo Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos, além dos respectivos resultados obtidos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 23)

Art. 28. As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas e seu exercício será considerado de relevante interesse público. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 24)

Art. 29. Os casos omissos, dúvidas e assuntos técnicos pertinentes à promoção do uso racional de medicamentos serão submetidos ao Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 25)

TÍTULO II

DA POSSIBILIDADE DOS ENTES FEDERATIVOS AMPLIAREM O ACESSO DO USUÁRIO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Art. 30. Este Título dispõe sobre os §1º e §2º do art. 28 do Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011, que versam sobre a possibilidade dos entes federativos ampliarem o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública a justifiquem, e a competência do Ministério da Saúde de estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado. (Origem: PRT MS/GM 2928/2011, Art. 1º)

Art. 31. Para os fins do disposto no art. 30, poderão ser aceitas documentações oriundas de serviços privados de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), desde que respeitadas as regulamentações dos Componentes da Assistência Farmacêutica definidas pelo SUS e as pactuações realizadas nas Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB); (Origem: PRT MS/GM 2928/2011, Art. 2º)

Art. 32. Para os fins do disposto no art. 30, as documentações oriundas de serviços privados de saúde também serão aceitas no caso de dispensação de medicamentos no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil. (Origem: PRT MS/GM 2928/2011, Art. 3º)

TÍTULO III

DAS NORMAS DE FINANCIAMENTO E DE EXECUÇÃO DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 1555/2013, CAPÍTULO I)

Art. 33. Este Título dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 1º)

Art. 34. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 2º)

CAPÍTULO II

DAS RESPONSABILIDADES EXECUTIVAS

(Origem: PRT MS/GM 1555/2013, CAPÍTULO III)

Art. 35. Cabe ao Ministério da Saúde o financiamento e a aquisição da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml, além da sua distribuição até os almoxarifados e Centrais de Abastecimento Farmacêutico Estaduais e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 5º)

Parágrafo Único. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde a distribuição da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml aos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 36. Cabe ao Ministério da Saúde o financiamento e a aquisição dos medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher, constantes do Anexo I e IV da RENAME vigente, sendo a sua distribuição realizada nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 6º)

I - entrega direta ao Distrito Federal, aos Municípios das capitais dos Estados e aos Municípios com população superior a 500.000 (quinhentos mil) habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 6º, I)

II - nas hipóteses que não se enquadrarem nos termos do inciso I do "caput", entrega às Secretarias Estaduais de Saúde para posterior distribuição aos demais Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 6º, II)

Art. 37. Os quantitativos dos medicamentos e insumos do Programa Saúde da Mulher, da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml de que tratam os arts. 35 e 36 do Anexo XXVIII serão estabelecidos conforme os parâmetros técnicos definidos pelo Ministério da Saúde e a programação anual e as atualizações de demandas encaminhadas ao Ministério da Saúde pelas Secretarias Estaduais de Saúde com base de cálculo nas necessidades dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 7º)

Art. 38. A execução das ações e serviços de saúde no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é descentralizada, sendo de responsabilidade dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 8º)

Art. 39. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são responsáveis pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente, conforme pactuação nas respectivas CIB, incluindo-se: (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 9º)

I - plantas medicinais, drogas vegetais e derivados vegetais para manipulação das preparações dos fitoterápicos da RENAME em Farmácias Vivas e farmácias de manipulação do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 9º, I)

II - matrizes homeopáticas e tinturas-mães conforme Farmacopeia Homeopática Brasileira, 3ª edição, para as preparações homeopáticas em farmácias de manipulação do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 9º, II)

III - a aquisição dos medicamentos sulfato ferroso e ácido fólico do Programa Nacional de Suplementação de Ferro. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 9º, III)

Art. 40. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disponibilizarão, de forma contínua, os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica indicados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para garantir as linhas de cuidado das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 10)

Art. 41. Com o objetivo de apoiar a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios podem pactuar nas respectivas CIB a aquisição, de forma centralizada, dos medicamentos e insumos pelo gestor estadual de saúde, na forma de Atas Estaduais de Registro de Preços ou por consórcios de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 11)

§ 1º Na hipótese de utilização de Atas Estaduais de Registro de Preços, o edital elaborado para o processo licitatório disporá sobre a possibilidade de sua utilização pelos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 11, § 1º)

§ 2º Nos procedimentos de aquisição, as Secretarias de Saúde seguirão a legislação pertinente às licitações públicas no sentido de obter a proposta mais vantajosa para a Administração Pública. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 11, § 2º)

Art. 42. No sentido de fortalecer a produção pública de medicamentos, as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios poderão pactuar que o montante correspondente aos recursos financeiros estaduais a ser aplicado no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica seja implementado por meio de medicamentos produzidos em laboratórios públicos oficiais, cujo valor unitário de aquisição será informado na respectiva CIB. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 12)

Art. 43. Para dar suporte à gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde, o Ministério da Saúde disponibilizará aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS). (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 13)

CAPÍTULO III

DO CONTROLE E MONITORAMENTO

(Origem: PRT MS/GM 1555/2013, CAPÍTULO IV)

Art. 44. As ações, os serviços e os recursos financeiros relacionados à Assistência Farmacêutica constarão nos instrumentos de planejamento do SUS, quais sejam, Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 15)

Art. 45. O acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da aplicação dos recursos financeiros transferidos entre os Fundos de Saúde, bem como os montantes aplicados pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios dar-se-ão por meio do RAG. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 16)

§ 1º O RAG conterá as ações e serviços efetuados no âmbito da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde e sua execução orçamentária e será elaborado em conformidade com as orientações previstas na Portaria de Consolidação nº 1, no Capítulo das Diretrizes do Processo de Planejamento no Âmbito do SUS, encontrando-se disponível para o desenvolvimento dos processos de monitoramento, avaliação e auditoria. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 16, § 1º)

§ 2º As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão em arquivo os documentos fiscais que comprovem a aplicação dos recursos financeiros tripartite do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pelo prazo estabelecido na legislação em vigor. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 16, § 2º)

Art. 46. A transferência dos recursos financeiros do Ministério da Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios será suspensa, assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa, na hipótese de não aplicação dos recursos financeiros pelas respectivas Secretarias de Saúde dos valores definidos no art. 537 da Portaria de Consolidação nº 6, quando denunciada formalmente por um dos gestores de saúde ou constatada por meio de monitoramento e avaliação pelo Ministério da Saúde ou por auditorias dos órgãos de controle interno e externo. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17)

§ 1º A suspensão das transferências dos recursos financeiros será realizada mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias pelo Ministério da Saúde ao gestor de saúde e formalizado por meio de publicação de ato normativo específico, devidamente fundamentado. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 1º)

§ 2º O repasse federal dos recursos financeiros será restabelecido tão logo seja comprovada a regularização da situação que motivou a suspensão. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 2º)

§ 3º Caso não comprovada a regularização de que trata o § 2º, o ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 3º)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 3º, I)

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 3º, II)

TÍTULO IV

DAS REGRAS DE FINANCIAMENTO E EXECUÇÃO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Art. 47. Este Título dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO I)

Art. 48. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 2º)

Parágrafo Único. O acesso aos medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas no âmbito do Componente de que trata o "caput" será garantido mediante a pactuação entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme as diferentes responsabilidades definidas neste Título.(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 49. Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos conforme características, responsabilidades e formas de organização distintas: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º)

I - Grupo 1: medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, sendo dividido em: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, I)

a) Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, I, a)

b) Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, I, b) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)

II - Grupo 2: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, II)

III - Grupo 3: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, III)

Art. 50. Os grupos de que trata o art. 49 são definidos de acordo com os seguintes critérios gerais: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 4º)

I - complexidade do tratamento da doença; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 4º, I)

II - garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 4º, II)

III - manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 4º, III)

Art. 51. O Grupo 1 é definido de acordo com os seguintes critérios específicos: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º)

I - maior complexidade do tratamento da doença; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º, I)

II - refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º, II)

III - medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º, III)

IV - medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º, IV)

Art. 52. O Grupo 2 é definido de acordo com os seguintes critérios específicos: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 6º)

I - menor complexidade do tratamento da doença em relação ao Grupo 1; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 6º, I)

II - refratariedade ou intolerância a primeira linha de tratamento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 6º, II)

Art. 53. O Grupo 3 é definido de acordo com os medicamentos constantes no Componente Básico da Assistência Farmacêutica e indicados pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados na versão final pelo Ministério da Saúde como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 7º)

Art. 54. O elenco de medicamentos de que trata o art. 49 está descrito nos Anexos I, II e III da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 8º)

§ 1º Os medicamentos dos Grupos 1 e 2 constituem o Anexo III da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Os medicamentos do Grupo 3 compõem parte do Anexo I da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 8º, § 2º)

Art. 55. Os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica somente serão autorizados para as doenças descritas na Classificação Estatística Internacional de Problemas e Doenças Relacionados à Saúde - 10ª revisão (CID-10), constantes do Anexo IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 9º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)

Art. 56. Os medicamentos dos Grupos 1 e 2 compõem o Grupo 06, Subgrupo 04, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, na forma e redação estabelecidas pelo Anexo IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 10)

§ 1º Os atributos idade mínima, idade máxima, sexo, quantidade máxima e CID-10 da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, utilizados para a execução deste Componente, são estabelecidos de acordo com os critérios preconizados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 10, § 1º)

§ 2º O atributo quantidade máxima é definido considerando-se os meses com 31 (trinta e um) dias, sendo que para os meses com até 30 (trinta) dias a quantidade máxima autorizada será diretamente proporcional à quantidade de dias do mês correspondente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 10, § 2º)

Art. 57. As formas de organização dos procedimentos do Grupo 06, Subgrupo 04, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS são descritas de acordo com os critérios de classificação da "Anatomical Therapeutic Chemical" (ATC) da Organização Mundial da Saúde (OMS).(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 11)

§ 1º Fármacos da mesma forma de organização não serão autorizados para uma mesma doença no mesmo período de vigência da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC), exceto nos casos de recomendação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde.(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 11, § 1º)

§ 2º Fármacos da mesma forma de organização poderão ser autorizados para doenças diferentes no mesmo período de vigência da APAC, exceto para a forma de organização dos inibidores do fator de necrose tumoral alfa. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 11, § 2º)

Art. 58. Cabe à esfera de gestão do SUS responsável a seleção dos medicamentos entre as formas de organização do Grupo 06, Subgrupo 04, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS que define os procedimentos dos Grupos 1 e 2, desde que garantidas as linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 12)

Art. 59. Os medicamentos do Grupo 3 são de responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios e compõem parte do elenco do Componente Básico da Assistência Farmacêutica regulamentado por ato normativo específico, sendo disponibilizados, em caso de demanda, para a garantia das linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 13)

Art. 60. A não disponibilização de medicamentos no âmbito deste Componente não garante a integralidade do tratamento e provoca desequilíbrio financeiro, devendo os gestores do SUS, em pactuação nas instâncias gestoras, promover ações que restabeleçam o acesso aos medicamentos estabelecidos nas linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde e o equilíbrio financeiro. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 14)

Art. 61. A incorporação, exclusão, ampliação ou redução de cobertura de medicamentos no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica ocorrerá mediante decisão do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 15)

§ 1º O impacto orçamentário das incorporações ou ampliação de cobertura de que trata o "caput" será calculado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 15, § 1º)

§ 2º A responsabilidade pelo financiamento das incorporações de medicamentos, de ampliação de cobertura para medicamentos já incorporados e incorporações de novas concentrações e/ou apresentações farmacêuticas será pactuada no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), respeitando-se a manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS e a garantia da linha de cuidado da doença. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 15, § 2º)

Art. 62. A inclusão efetiva de um medicamento nos Grupos 1, 2 e 3 deste Componente ocorrerá somente após a publicação da versão final do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas específico pelo Ministério da Saúde, observadas as pactuações no âmbito da CIT. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 16)

Art. 63. O Ministério da Saúde, em pactuação na CIT, poderá avaliar a transferência, em qualquer momento, de medicamentos deste Componente para outros Componentes da Assistência Farmacêutica ou a sua transferência entre os Grupos 1, 2 e 3 deste Componente, garantindo-se a disponibilização desses medicamentos no âmbito do SUS e o equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 17)

CAPÍTULO II

DA EXECUÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II)

Art. 64. A execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica envolve as etapas de solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação da continuidade do tratamento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 22)

Parágrafo Único. As normas de execução do Grupo 3 são regulamentadas no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica em ato normativo específico. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 22, Parágrafo Único)

Art. 65. Para os medicamentos constantes dos Grupos 1 e 2, a execução é descentralizada e de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, sendo realizada de acordo com os critérios definidos neste Título e na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 23)

Art. 66. A solicitação, dispensação e renovação da continuidade do tratamento ocorrerão somente em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas designadas pelos gestores estaduais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 24)

Art. 67. A solicitação, dispensação e a renovação da continuidade do tratamento poderão ser descentralizadas junto à rede de serviços públicos dos Municípios mediante pactuação entre os gestores estaduais e municipais de saúde, observado o disposto no art. 65, os critérios legais e sanitários vigentes e os demais critérios de execução deste Componente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 25)

Art. 68. As Secretarias Estaduais de Saúde manterão os Municípios informados sobre a sistemática de execução deste Componente e os critérios de acesso aos medicamentos dos Grupos 1 e 2. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 26)

Seção I

Da Solicitação

(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 69. A solicitação corresponde ao pleito por medicamentos, pelo paciente ou seu responsável, em um estabelecimento de saúde definido nos termos do art. 66. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27)

§ 1º Para a solicitação, será obrigatória a presença do paciente ou seu responsável e a apresentação dos seguintes documentos do paciente: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º)

I - cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, I)

II - cópia de documento de identidade, cabendo ao responsável pelo recebimento da solicitação atestar a autenticidade de acordo com o documento original de identificação; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, II)

III - Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, III)

IV - prescrição médica devidamente preenchida; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, IV)

V - documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, V)

VI - cópia do comprovante de residência. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, VI)

§ 2º Os documentos descritos nos incisos III, IV e V do § 1º poderão ser oriundos de serviços privados de saúde, desde que respeitadas as demais regras deste Título e as pactuações realizadas no âmbito da respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 2º)

§ 3º Os documentos descritos nos incisos II e VI do § 1º não serão exigidos para a população indígena e penitenciária. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 3º)

Art. 70. Para a solicitação, fica dispensada a presença de pacientes considerados incapazes, conforme arts. 3º e 4º da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), devidamente caracterizados no LME pelo médico prescritor. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28)

§ 1º No ato da solicitação, serão exigidos os seguintes documentos do seu responsável, que serão apresentados e anexados aos documentos do paciente mencionados no art. 69, § 1º : (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 1º)

I - cópia do documento de identidade; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 1º, I)

II - endereço completo; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 1º, II)

III - número de telefone. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 1º, III)

§ 2º O responsável pelo paciente será o último indivíduo designado no LME. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 2º)

Art. 71. Cada usuário deverá ter apenas um cadastro no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, independente do número de LME vigentes. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 29)

Seção II

Da Avaliação

(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 72. A avaliação corresponde à análise técnica, de caráter documental, da solicitação e da renovação da continuidade de tratamento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 30)

Art. 73. O avaliador será um profissional de saúde com ensino superior completo, registrado em seu devido conselho de classe e designado pelo gestor estadual de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 31)

Art. 74. Para a avaliação, serão considerados os documentos exigidos no art. 69, observando-se: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32)

I - LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, I)

II - prescrição médica contendo as informações exigidas na legislação vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, II)

III - todos os documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, III)

Parágrafo Único. A avaliação será realizada utilizando os campos referentes à avaliação contidos no LME, conforme as instruções apresentadas no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, Parágrafo Único)

Seção III

Da Autorização

(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 75. A autorização corresponde ao parecer, de caráter administrativo, que aprova ou não o procedimento referente à solicitação ou renovação da continuidade do tratamento previamente avaliada. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 33)

Art. 76. O autorizador será um profissional de nível superior completo, preferencialmente da área da saúde, designado pelo gestor estadual de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 34)

Art. 77. A autorização será efetivada somente após o deferimento da avaliação realizada de acordo com a Seção II do Capítulo II do Título IV. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 35)

Seção IV

Da Dispensação

(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção IV)

Art. 78. A etapa da dispensação consiste no ato de fornecer medicamento(s) previamente autorizado(s) de acordo com a Seção III do Capítulo II do Título IV. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 36)

Art. 79. O paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37)

Parágrafo Único. Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos, que serão apresentados e anexados aos documentos do paciente mencionados no art. 69, § 1º : (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único)

I - declaração autorizadora; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único, I)

II - cópia do documento de identidade; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único, II)

III - endereço completo; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único, III)

IV - número de telefone. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único, IV)

Art. 80. O paciente, responsável ou representante apresentará documento de identificação para que seja efetuada a dispensação dos medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 38)

Art. 81. No ato da dispensação, o recibo de dispensação do medicamento será devidamente preenchido e assinado. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 39)

Parágrafo Único. O Recibo de Medicamentos (RME) a ser utilizado no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica conterá, no mínimo, os dados constantes no modelo apresentado no Anexo VI. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 39, Parágrafo Único)

Art. 82. 1 (uma) via do LME, os recibos de dispensação dos medicamentos e os documentos descritos no art. 69 serão mantidos em arquivo pela unidade responsável pela dispensação. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 40)

Art. 83. A dispensação do medicamento poderá ser realizada para mais de um mês de competência, dentro do limite de vigência da APAC e respeitadas às exigências legais. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 41)

Art. 84. O processamento mensal da APAC no SIA/SUS será efetivado somente a partir da emissão do recibo de dispensação do medicamento devidamente preenchido e assinado. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 42)

Art. 85. A interrupção do fornecimento do medicamento por abandono do tratamento será realizada quando o paciente, responsável ou representante não retirá-lo por 3 (três) meses consecutivos e não tiver ocorrido o fornecimento antecipado previsto no art. 83. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 43)

Art. 86. O SIA/SUS exercerá crítica para todos os medicamentos dos Grupos 1 e 2 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, conforme os atributos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS descrita no Anexo IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 44)

Seção V

Da Renovação da Continuidade do Tratamento

(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção V)

Art. 87. Para a renovação da continuidade do tratamento serão obrigatórios os seguintes documentos do paciente: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45)

I - LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45, I)

II - prescrição médica contendo as informações exigidas na legislação vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45, II)

III - documentos para monitoramento do tratamento estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45, III)

Seção VI

Do Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)

(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção VI)

Art. 88. O LME é um documento oficial utilizado como instrumento para realização das etapas de execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 46)

Art. 89. O modelo do LME que será utilizado no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e as instruções para o adequado preenchimento estão descritos no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 47)

Parágrafo Único. O LME está estruturado para que seja preenchido com informações sobre a solicitação, avaliação e autorização do procedimento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 47, Parágrafo Único)

Art. 90. Para cada doença, definida de acordo com a CID-10, haverá a necessidade de preenchimento de um LME. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 48)

§ 1º Cada LME corresponderá a uma única APAC. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 48, § 1º)

§ 2º Em caso de solicitação de mais de 5 (cinco) medicamentos para a mesma doença, o mesmo médico preencherá mais de um LME, para os quais será emitido apenas um número de APAC. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 48, § 2º)

§ 3º Nos casos em que o medicamento não tiver indicação para utilização contínua, será emitida APAC para 1 (uma) competência, que corresponderá apenas ao mês de atendimento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 48, § 3º)

Art. 91. Durante o período de vigência da APAC de um LME, será permitido o ajuste da solicitação da seguinte forma, caracterizando-se a adequação do LME: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)

I - substituição, inclusão ou exclusão do procedimento para o tratamento da mesma doença (CID-10); ou (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, I)

II - alteração da quantidade do medicamento solicitada pelo médico. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, II)

§ 1º Para a adequação do LME, será necessária a apresentação dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, § 1º)

I - LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, § 1º, I)

II - prescrição médica contendo as informações exigidas na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, § 1º, II)

§ 2º Quando necessário, para adequação do LME, apresentar-se-ão também os documentos definidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, § 2º)

§ 3º Não será necessário emitir nova APAC nos casos de adequação do LME. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, § 3º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1996/2013)

Art. 92. Será permitida a emissão de mais de uma APAC dentro do mesmo período de vigência, nos casos de pacientes diagnosticados com mais de uma doença (CID-10). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 50)

Art. 93. O LME terá 60 (sessenta) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 51)

Art. 94. Para cada LME será emitido um parecer do avaliador. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 52)

Parágrafo Único. Caso seja solicitado mais de um medicamento no mesmo LME, a avaliação poderá possuir mais de um parecer. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 52, Parágrafo Único)

Art. 95. O LME será assinado pelo autorizador somente nos casos de deferimento de um medicamento pelo avaliador. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 53)

CAPÍTULO III

DA PROGRAMAÇÃO, AQUISIÇÃO, ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III)

Art. 96. A responsabilidade pela programação, armazenamento e distribuição dos medicamentos dos Grupos 1A e 1B é das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, sendo a responsabilidade pela aquisição dos medicamentos do Grupo 1A do Ministério da Saúde e dos medicamentos do Grupo 1B das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 54) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)

Art. 97. A responsabilidade pela programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos do Grupo 2 é de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 55) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)

Art. 98. A responsabilidade pela programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos do Grupo 3 é das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios e está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 56)

Art. 99. Na aquisição dos medicamentos dos Grupos 1 e 2, os entes federativos observarão o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), conforme regulamentação vigente da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), os benefícios fiscais e os preços praticados no mercado no sentido de obter a proposta mais vantajosa para a Administração Pública. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 57)

Seção I

Dos Medicamentos de Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde

(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 100. O Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal poderão pactuar a aquisição centralizada dos medicamentos pertencentes ao Grupo 1B, descritos no Anexo I da RENAME, e ao Grupo 2, descritos no Anexo II da RENAME, do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, desde que seja garantido o equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS, observando-se, entre outros, o benefício econômico da centralização frente às condições do mercado e os investimentos estratégicos do governo no desenvolvimento tecnológico e da capacidade produtiva junto aos laboratórios públicos e oficiais.(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 58)

Art. 101. Pactuada a aquisição centralizada de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica pelo Ministério da Saúde, nos termos do art. 100, observar-se-ão as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 59)

I - a primeira distribuição ocorrerá a partir da finalização dos procedimentos administrativos indispensáveis para o processo de aquisição; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 59, I)

II - o valor do(s) medicamento(s) na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS corresponderá a 0 (zero) a partir da primeira distribuição realizada pelo Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 59, II)

III - o Ministério da Saúde realizará o ressarcimento do estoque estadual com base na diferença entre as APAC aprovadas e o quantitativo distribuído no período de 180 (cento e oitenta) dias após a primeira distribuição do medicamento, considerando-se os valores definidos anteriormente ao valor descrito no inciso II. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 59, III)

Art. 102. A dispensação dos medicamentos de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde é de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e seguirá os critérios estabelecidos neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 60)

Subseção I

Da Programação Anual

(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III, Seção I, Subeção I)

Art. 103. A programação anual para aquisição centralizada de medicamentos é de responsabilidade do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61)

§ 1º A finalização da programação anual ocorrerá até o dia 30 de abril de cada ano. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61, § 1º)

§ 2º O quantitativo de medicamentos a ser adquirido será estabelecido considerando-se a média dos dados descritos nos incisos deste parágrafo, acrescido de um estoque estratégico calculado com base na série histórica de consumo de cada medicamento, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61, § 2º)

I - quantidade aprovada do medicamento, por meio de APAC, na competência de outubro, novembro e dezembro do ano anterior à programação anual, conforme informação do SIA/SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61, § 2º, I)

II - quantitativo de medicamentos distribuídos pelo Ministério da Saúde para atendimento dos meses de janeiro, fevereiro e março do ano da programação anual. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61, § 2º, II)

Subseção II

Da Programação Trimestral

(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III, Seção I, Subeção II)

Art. 104. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal encaminharão ao DAF/SCTIE/MS a necessidade trimestral de cada medicamento de aquisição centralizada. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62)

§ 1º O período de envio das informações atenderá o seguinte cronograma: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º)

I - para a programação do 1º trimestre, que corresponde aos meses de janeiro, fevereiro e março, o período para o envio das informações será do dia 20 a 30 de novembro do ano anterior; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º, I)

II - para a programação do 2º trimestre, que corresponde aos meses de abril, maio e junho, o período para o envio das informações será do dia 20 a 28 de fevereiro do ano corrente; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º, II)

III - para a programação do 3º trimestre, que corresponde aos meses de julho, agosto e setembro, o período para o envio das informações será do dia 20 a 31 de maio do ano corrente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º, III)

IV - para a programação do 4º trimestre, que corresponde aos meses de outubro, novembro e dezembro, o período para o envio das informações será do dia 20 a 31 de agosto do ano corrente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º, IV)

§ 2º A distribuição dos medicamentos seguirá o período de entrega estabelecido no seguinte cronograma: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º)

I - para atendimento da programação referente ao 1º trimestre, que corresponde aos meses de janeiro, fevereiro e março, ocorrerá no período de 10 a 20 de dezembro do ano anterior; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º, I)

II - para atendimento da programação referente ao 2º trimestre, que corresponde aos meses de abril, maio e junho, ocorrerá no período de 10 a 20 de março do ano corrente; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º, II)

III - para atendimento da programação referente ao 3º trimestre, que corresponde aos meses de julho, agosto e setembro, ocorrerá no período de 10 a 20 de junho do ano corrente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º, III)

IV - para atendimento da programação referente ao 4º trimestre, que corresponde aos meses de outubro, novembro e dezembro, ocorrerá no período de 10 a 20 de setembro do ano corrente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º, IV)

Subseção III

Do Controle e Monitoramento da Programação

(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III, Seção I, Subeção III)

Art. 105. A distribuição dos medicamentos adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde para as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal terá como parâmetros a programação trimestral enviada pelas citadas Secretarias e a continuidade e regularidade da produção registrada em APAC. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 63)

Art. 106. Após a finalização da programação trimestral para os medicamentos de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde, caso seja verificado que o consumo, via produção registrada em APAC, para o período, seja inferior ao quantitativo total distribuído, a diferença será ajustada posteriormente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 64)

Art. 107. Após a entrega dos medicamentos de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde para as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, toda a logística restante será de responsabilidade exclusiva das citadas Secretarias. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 65)

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO VI)

Art. 108. O medicamento Filgrastim 300mcg injetável por frasco passa a integrar o Grupo 1A do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 80)

Art. 109. Compete ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS) providenciar junto ao DATASUS as medidas necessárias para que sejam efetivadas nos sistemas de informação as adequações definidas neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 81)

Art. 110. Compete à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS) editar normas técnicas complementares referentes à operacionalização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, observadas as pactuações na CIT. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 82)

Art. 111. Os recursos financeiros federais para a execução do disposto neste Título são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática 10.303.2015.4705 - Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 83)

Art. 112. Os Anexos I, II, III, IV, V e VI da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente estão disponibilizados no portal do Ministério da Saúde, cujo o acesso pode ser realizado por meio do endereço eletrônico www.saude.gov.br/medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 84)

Parágrafo Único. O acesso ao Anexo IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente também poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico datasus.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 84, Parágrafo Único)

Anexo XXIX

Regulamento da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, instituída pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Origem: PRT MS/GM 962/2013)

Art. 1º Fica regulamentada a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, instituída pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012.

Art. 2º Fica instituído o Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 1º)

Art. 3º Compete ao Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo: (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 2º)

I - promover a articulação e o alinhamento entre os campos da reabilitação e da atenção psicossocial para qualificação da atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 2º, I)

II - promover a difusão de informações que possam subsidiar o debate sobre ações inclusivas, considerando os princípios dos Direitos Humanos, da Reforma Psiquiátrica e da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada nos termos do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009; e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 2º, II)

III - realizar o balanço semestral do desenvolvimento das ações para a qualificação da atenção à saúde das pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 2º, III)

Art. 4º O Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo é composto por: (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º)

I - da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, I)

a) 1 (um) representante do Gabinete da Secretaria de Atenção à Saúde (GAB/SAS/MS), que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, I, a)

b) 5 (cinco) representantes do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, I, b)

c) 1 (um) representante do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, I, c)

II - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, II)

III - 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, III)

IV - autores e colaboradores das seguintes publicações do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, IV)

a) Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, IV, a)

b) Diretriz de Atenção à Reabilitação das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, IV, b)

§ 1º Para cada membro titular que represente os órgãos de que tratam os incisos I a III do "caput" será indicado o seu respectivo suplente. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A participação dos autores e colaboradores de que trata o inciso IV do "caput" será formalizada após resposta a convite a eles encaminhado pela Coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Os representantes titulares e os respectivos suplentes dos órgãos de que tratam os incisos I a III do "caput" serão indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos à Coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 3º)

§ 4º O Comitê poderá convocar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, além de especialistas nos assuntos relacionados às atividades do Comitê, quando entender necessário para o cumprimento de suas finalidades institucionais. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 4º)

§ 5º O GAB/SAS/MS fornecerá os apoios técnico e administrativo necessários para o funcionamento do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 5º)

Art. 5º O Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo se reunirá semestralmente ou, em caráter extraordinário, a critério da Coordenação. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 4º)

Art. 6º Compete à Coordenação do Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo: (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º)

I - organizar a pauta das reuniões; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, I)

II - promover a articulação entre os membros do Comitê e subsidiá-los com as informações por ele demandadas; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, II)

III - promover a divulgação dos relatórios de acompanhamento dos trabalhos e resultados alcançados; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, III)

IV - articular os órgãos do Ministério da Saúde envolvidos com as demandas nas ações e estratégias voltadas para a qualificação da atenção à saúde das pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, IV)

V - elaborar a memória e sistematizar os produtos e documentos produzidos pelo Comitê; e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, V)

VI - manter o Comitê informado sobre os processos de implantação das políticas públicas para as pessoas com transtornos do espectro do autismo. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, VI)

Art. 7º A participação no Comitê não será remunerada e seu exercício será considerado de relevante interesse público. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 6º)

Anexo XXX

Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (Origem: PRT MS/GM 426/2005)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida será implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º)

I - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, I)

II - identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade em casais em sua vida fértil, e desenvolver ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, II)

III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas de reprodução humana assistida, necessários à viabilização da concepção, tanto para casais com infertilidade, como para aqueles que se beneficiem desses recursos para o controle da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, III)

IV - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica na área da reprodução humana assistida no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, IV)

V - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, V)

VI - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização (PNH). (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, VI)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, de que trata o art. 1º será constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º)

I - Atenção Básica: é a porta de entrada para a identificação do casal infértil e na qual devem ser realizados a anamnese, o exame clínico-ginecológico e um elenco de exames complementares de diagnósticos básicos, afastando-se patologias, fatores concomitantes e qualquer situação que interfira numa futura gestação e que ponham em risco a vida da mulher ou do feto; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, I)

II - Média Complexidade: os serviços de referência de Média Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Atenção Básica, realizando acompanhamento psicossocial e os demais procedimentos do elenco deste nível de atenção, e aos quais é facultativa e desejável, a realização de todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos relativos à reprodução humana assistida, à exceção dos relacionados à fertilização in vitro; e (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, II)

III - Alta Complexidade: os serviços de referência de Alta Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Média Complexidade, estando capacitados para realizar todos os procedimentos de Média Complexidade, bem como a fertilização in vitro e a inseminação artificial. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, III)

§ 1º A rede de atenção de Média e Alta Complexidade será composta por: (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, § 1º)

I - serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida; e (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, § 1º, a)

II - serviços de Assistência Especializada (SAE) que são de referência em DST/HIV/Aids. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, § 1º, b)

§ 2º Os componentes descritos no caput deste artigo devem ser organizados segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e segundo os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, § 2º)

Art. 4º A regulamentação suplementar e complementar do disposto neste Anexo ficará a cargo dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com o objetivo de regular a atenção em reprodução humana assistida. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 4º)

§ 1º A regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação das ações de atenção em reprodução humana assistida serão de competência das três esferas de governo. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Os componentes do caput deste artigo deverão ser regulados por protocolos de conduta, de referência e de contrarreferência em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, da regulação, do controle e da avaliação. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 4º, § 2º)

Art. 5º A capacitação e a educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, deverão ser realizadas de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçadas nos pólos de educação permanente em saúde. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 5º)

Art. 6º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde, adotará todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, ora instituída. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 6º)

Anexo XXXI

Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (Origem: PRT MS/GM 1169/2004)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, por meio da organização e implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, que serão compostas por serviços de assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, situados em Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular, no território nacional. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 1º)

Art. 2º As Secretarias de Estado da Saúde estabelecerão um planejamento regional hierarquizado para formar a Rede Estadual e/ou Regional de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, com a finalidade de prestar assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como de Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 2º)

Parágrafo Único. A Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular será composta por: (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular; e (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

Art. 3º As Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular deverão oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a portadores de patologias cardiovasculares e desenvolver forte articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à saúde, incluindo, na sua solicitação de credenciamento, os critérios da Política Nacional de Humanização. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 3º)

Parágrafo Único. As aptidões e atribuições dos serviços de assistência de Alta Complexidade Cardiovascular situados em Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e nos Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular serão regulamentadas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) em portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º As Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde em Gestão Plena do Sistema, de acordo com as respectivas condições de gestão e sua divisão de responsabilidades, adotarão as providências necessárias à implantação das Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, bem como a organização, habilitação, credenciamento e integração das Unidades de Assistência em Alta Complexidade Car-

diovascular e a dos Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular que comporão essas Redes. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 4º)

Art. 5º Fica instituída uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação da política instituída pelo art. 1º. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 5º)

Art. 6º Ficam instituídos os seguintes instrumentos de gestão: (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 6º)

I - avaliação da qualidade das Unidades cadastradas e das Normas de Acompanhamento de Procedimentos de Alta Complexidade; e (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 6º, I)

II - formulários de registros de preenchimento obrigatório: "Registro Brasileiro de Cirurgia Cardiovascular", "Registro Brasileiro de Marcapasso, Desfibrilador e Ressincronizador Cardíacos", "Registro Brasileiro de Cirurgia Vascular", "Registro Brasileiro de Procedimentos da Cardiologia Intervencionista", "Registro Brasileiro de Procedimentos Endovasculares Extracardíacos" e "Registro Brasileiro de Procedimentos em Eletrofisiologia". (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 6º, II)

Art. 7º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotará as medidas necessárias à implantação do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 7º)

Art. 8º O quantitativo mínimo de procedimentos regulamentados pela SAS/MS, quando devidamente autorizados, terão a sua realização e pagamento garantidos, com vistas à manutenção da qualidade do serviço. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 8º)

Anexo XXXII

Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica (Origem: PRT MS/GM 1161/2005)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica será organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º)

I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, I)

II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, II)

III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam às doenças neurológicas e ao desenvolvimento de ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, III)

IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e a avaliação dos serviços públicos e privados que realizam tratamento clínico, intervencionista e/ou cirúrgico, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica exposto o portador de doença neurológica; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, IV)

V - ampliar e qualificar a cobertura do atendimento aos portadores de doenças neurológicas no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, V)

VI - ampliar e qualificar a cobertura dos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas dos acidentes vasculares cerebrais no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, VI)

VII - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem o estudo do custo-efetividade, da eficácia e da qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo de diagnose e do tratamento clínico, intervencionista e/ou cirúrgico no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, VII)

VIII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doença neurológica; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, VIII)

IX - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, IX)

X - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, X)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, de que trata o art. 1º deverá ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º)

I - atenção básica, que consiste em realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas à promoção da saúde e à prevenção dos danos, bem como ações clínicas para o atendimento pré-natal, o tratamento da desnutrição infantil e das doenças infecciosas, do controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus que possam ser realizadas neste nível, e terão lugar na rede de serviços básicos de saúde - Centro de Saúde /Unidades Básicas de Saúde e Postos de Saúde e em especial pelas Equipes de Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, I)

II - média complexidade, que consiste em realizar ações de atenção diagnóstica e terapêutica especializada, garantidas a partir do processo de referência e contra referência do portador da doença neurológica, hipertensão arterial e diabetes mellitus, bem como garantir a assistência ao parto, e devem ser organizadas segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, II)

III - alta complexidade, que consiste em garantir o acesso aos procedimentos neurológicos, neurointervencionistas e neurocirúrgicos e assegurar a qualidade do processo, visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e cuja assistência se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia e de Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurologia; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, III)

IV - Plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Neurológicas, composto por atenção pré-natal, ao parto, ao neonato, ao desenvolvimento neuropsicomotor, prevenção do trauma, assistência nutricional infantil, controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos de Desenvolvimento Regionais dos Estados e do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, IV)

V - regulamentação suplementar por parte dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com o objetivo de regular a atenção ao portador de doenças neurológicas; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, V)

VI - a regulação, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doenças neurológicas serão de competência das três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, VI)

VII - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão no processo de planejamento, regulação, fiscalização, controle e avaliação, e promover a disseminação da informação; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, VII)

VIII - diretrizes de condutas, em todos os níveis de atenção, que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, VIII)

IX - capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, IX)

X - acesso aos medicamentos da assistência farmacêutica básica e aos medicamentos alocados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, previstos em portaria do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, X)

Art. 4º Fica instituída uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde, com o objetivo de acompanhar a implantação e a implementação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 4º)

Art. 5º A Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, adotará todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, por meio de portarias específicas. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 5º)

Anexo XXXIII

Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (Origem: PRT MS/GM 1168/2004)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal será organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º)

I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, I)

II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, II)

III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença renal e ao desenvolvimento de ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, III)

IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que realizam diálise, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica exposto o portador de doença renal; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, IV)

V - ampliar cobertura no atendimento aos portadores de insuficiência renal crônica no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de Terapia Renal Substitutiva (diálise peritoneal, hemodiálise e transplante); (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, V)

VI - ampliar cobertura aos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas da insuficiência renal crônica no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, VI)

VII - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo da Terapia Renal Substitutiva no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, VII)

VIII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doença renal e dos indivíduos transplantados; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, VIII)

IX - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, IX)

X - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e implementação da Política de Atenção ao Portador de Doença Renal, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, X)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, de que trata o art. 1º, deverá ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º)

I - atenção básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção dos danos, bem como as ações clínicas para o controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e das doenças do rim que possam ser realizadas neste nível. Tais ações terão lugar na rede de serviços básicos de saúde (Unidades Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família). De acordo com a necessidade local, o gestor poderá instituir uma equipe de referência da atenção básica com a função de tutoria e, ou referência assistencial à rede de serviços básicos de saúde, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, I)

II - média complexidade: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada garantida a partir do processo de referência e contra referência do portador de hipertensão arterial, de diabetes mellitus e de doenças renais. Essas ações devem ser organizadas segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde. Para desempenhar as ações neste nível de atenção, o gestor poderá instituir um Centro de Referência especializado em hipertensão e diabetes, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, II)

III - alta complexidade: garantir o acesso e assegurar a qualidade do processo de diálise visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na entrada em lista de espera para transplante renal. A assistência na alta complexidade se dará por meio dos Serviços de Nefrologia e dos Centros de Referência em Nefrologia, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, III)

IV - plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Renais, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos de Desenvolvimento Regionais dos Estados e do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, IV)

V - regulamentação suplementar e complementar por parte dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de regular a atenção ao portador de doença renal; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, V)

VI - a regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doença renal serão de competência das três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, VI)

VII - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, fiscalização, controle e avaliação e promover a disseminação da informação; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, VII)

VIII - protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, fiscalização, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, VIII)

IX - capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, IX)

X - acesso aos medicamentos da assistência farmacêutica básica e aos medicamentos alocados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, previstos em portaria do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, X)

Art. 4º Fica instituída uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde, com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 4º)

Anexo XXXIV

Institui a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia (Origem: PRT MS/GM 221/2005)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA REDE MULTICÊNTRICA DE AVALIAÇÃO DE IMPLANTES ORTOPÉDICOS (REMATO)

Art. 2º Fica instituída a Rede Multicêntrica de Avaliação de Implantes Ortopédicos (REMATO) com o objetivo de atender às demandas do Sistema Único de Saúde no que se refere ao monitoramento da qualidade de implantes ortopédicos comercializados no país. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 1º)

§ 1º A REMATO é composta por laboratórios voltados à análise e avaliação de qualidade dos implantes ortopédicos. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Cabe ao Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia da Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde (INTO/SAS/MS) fornecer o suporte técnico e administrativo necessário para o desenvolvimento das atividades de operacionalização da REMATO. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 1º, § 2º)

Art. 3º Cabe à REMATO: (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º)

I - promover ações voltadas à qualidade e segurança dos implantes ortopédicos, de forma a evitar a exposição da população a produtos sem evidência de segurança e eficácia em seu consumo; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, I)

II - fomentar a adequação e modernização dos laboratórios que venham a prestar serviços e contribuir com a qualificação do complexo industrial da saúde na área de implantes ortopédicos; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, II)

III - atuar como facilitador na implantação e ampliação de sistemas de gestão de qualidade laboratorial com padrões internacionais; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, III)

IV - contribuir para a implementação das diretrizes relacionadas à avaliação da qualidade e eficácia de implantes ortopédicos no país; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, IV)

V - propor a organização de eventos de interesse na área com vista à capacitação dos profissionais para avaliação de implantes ortopédicos; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, V)

VI - contribuir para a difusão do conhecimento sobre implantes ortopédicos; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, VI)

VII - apoiar os laboratórios da rede nas ações voltadas a serviços tecnológico; e (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, VII)

VIII - apoiar tecnicamente o Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Brasileiro de Tecnologia (SIBRATEC), quanto a temática implantes e instrumentais ortopédicos. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, VIII)

Art. 4º Fica instituído o Comitê Gestor da REMATO que será composto por um representante, titular e suplente, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º)

I - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, I)

II - Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia da Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde (INTO/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, II)

III - Secretaria de Desenvolvimento Tecnológico e Inovação (SETEC) do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, III)

IV - Instituto Nacional de Metrologia e Qualidade Industrial (INMETRO); (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, IV)

V - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, V)

VI - Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial (ABDI/MDIC); e (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, VI)

VII - Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP). (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, VII)

§ 1º Cabe ao INTO/SAS/MS coordenar o Comitê Gestor. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Cabe ao Comitê Gestor: (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º)

I - aprovar o Regimento Interno da REMATO; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, I)

II - disponibilizar seu corpo técnico-profissional para a operacionalização da rede; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, II)

III - propor programas interinstitucionais de trabalho para a melhoria da qualidade da produção nacional, pública e privada, para os segmentos produtivos do Complexo Industrial da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, III)

IV - apoiar às ações do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária no que se refere à análise de conformidade de produtos para a saúde, obedecido o disposto no arcabouço regulatório sanitário brasileiro e as responsabilidades e atribuições legais da ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, IV)

V - difundir e intercambiar conhecimentos e informações do conjunto de atribuições e competências dos partícipes, bem como criar mecanismos para tais fins; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, V)

VI - informar, obrigatoriamente, sobre ações em planejamento ou que estejam em andamento que possam interferir na atuação da outra parte; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, VI)

VII - promover atividades de treinamento para a promoção de interesses comuns relacionadas a REMATO; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, VII)

VIII - participar das comissões e grupos de trabalho que tenham interface com as políticas de promoção e desenvolvimento das atividades econômicas e industriais, no âmbito do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, VIII)

IX - desenvolver atividades para suporte à execução das políticas de saúde, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial, em especial a Política Industrial na Área de Próteses, Novos Materiais, Fármacos, Equipamentos Hospitalares, Acreditação de Laboratórios e Outras Atividades, sempre considerando as competências de cada um dos partícipes. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, IX)

Art. 5º O Regimento Interno deverá prever a estrutura organizacional, a operacionalização das atividades da Rede bem como os mecanismos para inserção e exclusão de laboratórios na Rede. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 4º)

§ 1º O INTO deve elaborar o Regimento Interno em 90 dias, após a publicação da Portaria nº 1883/GM/MS, de 14 de julho de 2010. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Após aprovado o Regimento pelo Comitê cabe ao INTO publicá-lo. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 4º, § 2º)

CAPÍTULO II

DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA

Art. 6º As Secretarias de Estado da Saúde estabelecerão um planejamento para formar uma rede hierarquizada, estadual ou regional, de atenção em alta complexidade em tráumato-ortopedia, com a finalidade de prestar assistência a doentes com afecções do sistema músculo-esquelético que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como de alta complexidade. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º)

§ 1º A Rede de Atenção em Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia será composta por: (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 1º)

I - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia; e (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 1º, I)

II - Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 1º, II)

§ 2º As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia devem: (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 2º)

I - oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a doentes de afecções do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 2º, I)

II - desenvolver articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 2º, II)

III - respeitar os critérios determinados pela Política Nacional de Humanização do SUS. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 2º, III)

§ 3º As Unidades de Assistência de Alta Complexidade de Tráumato-Ortopedia e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia prestarão assistência por meio de seu respectivo Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 3º)

Art. 7º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) regulamentará os atributos necessários ao credenciamento/habilitação: (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 3º)

I - das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia; e (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 3º, I)

II - dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 3º, II)

Art. 8º As Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, habilitadas em Gestão Plena do Sistema Municipal, adotarão as providências necessárias ao processo de credenciamento das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia e da habilitação dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 4º)

§ 1º Caberá às Secretarias de Estado da Saúde a indicação para a habilitação dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 4º, § 1º)

§ 2º As ações desenvolvidas deverão estar de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 4º, § 2º)

Art. 9º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) criará uma Câmara Técnica com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação da política instituída por este Anexo. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 5º)

Art. 10. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) criará e regulamentará os seguintes instrumentos de gestão: (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 6º)

I - Guia de Boas Práticas na especialidade de tráumato-ortopedia, contendo recomendações de indicação e contraindicação de procedimentos de tráumato-ortopedia constantes da tabela do SUS; (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 6º, I)

II - Indicadores de qualidade para avaliação das unidades credenciadas; e (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 6º, II)

III - Registro Brasileiro de Cirurgia Tráumato-Ortopédica para prover a Autorização de Internação Hospitalar - AIH - de dados para rastreamento e avaliação futura de procedimentos, tornando-o de preenchimento obrigatório. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 6º, III)

Art. 11. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotará as medidas necessárias à implantação do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 7º)

CAPÍTULO III

DA CÂMARA TÉCNICA EM TRÁUMATO - ORTOPEDIA

Art. 12. Fica atualizada a Câmara Técnica em Traumatologia e Ortopedia com a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º)

I - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I)

a) Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I, a)

b) Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I, b)

c) Departamento de Avaliação, Regulação e Controle de Sistemas (DRAC); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I, c)

d) Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I, d)

II - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS): (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, II)

a) Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde (DECIIS); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, II, a)

III - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, III)

IV - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, IV)

V - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, V)

VI - Hospital Universitário Federal, indicado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, VI)

VII - Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT); e (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, VII)

VIII - Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN). (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, VIII)

§ 1º A Câmara Técnica em Traumatologia e Ortopedia será coordenada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) e terá como Secretaria-Executiva o Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS). (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A Câmara Técnica em Traumatologia e Ortopedia, quando julgar necessário, poderá convidar participantes ad hoc, sempre de caráter institucional, internos ou externos ao Ministério da Saúde, nas áreas correlacionadas com a ortopedia, a traumatologia e a reabilitação do sistema músculo-esquelético. (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 2º)

§ 3º À Câmara Técnica em Traumatologia e Ortopedia cabe propor sobre: (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º)

I - a política nacional de ortopedia, de traumatologia e de reabilitação do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, I)

II - as ações de promoção da saúde, da prevenção, de diagnóstico e do tratamento de doenças e agravos e de reabilitação do sistema músculo-esquelético, levadas a cabo no âmbito coletivo ou individual na assistência pública e privada; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, II)

III - as recomendações para o desenvolvimento das ações das entidades públicas e privadas que integram o SUS e, quando solicitado, o sistema de saúde suplementar; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, III)

IV - a atualização de procedimentos ortopédicos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, IV)

V - a utilização de implantes utilizados no tratamento das doenças e agravos do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, V)

VI - incorporação de tecnologias que visam à promoção da saúde, à prevenção e ao diagnótico e tratamento de afecções músculo-esqueléticas, conforme o estabelecido para a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, VI)

VII - projetos de incentivo para ações de promoção da saúde, de prevenção, de diagnóstico e de tratamento de doenças e agravos e de reabilitação do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, VII)

VIII - a formação e qualificação de profissionais para atuação em ortopedia, em traumatologia e em reabilitação do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, VIII)

IX - estudos e pesquisas na área de ortopedia, de traumatologia e de reabilitação do sistema músculo-esquelético; e (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, IX)

X - o aprimoramento da política nacional de transplantes de tecido músculo-esqueléticos. (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, X)

Art. 13. Fica determinado que a Secretaria de Atenção à Saúde, por meio do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS) tomará as providências cabíveis para a operacionalização dos trabalhos da referida Câmara. (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 2º)

Anexo XXXV

Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO) (Origem: PRT MS/GM 957/2008)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção em Oftalmologia será organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal e as Secretarias Municipais de Saúde, por intermédio de redes estaduais e regionais, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º)

I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, I)

II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, II)

III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença oftalmológica e desenvolver ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, III)

IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação das Unidades de Atenção Especializada, públicas ou privadas que prestam atenção em oftalmologia, bem como os mecanismos de sua monitorização com vistas à diminuição dos riscos aos quais fica exposto o paciente com doença oftalmológica; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, IV)

V - ampliar a cobertura no atendimento aos pacientes com doenças oftalmológicas no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, V)

VI - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doenças oftalmológicas; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, VI)

VII - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, VII)

VIII - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, VIII)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, de que trata o art. 1º, deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º)

I - Atenção Básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas à promoção da saúde e à prevenção dos danos e recuperação, bem como ações clínicas para o controle das doenças que levam a alterações oftalmológicas e às próprias doenças oftalmológicas, que possam ser realizadas neste nível, ações essas que terão lugar na rede de serviços básicos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, I)

II - Atenção Especializada em Oftalmologia: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada e promover o acesso do paciente portador de doenças oftalmológicas a procedimentos de média e alta complexidade, em serviços especializados de qualidade, visando alcançar impacto positivo na morbidade e na qualidade de vida dos usuários do SUS, por intermédio da garantia da equidade; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, II)

III - a organização das Redes de Atenção em Oftalmologia deverá respeitar o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde, cujas ações referentes a esse nível de atenção serão realizadas em Hospitais Gerais ou Especializados, Hospitais de Ensino, Ambulatórios Especializados em Assistência Oftalmológica, cuja normatização será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, III)

IV - Plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Oftalmológicas, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos de Desenvolvimento Regional dos Estados e do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, IV)

V - regulamentação suplementar e complementar por parte dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de regular a atenção ao paciente com doença oftalmológica; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, V)

VI - a regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doença oftalmológica serão de competência das três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, VI)

VII - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, controle e avaliação e promover a disseminação da informação; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, VII)

VIII - protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, VIII)

IX - capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos polos de educação permanente em saúde; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, IX)

X - acesso à assistência farmacêutica disponibilizado pelo SUS; e (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, X)

XI - acesso a recursos ópticos, não ópticos e outras ajudas técnicas disponibilizados pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, XI)

Art. 4º A Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, adotará todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia. (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 4º)

Anexo XXXVI

Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (Origem: PRT MS/GM 1391/2005)

Art. 1º São diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º)

I - a promoção da garantia do seguimento das pessoas diagnosticadas com hemoglobinopatias pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), recebendo os pacientes e integrando-os na rede de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir, prioritariamente, da Hemorrede Pública, e provendo assistência às pessoas com diagnóstico tardio de Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, com a criação de um cadastro nacional de doentes falciformes e outras hemoglobinopatias; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, I)

II - a promoção da garantia da integralidade da atenção, por intermédio do atendimento realizado por equipe multidisciplinar, estabelecendo interfaces entre as diferentes áreas técnicas do Ministério da Saúde, visando à articulação das demais ações que extrapolam a competência da Hemorrede; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, II)

III - a instituição de uma política de capacitação de todos os atores envolvidos que promova a educação permanente; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, III)

IV - a promoção do acesso à informação e ao aconselhamento genético aos familiares e às pessoas com a doença ou o traço falciforme; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, IV)

V - a promoção da integração da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias com o Programa Nacional de Triagem Neonatal, visando a implementação da fase II deste último e a atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, V)

VI - a promoção da garantia de acesso aos medicamentos essenciais, conforme protocolo, imunobiológicos Especiais e insumos, como Filtro de Leucócitos e Bombas de Infusão; e (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, VI)

VII - a estimulação da pesquisa, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, VII)

Parágrafo Único. As diretrizes de que trata este artigo apóiam-se na promoção, na prevenção, no diagnóstico precoce, no tratamento e na reabilitação de agravos à saúde, articulando as áreas técnicas cujas ações têm interface com o atendimento hematológico e hemoterápico. (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º Caberá à Secretaria de Atenção à Saúde adotar as providências necessárias ao cumprimento do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 2º)

Anexo XXXVII

Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica (Origem: PRT MS/GM 81/2009)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica será implantada de forma articulada nas três esferas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º São objetivos da Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica: (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º)

I - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, I)

II - possibilitar a identificação dos determinantes e condicionantes dos principais problemas de saúde relacionados a anomalias congênitas e doenças geneticamente determinadas, de forma a fornecer subsídios para a elaboração de ações e políticas públicas no setor, sem prejuízo da participação social; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, II)

III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas em genética clínica; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, III)

IV - incentivar a realização de pesquisas e projetos estratégicos destinados ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade e incorporação de tecnologias na área de genética clínica; e (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, IV)

V - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Integral em Genética Clínica, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização (PNH). (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, V)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica será constituída dos seguintes níveis: (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º)

I - Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, I)

II - Atenção Especializada em genética clínica. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, II)

§ 1º Na atenção básica serão identificadas e acompanhadas as famílias e indivíduos com problemas relacionados a anomalias congênitas e doenças geneticamente determinadas; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Na atenção especializada em genética clínica será realizado o acompanhamento especializado multidisciplinar e os demais procedimentos do elenco deste nível de atenção dos casos encaminhados pela atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 2º)

I - A atenção especializada será composta por: (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 2º, I)

a) Unidades de Atenção Especializada; e (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 2º, I, a)

b) Centros de Referência em Genética Clínica. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 2º, I, b)

§ 3º A atenção integral em genética clínica deverá ser organizada em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada ente federado e com os princípios e diretrizes do SUS. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 3º)

Art. 4º Cabe à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal a fiscalização, o controle e a avaliação das ações de atenção em genética clínica no seu âmbito de atuação e gestão. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 4º)

§ 1º Os Municípios, os Estados e o Distrito Federal poderão suplementar objeto deste Anexo para atender às necessidades e peculiaridades locorregionais. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 4º, § 1º)

§ 2º As atribuições que compõem este artigo deverão ser fundamentadas nas diretrizes, protocolos de conduta e mecanismos de referência e de contrarreferência em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, da regulação, do controle e da avaliação. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 4º, § 2º)

Art. 5º Compete à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) a adoção das medidas necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 5º)

Anexo XXXVIII

Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (Origem: PRT MS/GM 199/2014)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO I)

Art. 1º Ficam instituídas a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras e as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras tem abrangência transversal às redes temáticas prioritárias do SUS, em especial à Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial e Rede Cegonha. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 2º)

Art. 3º Para efeito deste Anexo, considera-se doença rara aquela que afeta até 65 pessoas em cada 100.000 indivíduos, ou seja, 1,3 pessoas para cada 2.000 indivíduos. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 3º)

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS

(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO II)

Art. 4º A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras tem como objetivo reduzir a mortalidade, contribuir para a redução da morbimortalidade e das manifestações secundárias e a melhoria da qualidade de vida das pessoas, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno redução de incapacidade e cuidados paliativos. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 4º)

Art. 5º São objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º)

I - garantir a universalidade, a integralidade e a equidade das ações e serviços de saúde em relação às pessoas com doenças raras, com consequente redução da morbidade e mortalidade; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, I)

II - estabelecer as diretrizes de cuidado às pessoas com doenças raras em todos os níveis de atenção do SUS; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, II)

III - proporcionar a atenção integral à saúde das pessoas com doença rara na Rede de Atenção à Saúde (RAS); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, III)

IV - ampliar o acesso universal e regulado das pessoas com doenças raras na RAS; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, IV)

V - garantir às pessoas com doenças raras, em tempo oportuno, acesso aos meios diagnósticos e terapêuticos disponíveis conforme suas necessidades; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, V)

VI - qualificar a atenção às pessoas com doenças raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, VI)

CAPÍTULO III

DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES

(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO III)

Art. 6º A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras é constituída a partir dos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º)

I - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, I)

II - reconhecimento da doença rara e da necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da RAS no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, II)

III - promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com doenças raras, com enfrentamento de estigmas e preconceitos; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, III)

IV - garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e atenção multiprofissional; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, IV)

V - articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, V)

VI - incorporação e uso de tecnologias voltadas para a promoção, prevenção e cuidado integral na RAS, incluindo tratamento medicamentoso e fórmulas nutricionais quando indicados no âmbito do SUS, que devem ser resultados das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de avaliação e aprovação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT); e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, VI)

VII - promoção da acessibilidade das pessoas com doenças raras a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, VII)

Art. 7º São diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º)

I - educação permanente de profissionais de saúde, por meio de atividades que visem à aquisição e ao aprimoramento de conhecimentos, habilidades e atitudes para a atenção à pessoa com doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, I)

II - promoção de ações intersetoriais, buscando-se parcerias que propiciem o desenvolvimento das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, II)

III - organização das ações e serviços de acordo com a RAS para o cuidado da pessoa com doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, III)

IV - oferta de cuidado com ações que visem à habilitação/reabilitação das pessoas com doenças raras, além de medidas assistivas para os casos que as exijam; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, IV)

V - diversificação das estratégias de cuidado às pessoas com doenças raras; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, V)

VI - desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, VI)

CAPÍTULO IV

DAS RESPONSABILIDADES

(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 8º São responsabilidades comuns do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em seu âmbito de atuação: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º)

I - garantir que todos os serviços de saúde que prestam atendimento às pessoas com doenças raras possuam infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, I)

II - garantir o financiamento tripartite para o cuidado integral das pessoas com doenças raras, de acordo com suas responsabilidades e pactuações; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, II)

III - garantir a formação e a qualificação dos profissionais e dos trabalhadores de saúde de acordo com as diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, III)

IV - definir critérios técnicos para o funcionamento dos serviços que atuam no escopo das doenças raras nos diversos níveis de atenção, bem como os mecanismos para seu monitoramento e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, IV)

V - garantir o compartilhamento das informações na RAS e entre as esferas de gestão; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, V)

VI - adotar mecanismos de monitoramento, avaliação e auditoria, com vistas à melhoria da qualidade das ações e dos serviços ofertados, considerando as especificidades dos serviços de saúde e suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, VI)

VII - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e de pesquisas que busquem o aperfeiçoamento, a inovação de tecnologias e a disseminação de conhecimentos voltados à promoção da saúde, à prevenção, ao cuidado e à reabilitação/habilitação das pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, VII)

VIII - estimular a participação popular e o controle social visando à contribuição na elaboração de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, VIII)

IX - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e produção de informações, aperfeiçoando permanentemente a confiabilidade dos dados e a capilarização das informações, na perspectiva de usá-las para alinhar estratégias de aprimoramento da gestão, disseminação das informações e planejamento em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, IX)

X - monitorar e avaliar o desempenho e qualidade das ações e serviços de prevenção e de controle das doenças raras no país no âmbito do SUS, bem como auditar, quando pertinente. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, X)

Art. 9º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º)

I - prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no processo de qualificação e de consolidação da atenção ao paciente com doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, I)

II - analisar, consolidar e divulgar as informações provindas dos sistemas de informação federais vigentes que tenham relação com doenças raras, que devem ser enviadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e utilizá-las para planejamento e programação de ações e de serviços de saúde e para tomada de decisão; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, II)

III - definir diretrizes gerais para a organização do cuidado às doenças raras na população brasileira; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, III)

IV - estabelecer, por meio de PCDT, recomendações de cuidado para tratamento de doenças raras, levando em consideração a incorporação de tecnologias pela CONITEC, de maneira a qualificar o cuidado das pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, IV)

V - efetuar a homologação da habilitação dos estabelecimentos de saúde que realizam a atenção à saúde das pessoas com doenças raras, de acordo com critérios técnicos estabelecidos previamente de forma tripartite; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, V)

VI - disponibilizar sistema de informação para registro das ações prestadas no cuidado às pessoas com doenças raras em todos os serviços de saúde, seja na atenção básica ou especializada, ambulatorial ou hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, VI)

Art. 10. Às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal compete: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10)

I - pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, I)

II - definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde com vistas à inclusão da atenção e do cuidado integral às pessoas com doenças raras nos planos municipais, estadual e planejamento regional integrado; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, II)

III - apoiar tecnicamente os Municípios para organização e implantação do cuidado para as pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, III)

IV - realizar a regulação visando à garantia do atendimento local, regional, estadual ou nacional às pessoas com doenças raras, de acordo com as necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, IV)

V - analisar os dados estaduais, relacionados às doenças raras, produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a aperfeiçoar o planejamento das ações e a qualificar a atenção prestada às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, V)

VI - definir os estabelecimentos de saúde de natureza pública, sob sua gestão, que ofertam ações de promoção e prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com doenças raras, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, VI)

VII - apoiar os Municípios na educação permanente dos profissionais de saúde a fim de promover a qualificação profissional, desenvolvendo competências e habilidades relacionadas às ações de prevenção, controle e no cuidado às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, VII)

VIII - efetuar e manter atualizado o cadastramento dos serviços de saúde sob sua gestão no sistema de informação federal vigente para esse fim e que realizam a atenção à saúde das pessoas com doenças raras, de acordo com critérios técnicos estabelecidos em portarias específicas do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, VIII)

IX - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população de acordo com a contratualização dos serviços, quando for de gestão estadual. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, IX)

Art. 11. Compete às Secretarias Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11)

I - pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral das pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, I)

II - planejar e programar as ações e os serviços de doenças raras, assim como o cuidado das pessoas com doenças raras, considerando-se sua base territorial e as necessidades de saúde locais; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, II)

III - organizar as ações e serviços de atenção para doenças raras, assim como o cuidado das pessoas com doenças raras, considerando-se os serviços disponíveis no Município; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, III)

IV - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população e operacionalizar a contratualização dos serviços, quando não existir capacidade própria; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, IV)

V - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população de acordo com a contratualização dos serviços, quando de gestão municipal; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, V)

VI - realizar regulação visando à garantia do atendimento local, regional, estadual ou nacional às pessoas com doenças raras, de acordo com as necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, VI)

VII - realizar a regulação entre os componentes da rede de atenção à saúde, com definição de fluxos de atendimento à saúde para fins de controle do acesso e da garantia de equidade, promovendo a otimização de recursos segundo a complexidade e a densidade tecnológica necessárias à atenção à pessoa com doenças raras, com sustentabilidade do sistema público de saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, VII)

VIII - realizar a articulação interfederativa para pactuação de ações e de serviços em âmbito regional ou interregional para garantia da equidade e da integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, VIII)

IX - implantar o acolhimento e a humanização da atenção de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, IX)

X - analisar os dados municipais relativos às ações de prevenção e às ações de serviços prestados às pessoas com doenças raras, produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a aperfeiçoar o planejamento das ações locais e a qualificar a atenção das pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, X)

XI - definir os estabelecimentos de saúde de natureza pública, sob sua gestão, que ofertam ações de promoção e prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com doenças raras, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, XI)

XII - efetuar e manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde que estão sob gestão municipal, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, XII)

XIII - programar ações de qualificação para profissionais e trabalhadores de saúde para o desenvolvimento de competências e de habilidades relacionadas às ações de prevenção e de controle das doenças raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, XIII)

CAPÍTULO V

DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO V)

Art. 12. A organização do cuidado das pessoas com doenças raras será estruturada nos seguintes eixos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12)

I - Eixo I: composto pelas doenças raras de origem genética e organizado nos seguintes grupos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, I)

a) anomalias congênitas ou de manifestação tardia; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, I, a)

b) deficiência intelectual; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, I, b)

c) erros inatos de metabolismo; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, I, c)

II - Eixo II: composto por doenças raras de origem não genética e organizado nos seguintes grupos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II)

a) infecciosas; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II, a)

b) inflamatórias; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II, b)

c) autoimunes; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II, c)

d) outras doenças raras de origem não genética. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II, d)

CAPÍTULO VI

DA ESTRUTURA DA LINHA DE CUIDADO DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS

(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO VI)

Art. 13. A linha de cuidado da atenção aos usuários com demanda para a realização das ações na Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras é estruturada pela Atenção Básica e Atenção Especializada, em conformidade com a RAS e seguindo as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no SUS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13)

§ 1º À Atenção Básica, que é responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade adstrita, além de ser a porta de entrada prioritária do usuário na rede, compete: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º)

I - realizar ações de promoção da saúde com foco nos fatores de proteção relativos às doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, I)

II - desenvolver ações voltadas aos usuários com doenças raras, na perspectiva de reduzir os danos relacionados a essas doenças no seu território; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, II)

III - avaliar a vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado das pessoas com doenças raras e realizar atividades educativas, conforme necessidade identificada, ampliando a autonomia dos usuários e seus familiares; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, III)

IV - implementar ações de diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e de sintomas, e seguimento das pessoas com resultados alterados, de acordo com as diretrizes técnicas vigentes, respeitando-se o que compete a este nível de atenção; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, IV)

V - encaminhar oportunamente a pessoa com suspeita de doença rara para confirmação diagnóstica; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, V)

VI - coordenar e manter o cuidado das pessoas com doenças raras, quando referenciados para outros pontos da RAS; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, VI)

VII - registrar as informações referentes às doenças raras nos sistemas de informação vigentes, quando couber; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, VII)

VIII - realizar o cuidado domiciliar às pessoas com doenças raras, de forma integrada com as equipes de atenção domiciliar e com os serviços de atenção especializada e serviços de referência em doenças raras locais e com demais pontos de atenção, conforme proposta definida para a região de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, VIII)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300172

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

IX - implantar o acolhimento e a humanização da atenção de acordo com a PNH. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, IX)

§ 2º A Atenção Especializada, composta pelo conjunto de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da atenção básica de forma integral, resolutiva e em tempo oportuno, é composta, ainda, por: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 2º)

I - Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras, a quem compete oferecer atenção diagnóstica e terapêutica específica para uma ou mais doenças raras, em caráter multidisciplinar; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 2º, I)

II - Serviço de Referência em Doenças Raras, que oferece atenção diagnóstica e terapêutica específica, em caráter multidisciplinar. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 2º, II)

§ 3º Compete ao Componente Atenção Domiciliar: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º)

I - realizar o cuidado às pessoas com doença rara de forma integrada com os componentes da Atenção Básica e da Atenção Especializada; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, I)

II - implantar o acolhimento e a humanização da atenção de acordo com a PNH; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, II)

III - instrumentalizar e orientar cuidadores e familiares para o cuidado domiciliar; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, III)

IV - contribuir para a qualidade de vida da pessoa com doença rara no ambiente familiar; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, IV)

V - promover ações que auxiliem a autonomia das pessoas com doenças raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, V)

§ 4º Os pontos de atenção à saúde garantirão tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde, considerando-se que a caracterização desses pontos de atenção deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da RAS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 4º)

Art. 14. O componente da Atenção Especializada da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras será composto por: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14)

I - Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, I)

II - Serviço de Referência em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, II)

§ 1º O Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras é o serviço de saúde que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação da atenção especializada em uma ou mais doenças raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 1º)

§ 2º O Serviço de Referência em Doenças Raras é o serviço de saúde que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação da atenção especializada para pessoas com doenças raras pertencentes a, no mínimo, dois eixos assistenciais, de acordo com os seguintes parâmetros:(Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 2º)

I - oferte atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo 2 (dois) grupos de doenças raras do Eixo I de que trata o art. 12; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 2º, I)

II - oferte atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo 2 (dois) grupos de doenças raras do Eixo II de que trata o art. 12; ou (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 2º, II)

III - oferte atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo 1 (um) grupo de doenças raras de cada um dos Eixos de que trata o art. 12. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 2º, III)

§ 3º Os Serviços de Atenção Especializada e Serviços de Referência em Doenças Raras são responsáveis também por ações diagnósticas, terapêuticas e preventivas às pessoas com doenças raras ou sob risco de desenvolvê-las, de acordo com os dois eixos assistenciais. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 3º)

Art. 15. Compete ao Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras e ao Serviço de Referência em Doenças Raras: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15)

I - compor a RAS regional, de forma que se garantam os princípios, as diretrizes e competências descritas na Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, I)

II - ter uma população definida como de sua responsabilidade para o cuidado, assim como ter vinculado a si os serviços para os quais é a referência para tratamento às pessoas com doenças raras, podendo ser de abrangência local, regional, estadual ou nacional; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, II)

III - apoiar os outros serviços de atenção à saúde no que se refere ao cuidado da pessoa com doença rara, participando sempre que necessário da educação permanente dos profissionais de saúde que atuam neste cuidado; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, III)

IV - utilizar os sistemas de informação vigentes para registro da atenção dispensada no cuidado às pessoas com doenças raras, conforme normas técnico-operacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, IV)

V - garantir a integralidade do cuidado às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, V)

VI - reavaliar periodicamente as pessoas, de acordo com cada doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, VI)

VII - estabelecer avaliações para verificar outras pessoas em risco de doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, VII)

VIII - encaminhar as pessoas para a Atenção Básica para a continuidade do seguimento clínico, garantindo seu matriciamento; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, VIII)

IX - submeter-se à regulação, fiscalização, monitoramento e avaliação do Gestor Municipal, Estadual e do Distrito Federal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, IX)

X - investigar e buscar determinar o diagnóstico definitivo e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos PCDT estabelecidos pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, X)

XI - garantir, por meio dos profissionais da RAS, o acesso às diversas categorias profissionais necessárias para o cuidado e tratamento integral às pessoas com doenças raras, incluindo as diversas especialidades médicas e profissionais para atendimento ambulatorial e hospitalar de acordo com as necessidades do cuidado às doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XI)

XII - encaminhar as pessoas para os Centros Especializados de Reabilitação (CER) ou outros com a finalidade de reabilitação para complementaridade do cuidado, sem se eximir de continuar ofertando o cuidado integral às pessoas com doenças raras, garantidos mediante regulação; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XII)

XIII - realizar tratamento clínico e medicamentoso, quando houver, das pessoas com doenças raras segundo os PCDT instituídos; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XIII)

XIV - oferecer atenção diagnóstica e terapêutica específica para uma ou mais doenças raras, em caráter multidisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XIV)

XV - referenciar as pessoas para os Serviços de Referência em Doenças Raras, quando se fizer necessário; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XV)

XVI - garantir a investigação diagnóstica e o acompanhamento das doenças para as quais estiverem habilitados; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XVI)

XVII - acolher o encaminhamento regulado de pessoas com diagnóstico ou suspeita de doença rara, provenientes da atenção básica ou especializada, para fins de investigação e tratamento; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XVII)

XVIII - garantir, por meio dos profissionais da RAS, o acesso regulado às diversas categorias profissionais necessárias para o cuidado e tratamento integral às pessoas com doenças raras, incluindo as diversas especialidades médicas e profissionais para atendimento ambulatorial e hospitalar de acordo com as necessidades do cuidado às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XVIII)

XIX - oferecer atenção diagnóstica e terapêutica específica, em caráter multidisciplinar, de acordo com os eixos assistenciais e baseados nos PCDT instituídos; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XIX)

XX - realizar o aconselhamento genético das pessoas acometidas e seus familiares, quando indicado. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XX)

Art. 16. São competências específicas do Serviço de Referência em Doenças Raras: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16)

I - realizar o acompanhamento clínico especializado multidisciplinar à pessoa com doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, I)

II - apresentar estrutura adequada, realizar pesquisa e ensino organizado, com programas e protocolos estabelecidos, reconhecidos e aprovados pelo comitê de ética pertinente; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, III)

III - subsidiar ações de saúde dos gestores no âmbito das doenças raras, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, IV)

IV - participar como polo de desenvolvimento profissional em parceria com a gestão, tendo como base a PNEPS; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, V)

V - realizar atividades de educação ao público e aos profissionais de saúde no tema doenças raras, em conjunto com os gestores do SUS, os conselhos de saúde, a comunidade científica e as associações civis relacionadas às doenças raras ou outros representantes da sociedade civil organizada, com o objetivo de promover a compreensão da diversidade humana, dos direitos dos usuários e extinção dos preconceitos, buscando sua integração à sociedade. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, VI)

Art. 17. Poderão pleitear a habilitação como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou Serviço de Referência em Doenças Raras os estabelecimentos de saúde que obedeçam aos seguintes requisitos mínimos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17)

I - possuam alvará de funcionamento e se enquadrem nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros que venham a substituí-la ou complementá-la, precipuamente: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, I)

a) Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50/ANVISA, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde e suas alterações; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, I, a)

b) Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 306/ANVISA, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, I, b)

c) Resolução - ABNT NBR 9050 - Norma Brasileira de Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos - que estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando do projeto de construção, instalações e adaptações de edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, I, c)

II - disponham dos seguintes serviços de apoio diagnóstico: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, II)

a) laboratório de patologia clínica, anatomia patológica e de exames genéticos próprio ou alcançável; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, II, a)

b) laboratório de imagem próprio ou alcançável; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, II, b)

III - garantam, junto à RAS, as necessidades de internação (enfermaria e UTI) e cirurgia, que terão seus fluxos regulados conforme pactuações locais. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, III)

Parágrafo Único. Na hipótese dos estabelecimentos de saúde de que trata o "caput" não oferecerem, dentro de sua estrutura física, as ações e serviços necessários para o cumprimento dos requisitos mínimos para habilitação como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou Serviço de Referência em Doenças Raras, estas ações e serviços poderão ser formalmente referenciados e contratualizados. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, Parágrafo Único)

Art. 18. Além dos requisitos mínimos de que trata o art. 17, para pleitear a habilitação como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras, o estabelecimento de saúde deverá cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18)

I - possuir equipe assistencial composta, no mínimo, por: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, I)

a) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, I, a)

b) técnico de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, I, b)

c) médico responsável pelo Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras com comprovada experiência na área ou especialidade. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, I, c)

II - contar com um responsável técnico médico, registrado no Conselho Regional de Medicina, devendo assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade habilitada pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, II)

Parágrafo Único. O responsável técnico de que trata o inciso II poderá atuar como profissional em outro serviço habilitado pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, Parágrafo Único)

Art. 19. Além dos requisitos mínimos de que trata o art. 17, para pleitear a habilitação como Serviço de Referência em Doenças Raras, o estabelecimento de saúde deverá cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19)

I - possuir equipe assistencial para cada grupo dos Eixos de que trata o art. 12 composta, no mínimo, por: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I)

a) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, a)

b) técnico de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, b)

c) médico com título de especialista na área da especialidade que acompanha, registrado no Conselho Regional de Medicina e/ou comprovação de atuação na doença rara específica por pelo menos 5 (cinco) anos; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, c)

d) médico geneticista; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, d)

e) neurologista; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, e)

f) pediatra (quando atender criança); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, f)

g) clínico geral (quando atender adulto); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, g)

h) psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, h)

i) nutricionista (quando atender erros inatos do metabolismo); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, i)

j) assistente social; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, j)

II - contar com um responsável técnico médico, registrado no Conselho Regional de Medicina, devendo assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade habilitada pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, II)

Parágrafo Único. O responsável técnico poderá fazer parte de equipe mínima assistencial, desde que tenha título de especialista na área da especialidade que acompanha e/ou comprovação de atuação na área por pelo menos 5 (cinco) anos para uma das doenças raras acompanhadas pelo Serviço de Referência em Doenças Raras.(Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 20. Para pleitear a habilitação dos estabelecimentos de saúde como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou Serviço de Referência em Doenças Raras, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios encaminharão à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20)

I - Resolução da CIR e da CIB ou, no caso do Distrito Federal, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde (CGSES/DF) contendo: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, I)

a) a relação dos estabelecimentos de saúde que realizarão a atenção especializada como Serviço de Atenção Especializada ou Serviço de Referência em Doenças Raras, indicando quais destes realizarão o aconselhamento genético, se necessário; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, I, a)

b) a relação dos laboratórios que realizarão os exames diagnósticos, conforme descrito neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, I, b)

II - atualização dos dados no SCNES dos estabelecimentos a serem habilitados; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, II)

III - cópia da publicação em diário oficial do extrato de contrato com o serviço de saúde, quando este não for da rede própria da respectiva secretaria de saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, III)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300173

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

IV - a indicação do(s) eixo(s) assistencial(is) de que trata o art. 12, bem como os grupos de doenças doença(s) para a(s) qual(is) o estabelecimento ofertará a assistência; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, IV)

V - Formulário de Vistoria disponível no Anexo 5 do Anexo XXXVIII , preenchido e assinado pelos respectivos gestores públicos de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, V)

VI - titulação dos profissionais da equipe mínima assistencial e do responsável técnico cadastrados no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, VI)

§ 1º Poderá ser habilitado mais de 1 (um) Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras dentro do mesmo estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, § 1º)

§ 2º Na hipótese de ocorrência do disposto no § 1º, será acrescido à equipe mínima um profissional médico para cada Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras excedente, sendo os demais profissionais da equipe mínima comuns a todos os Serviços de Atenção Especializada em Doenças raras habilitados nesse mesmo estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, § 2º)

§ 3º O Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou o Serviço de Referência em Doenças Raras que realizar o aconselhamento genético, deverá obedecer aos critérios descritos neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, § 3º)

Art. 21. O Ministério da Saúde avaliará os documentos encaminhados pelas Secretarias de Saúde, podendo proceder a vistoria "in loco" para conceder a habilitação do estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 21)

Parágrafo Único. Caso a avaliação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) tomará as providências para a publicação da portaria específica de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 21, Parágrafo Único)

CAPÍTULO VII

DO FINANCIAMENTO

(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO VII)

Art. 22. O monitoramento de que trata este Anexo não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 28)

Art. 23. O Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com fundamento nos relatórios de gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 1.232, de 1994. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 29)

Art. 24. Para fins do disposto neste Anexo, o ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 30)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados Anexo XXXVIII; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 30, I)

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 30, II)

CAPÍTULO VIII

DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO

(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO VIII)

Art. 25. Os estabelecimentos de saúde autorizados a prestarem a atenção à saúde às pessoas com doenças raras no âmbito do SUS estarão submetidos à regulação, controle e avaliação pelos respectivos gestores públicos de saúde. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 31)

Art. 26. O Ministério da Saúde monitorará e avaliará periodicamente o atendimento contínuo dos serviços prestados para manutenção do repasse dos recursos financeiros ao ente federativo beneficiário, de acordo com as informações no SIA/SUS e Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS). (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 32)

Art. 27. As Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios adotarão as providências necessárias ao cumprimento das normas estabelecidas neste Anexo, podendo estabelecer normas de caráter suplementar, a fim de adequá-las às especificidades locais ou regionais. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 33)

Art. 28. O Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (DRAC/SAS/MS), em conjunto com a CGMAC/DAET/SAS/MS, será responsável pelo monitoramento e a avaliação contínua dos Serviços de Atenção Especializada em Doenças Raras e dos Serviços de Referência em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 34)

CAPÍTULO IX

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO IX)

Art. 29. A solicitação dos exames para diagnóstico das doenças raras, conforme descrito neste Anexo, será facultado apenas aos estabelecimentos habilitados como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou Serviços de Referência em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 35)

Art. 30. As Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do SUS serão disponibilizadas no endereço eletrônico www.portal.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 36)

Art. 31. Os medicamentos e as fórmulas nutricionais incorporados pela CONITEC e constantes dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para os cuidados das pessoas com doenças raras serão objeto de pactuação tripartite no âmbito da assistência farmacêutica e dispostos em atos específicos. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 37)

Art. 32. A APAC emitida para a realização dos procedimentos de avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras - Eixo I: 1 - Anomalias congênitas ou de manifestação tardia, Eixo I: 2 - Deficiência Intelectual e Eixo I: 3 - Erros Inatos do Metabolismo, terão validade fixa de 3 (três) competências. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38)

§ 1º Na APAC inicial dos procedimentos descritos no "caput" deverá ser registrado o procedimento principal (códigos: 03.01.01.019-6 ou 03.01.01.020-0 ou 03.01.01.021-8) de avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras com o quantitativo 1 (um) com os procedimentos secundários realizados. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38, § 1º)

§ 2º A partir da segunda competência (APAC de continuidades), se houver necessidade de novos procedimentos secundários, o procedimento principal de avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras deverá ser registrado com o quantitativo zerado e os respectivos procedimentos secundários realizados quantificados, durante o período de validade da APAC. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38, § 2º)

Art. 33. O procedimento de Aconselhamento Genético (código: 03.01.01.022-6) descrito Anexo XXXVIII poderá ser executado por equipe de saúde multiprofissional habilitada para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A)

§ 1º O Aconselhamento Genético envolve a existência prévia ou o estabelecimento de diagnóstico de determinada doença, a interpretação de achados e estimativas de riscos genéticos para pessoas clinicamente normais com familiares que apresentam diagnóstico de doença rara documentada, a transmissão das informações relativas à etiologia, à evolução, ao prognóstico e ao risco de recorrência, as estratégias de tratamento e prevenção, além de recomendações para acompanhamento e elaboração de relatório final a ser entregue ao consulente. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A, § 1º)

§ 2º Quando o aconselhamento genético envolver diagnóstico médico, tratamento clínico e medicamentoso, será obrigatória a presença de médico geneticista. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A, § 2º)

§ 3º É obrigatória a elaboração de laudo escrito e assinado pelo profissional responsável que realizou o aconselhamento genético, a ser anexado no prontuário do consulente. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A, § 3º)

§ 4º O aconselhamento genético será realizado no SUS apenas nos serviços de saúde definidos e pactuados pelo gestor local com habilitação específica para o referido procedimento (código 32.14), conforme descrito no Anexo 2 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A, § 4º)

Art. 34. Fica incluído na Tabela de Serviços Especializados do SCNES o Serviço de ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS (código - 168) com as respectivas classificações, conforme o Anexo 1 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 39)

Art. 35. Ficam incluídas na Tabela de Habilitações do SCNES, Grupo de habilitação 35 - Atenção às Pessoas com Doenças Raras, as habilitações, conforme definido no Anexo 2 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 40)

Art. 36. Ficam incluídos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS os procedimentos referentes à assistência às pessoas com doenças raras no SUS, conforme disposto no Anexo 3 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 41)

Art. 37. Ficam incluídas compatibilidades entre procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS referentes aos procedimentos relativos à assistência às pessoas com doenças raras no SUS, conforme disposto no Anexo 4 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 42)

Art. 38. Ficam alterados na Tabela de Procedimentos do SUS os atributos dispostos no Anexo 6 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 43)

Anexo 1 do Anexo XXXVIII

Serviço Especializado 168 - Atenção às Pessoas com Doenças Raras (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 1)

SERVIÇO ESPECIALIZADO 168 - ATENÇÃO AS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS (Redação dada pela Portaria nº 981/GM/MS, de 2014)

CÓD. SERV	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	CÓD. CLASS	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	CBO	DESCRIÇÃO
168	ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS	001	ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DOENÇAS RARAS	1	2251*	Médicos clínicos
					2252*	Médicos em especialidade cirúrgica
					2253*	Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
					2235-05	Enfermeiro
					3222-05	Técnico de enfermagem
		002	REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS	1	2251*	Médicos clínicos
					2252*	Médicos em especialidade cirúrgica
					2235-05	Enfermeiro
					3222-05	Técnico de enfermagem
					2251-24	Médico pediatra
					2251-12	Médico neurologista
					2251-25	Médico clínico geral
					2215-10	Psicólogo clínico
					2216-05	Assistente social
				2	2251*	Médicos clínicos
					2252*	Médicos em especialidade cirúrgica
					2253*	Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
					2235-05	Enfermeiro
					3222-05	Técnico de enfermagem
					2251-24	Médico pediatra
					2251-12	Médico neurologista
					2251-25	Médico clínico geral
					2215-10	Psicólogo clínico
					2216-05	Assistente social
					2237-10	Nutricionista

Os CBOs indicados com asterisco (*) referem-se à possibilidade de inclusão de qualquer código referente a estas famílias de CBO que tenham comprovada experiência na área.

Anexo 2 do Anexo XXXVIII

Tabela de Habilitações para à Atenção às Pessoas com Doenças Raras (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 2)

TABELA DE HABILITAÇÕES PARA À ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS (Redação dada pela Portaria nº 981 /GM/MS, de 2014)

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	RESPONSABILIDADE
35.01	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo I Doença Rara de Origem Genética: 1 - Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia	Centralizada
35.02	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 2- Deficiência Intelectual Associada à Doença Rara	Centralizada
35.03	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 3- Erro Inato do Metabolismo (EIM)	Centralizada
35.04	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 1- Doenças raras inflamatórias	Centralizada
35.05	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 2- Doenças raras infecciosas	Centralizada
35.06	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 3- Doenças raras autoimunes	Centralizada
35.07	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 1- Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia	Centralizada
35.08	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 2- Deficiência intelectual associada a Doenças Raras	Centralizada
35.09	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 3- Erro Inato de Metabolismo (EIM)	Centralizada
35.10	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 3- Doenças raras autoimunes	Centralizada
35.11	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 2- Doenças raras inflamatórias	Centralizada
35.12	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 1- Doenças raras infecciosas	Centralizada
35.13	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 4- Outras Doenças Raras de Origem não Genética	Centralizada
35.14	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 4 - Outras Doença Rara de Origem não Genética	Centralizada
35.15	Serviço de Aconselhamento Genético	Centralizada

Obs: quando existir a habilitação em Erros Inatos do Metabolismo - EIM deverá ser indicado a vinculação do profissional nutricionista (CBO: 2237-10) no estabelecimento o qual irá compor a equipe.

Anexo 3 do Anexo XXXVIII

Procedimentos relativos à Atenção à Pessoa Com Doença Rara no SUS (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 3)

Procedimento:	03.01.01.019-6 - Avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras - Eixo I: 1 - Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia
Origem	Novo
Descrição	Consiste na Avaliação Clínica por médico especialista e investigação laboratorial, referentes ao Eixo Doenças Raras Genéticas que cursam com Anomalias Congênitas ou de Manifestações Tardias.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial,
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal),
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 800,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 800,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2251* Médicos clínicos, 2252* Médicos em especialidade cirúrgica, 2253*, Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
CID:	D82.0, D82.1, E77.8, F70, F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9, G10, G12, G12.0, G12.1, G12.2, G12.3, G12.8, G12.9, H35.5, Q78.0, Q79.6, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q81.9, Q82.1, Q96, Q96.0, Q96.1, Q96.2, Q96.3, Q96.4, Q96.8, Q96.9, Q97, Q97.0, Q97.1, Q97.2, Q97.3, Q97.8, Q97.9, Q98, Q98.0, Q98.1, Q98.2, Q98.3, Q98.4, Q98.5, Q98.6, Q98.7, Q98.8, Q98.9, Q99, Q99.1, Q99.0, Q99.1, Q99.2, Q99.8, Q99.9
Serviço/classificação:	168/001,168/002
Habilitação:	35/01.35/07

Procedimento:	03.01.01.020-0 - Avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras - Eixo I: 2 - Deficiência Intelectual
Origem	Novo
Descrição	Consiste na avaliação clínica por médico especialista e investigação laboratorial referente ao Eixo de Doenças Raras Genéticas que cursam com deficiência intelectual.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial,
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal),
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 800,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 800,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2251* Médicos clínicos, 2252* Médicos em especialidade cirúrgica, 2253*, Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
CID:	D82.0, D82.1, E70.0, E70.1, E70.2, E70.3, E70.8, E70.9, E75.0, E75.1, E76, E76.0, E76.1, E76.2, E76.3, E76.8, E76.9, E77, E77.0, E77.1, E77.8, E77.9, F84.2, G12.0, G12.1, G12.2, G12.8, G12.9, G37.0, G37.1, G37.2, G37.3, G37.4, G37.5, G37.8, G37.9, G71.0, G71.1, G71.2, Q00.0, Q00.1, Q00.2, Q85.0, Q85.1, Q85.8, Q85.9, Q87, Q87.0, Q87.1, Q87.2, Q87.3, Q87.4, Q87.5, Q87.8, Q92.2, Q92.3, Q92.6, Q92.8, Q92.9, Q93.3, Q93.5, Q93.9, Q96.0, Q96.1, Q96.2, Q96.3, Q96.4, Q96.8, Q96.9, Q99.0, Q99.1, Q99.2, Q99.8, Q99.9
Serviço/classificação:	168/001, 168/002
Habilitação:	35/02, 35/08

Procedimento:	03.01.01.021-8 - Avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras - Eixo I: 3 - Erros Inatos do Metabolismo
Origem	Novo
Descrição	Consiste na avaliação clínica por médico especialista e investigação laboratorial referente ao Eixo de Doenças Raras Genéticas que cursam com Erros Inatos do Metabolismo.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial,
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 600,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 600,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos

Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2251* Médicos clínicos, 2252* Médicos em especialidade cirúrgica, 2253*, Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
CID:	E16.1, E70.0, E70.1, E70.2, E70.3, E70.8, E70.9, E71.0, E71.1, E71.2, E71.3, E72.0, E72.1, E72.2, E72.3, E72.4, E72.5, E72.8, E72.9, E74.0, E74.1, E74.2, E74.3, E74.4, E74.8, E74.9, E75.0, E75.1, E75.2, E75.3, E75.4, E75.5, E75.6, E76.0, E76.1, E76.2, E76.3, E76.8, E76, E77.0, E77.1, E77.8, E77.9, E80.0, E80.1, E80.2, E80.3, E80.4, E80.5, E80.6, E80.7, E83.0, E83.1, E83.2, E83.3, E83.4, E83.5, E83.8, E83.9, F70, F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9 , G37.0, G37.1, G37.2, G37.3, G37.4, G37.5, G37.8, G37.9, G71.0, G71.1, G71.2, G71.3, G71.8, G71.9, G72.0, G72.1, G72.2, G72.3, G72.4, G72.8, G72.9, E83.0
Serviço/classificação:	168/001, 168/002
Habilitação:	35/03, 35/09

Procedimento:	03.01.01.022-6 - Aconselhamento genético
Origem	Novo
Descrição	Procedimento que envolve a existência prévia ou o estabelecimento de diagnóstico de determinada doença, a interpretação de achados e estimativas de riscos genéticos para pessoas clinicamente normais com familiares que apresentam diagnóstico de doença rara documentada, a transmissão das informações relativas à etiologia, à evolução, ao prognóstico e ao risco de recorrência, as estratégias de tratamento e prevenção, além de recomendações para acompanhamento e elaboração de relatório final a ser entregue ao consulente, realizado por equipe de saúde multiprofissional capacitada
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	BPA - I
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 100,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 100,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima	01
CBO:	2251-75 Médico geneticista ; 221105 - Biólogo
CID:	Z31.5
Serviço/classificação:	168/001, 168/002
Habilitação:	35/07, 35/08, 35/09, 35/10, 35/11, 35/12, /35/14, 35/15

Procedimento:	02.02.10.005-7 - Focalização isoelétrica da transferrina
Origem	Novo
Descrição	Consiste em teste pelo método de isoeletrofocalização, para detecção de todos os subtipos de defeitos congênitos da glicosilação tipo I. O agravo é decorrente da deficiência, ou ausência, de carboidratos, secundária à secreção de glicoproteínas, especialmente transferrina sérica, devido à atividade enzimática anormal da fosfomanomutase.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.006-5 - Análise de DNA pela técnica de Southern Blot
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA, digestão com enzimas de restrição específicas, separação dos fragmentos em gel de agarose, transferência para membrana seguida de hibridação com uma ou mais sondas específicas, para detecção de uma determinada sequência e seu tamanho, ou determinação de sua ausência.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)o por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.007-3 - Análise de DNA por MLPA
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA, seguida da hibridização do DNA genômico a uma mistura de sondas específicas para cada uma de diversas regiões estudadas simultaneamente, com amplificação dos produtos de ligação pela técnica de reação em cadeia de polimerase, utilizando um par de primers universal. A visualização dessas amplificações pode ser feita por eletroforese capilar e a análise por programas específicos de genotipagem. A técnica permite detectar deleções e duplicações de genes.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.008-1 - Identificação de mutação/rearranjos por PCR, PCR sensível a metilação, qPCR e qPCR sensível à metilação
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA, seguida da amplificação da sequencia de DNA de interesse por primers específicos, através da ação da enzima DNA polimerase, com visualização em gel após eletroforese (PCR clássico), ou diretamente pela dinâmica da reação de PCR (qPCR), podendo ser antecedida por tratamentos prévios que permitam verificação do estado de metilação (PCR sensível a metilação e qPCR sensível a metilação).
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.009-0 FISH em metáfase ou núcleo interfásico, por doença
Origem	Novo
Descrição	Técnica usada para verificar a presença ou ausência, o número de cópias e a localização cromossômica de uma sequência de DNA específica tanto nos cromossomos em metáfase quanto nas células em interfase.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011- Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.010-3 - Identificação de Alteração Cromossômica Submicroscópica por Array-CGH
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA, seguida da hibridação genômica comparativa com milhares de sequências de DNA arranjadas em uma base (array) para detecção de variação no número de cópias de sequências de DNA (perdas ou ganhos de material cromossômico).
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.011-1 - Identificação de mutação por sequenciamento por amplicon até 500 pares de bases
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA seguido do sequenciamento bidirecional pelo método de Sanger de uma sequencia de até 500 pares de bases. O método é utilizado para identificação de mutações pontuais, deleções e duplicações de bases.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.012-0 - Identificação de glicosaminoglicanos urinários por cromatografia em camada delgada, eletroforese e dosagem quantitativa
Origem	Novo
Descrição	Consiste na detecção de glicosaminoglicanos na urina de pacientes suspeitos de mucopolissacaridoses, um erro inato do metabolismo, qualitativamente através de cromatografia de camada delgada, eletroforese ou quantitativamente, através de espectrofotometria.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.013-8 - Identificação de oligossacarídeos e sialossacarídeos por cromatografia (camada delgada)
Origem	Novo
Descrição	Consiste na separação de oligossacarídeos e sialossacarídeos em cromatografia de camada delgada, com identificação de suas bandas para diagnóstico de erros inatos do metabolismo que acumulam esses metabólitos.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.014-6- Dosagem quantitativa de carnitina, perfil de acilcarnitinas
Origem	Novo
Descrição	Consiste na identificação e quantificação, através da espectrometria de massa, de carnitina e acilcarnitinas em sangue para auxílio diagnóstico em acidemias orgânicas, defeitos de beta-oxidação de ácidos graxos e doenças do metabolismo energético em geral.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02. 10.015-4 - Dosagem quantitativa de aminoácidos
Descrição	Consiste na identificação e quantificação dos aminoácidos em sangue ou urina, através de cromatografia gasosa, cromatografia líquida de alta performance (HPLC) ou espectrometria de massa para diagnóstico de aminoácidopatias.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.016-2 - Dosagem quantitativa de ácidos orgânicos
Descrição	Consiste na identificação e quantificação de ácidos orgânicos, por cromatografia gasosa acoplada a espectrometria de massa para auxílio diagnóstico em acidemias orgânicas.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.017-0. - Ensaios enzimáticos no plasma e leucócitos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
Origem	Novo
Descrição	Consiste de análise bioquímica realizada em coleta em sangue total para medida da atividade enzimática em plasma, leucócitos ou tecido (fibroblasto, tecido hepático, medula óssea, etc.) A ser cultivado, em meios específicos para o seu crescimento. As técnicas utilizadas são geralmente bioquímicas, fluorimétricas, espectrofotométricas, colorimétricas e outras técnicas usualmente utilizadas em análises bioquímicas usuais.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima::	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.018-9 - Ensaios enzimáticos em eritrócitos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
Origem	Novo
Descrição	Consiste de análise bioquímica realizada em coleta em sangue total, separando-se os eritrócitos. A técnica utilizada é, geralmente, fluorimétrica, podendo ainda ser espectrofotométrica ou colorimétrica. Auxilia no diagnóstico de galactosemia, podendo-se dosar tanto a galactose-1-fosfato, quanto a galactose total, além de se fazer o ensaio bioquímico para análise da atividade enzimática da galactose-1-fosfato uridil transferase.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.019-7 - Ensaios enzimáticos em tecido cultivado para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
Origem	Novo
Descrição	Consiste de uma análise bioquímica realizada em tecido cultivado, preferencialmente fibroblasto, coletado através de uma biópsia de pele e cultivado em meios específicos para o seu crescimento. As técnicas utilizadas são geralmente fluorimétricas, espectrofotométricas ou outras técnicas usualmente utilizadas em análises bioquímicas usuais. É útil para o diagnóstico de doenças lisossômicas.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.05.007-6 - Identificação de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)
Descrição	Consiste na análise de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	02 - BPA (individualizado), 07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	MAC
Valor Ambulatorial SA:	R$ 3,70
Valor Ambulatorial Total:	R$ 3,70
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145 005 Exames de uroanálise (Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico) 145/011 - Exames de genética (Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico)
Regra Condicionada	008- Sem valor quando apresentado como APAC secundário tem valor zerado

Anexo 4 do Anexo XXXVIII

Compatibilidade dos Procedimentos Relativos à Assistência à Pessoa com Doença Rara no SUS (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 4)

COMPATIBILIDADE DOS PROCEDIMENTOS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA A PESSOA COM DOENÇA RARA NO SUS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓDIGO DOS PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS
03.0101.019-6	Avaliação para diagnóstico de doenças raras - Eixo I - anomalias congênitas o	02.02.10.005-7	Focalização isoelétrica da transferrina
		02.02.10.006-5	Análise de DNA pela técnica de Southern Blot
		02.02.10.007-3	Análise de DNA por MLPA
		02.02.10.008-1	Identificação de mutação ou rearranjos por PCR, PCR sensível a metilação, qPCR e qPCR sensível a metilação
		02.02.10.009-0	FISH em metáfase ou núcleo interfásico, por doença
		02.02.10.010-3	Identificação de Alteração Cromossômica Submicroscópica por Array-CGH
		02.02.10.011-1	Identificação de mutação por sequenciamento por amplicon até 500 pares de bases
03.01.01.020-0	Avaliação para diagnóstico de doenças raras - Eixo II - deficiência intelectual	02.02.10.012-0	Identificação de glicosaminoglicanos urinários por cromatografia em camada delgada, eletroforese e dosagem quantitativa
		02.02.10.013-8	Identificação de oligossacarídeos e sialossacarídeos por cromatografia (camada delgada)
		02.02.10.005-7	Focalização isoelétrica da transferrina
		02.02.10.014-6	Dosagem quantitativa de carnitinas, perfil de acilcarnitinas
		02.02.10.015-4	Dosagem quantitativa de aminoácidos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.016-2	Dosagem quantitativa de ácidos orgânicos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.006-3	Análise de DNA pela técnica de Southern Blot
		02.02.10.007-3	Análise de DNA por MLPA
		02.02.10.011-1	Identificação de mutação ou rearranjos por PCR, PCR sensível a metilação, qPCR e qPCR sensível a metilação
		02.02.10.009-0	FISH em metáfase ou núcleo interfásico, por doença
		02.02.10.010-3	Identificação de Alteração Cromossômica Submicroscópica por Array-CGH
		02.02.10.011-1	Identificação de mutação por sequenciamento por amplicon até 500 pares de bases
03.01.01.021-8	Avaliação para diagnóstico de doenças raras - Eixo III - erros inatos do metabolismo	02.02.05.007-6	Identificação de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)
		02.02.10.012-0	Identificação de glicosaminoglicanos urinários por cromatografia em camada delgada, eletroforese e dosagem quantitativa
		02.02.10.013-8	Identificação de oligossacarídeos e sialossacarídeos por cromatografia (camada delgada)
		02.02.10.005-7	Focalização isoelétrica da transferrina
		02.02.10.014-6	Dosagem quantitativa de carnitinas, perfil de acilcarnitinas
		02.02.10.015-4	Dosagem quantitativa de aminoácidos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.016-2	Dosagem quantitativa de ácidos orgânicos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.017-0	Ensaios enzimáticos no plasma, leucócitos e tecidos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.018-9	Ensaios enzimáticos em eritrócitos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.019-7	Ensaios enzimáticos em tecido cultivado para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.007-3	Análise de DNA por MLPA
		02.02.10.008-1	Identificação de mutação ou rearranjos por PCR, PCR sensível a metilação, qPCR e qPCR sensível a metilação
		02.02.10.010-3	Identificação de Alteração Cromossômica Submicroscópica por Array-CGH
		02.02.10.011-1	Identificação de mutação por sequenciamento por amplicon até 500 pares de bases

Anexo 5 do Anexo XXXVIII

Formulário de Vistoria do Gestor para Solicitar Habilitação de Serviços de Atenção Especializada e Serviços de Referência em Doenças Raras (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 5)

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR PARA SOLICITAR HABILITAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

E SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS (Redação dada pela Portaria nº 981/GM/MS, de 2014)

Nome da Unidade: _____

CNPJ: _____CNES_____

Endereço: _____

Município: _____UF:_____

CEP:_____ Telefones: ( ) _____

Fax: ( ) _____E-mail:_____

Diretor Técnico: _____

Telefones: ( )_____Fax: ( )_____

E-mail: _____

Gestor: _____Telefones: ( )_____

Fax: ( )_____ E-mail: _____

NORMAS ESPECÍFICAS PARA HABILITAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS

A) EXIGÊNCIAS GERAIS:

1. Parecer conclusivo do respectivo Gestor (Municipal e/ou Estadual) do SUS - manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento:

_____

2. Enviou a Resolução da Comissão Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, no caso do Distrito Federal, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde (CGSES/DF) contendo a relação dos estabelecimentos de saúde que realizarão a atenção especializada como Serviço de Atenção Especializada ou Serviço de Referência em Doenças Raras, no âmbito do SUS, conforme descrito nesta Portaria.

( ) Sim ( ) Não
Informar CIB Nº:_____ Data: _____de _____de_____.
3. Relatório de vistoria da VISA local com parecer conclusivo sobre a habilitação em pauta
( ) Sim ( ) Não
4. Enviou a atualização dos dados do SCNES:
( ) Sim ( ) Não
5. Enviou a cópia da publicação em diário oficial do extrato de contrato com o serviço de saúde, quando este não for da rede própria da respectiva secretaria de saúde.
( ) Sim ( ) Não
B) EXIGÊNCIAS ESPECÍFICAS:
1. TIPO DE SERVIÇO:
A. ( ) SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DOENÇAS RARAS
Eixo I - Doenças Raras de Origem genética:
( ) 1- Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia
Doença (s): _____
_____
_____
( ) 2 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Deficiência Intelectual
Doença (s): _____
_____
_____
( ) 3 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Erros Inatos do Metabolismo
Doença (s): _____
_____
_____
Eixo II - Doenças Raras de Origem não genética:
( ) 1 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Infecciosas
Doença (s): _____
_____
_____
( ) 2 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Inflamatórias
Doença (s): _____
_____
_____
( ) 3 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Autoimunes
Doença (s): _____
_____
_____
( ) 4 - Outras Doenças Raras de origem não Genética
Doença (s): _____
_____
_____
O Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras, acima assinalado, está indicado pelo Gestor local para realizar o Aconselhamento Genético e preenche todos os requisitos explícitos na Portaria GM nº 199/2014 ( ) Sim ( ) Não
B. ( ) SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS
I - Ofertar atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo dois (2) grupos do eixo de doenças raras de origem genética: 1- anomalias congênitas ou de manifestação tardia associado a doenças raras, 2-deficiência intelectual associada a doença rara, 3- erros inatos do metabolismo associado a doenças raras, ou;
Eixo I - Doenças Raras de Origem genética:
( ) 1- Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia
Doença (s): _____
_____
_____
( ) 2 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Deficiência Intelectual
Doença (s): _____
_____
_____
( ) 3 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Erros Inatos do Metabolismo
Doença (s): _____
_____
_____
II - Ofertar atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo dois (2) grupos do eixo de doenças raras de origem não genética: 1- Doenças Raras infecciosas, 2- Doenças Raras inflamatórias, 3- Doenças Raras autoimunes, 4 - Outras Doenças Raras de origem não Genética; ou ( ) 1 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Infecciosas
Doença (s): _____
_____
_____
( ) 2 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Inflamatórias
Doença (s): _____
_____
_____
( ) 3 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Autoimunes
Doença (s): _____
_____
_____
( ) 4 - Outras Doenças Raras de origem não Genética Doença (s): _____
_____
_____
III - Ofertar atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo um (1) grupo do eixo doenças raras de origem não genética e um (1) grupo do eixo de doenças raras de origem genética
Eixo I - Doenças Raras de Origem genética:
( ) 1- Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia
Doença (s): _____
_____
_____
( ) 2 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Deficiência Intelectual
Doença (s): _____
_____
_____
( ) 3 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Erros Inatos do Metabolismo
Doença (s): _____
_____
_____
Eixo II - Doenças Raras de Origem não genética:
( ) 1 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Infecciosas
Doença (s): _____
_____
_____
( ) 2 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Inflamatórias
Doença (s): _____
_____
_____
( ) 3 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Autoimunes
Doença (s): _____
_____
_____
( ) 4 - Outras Doenças Raras de origem não Genética
Doença (s): _____
_____
_____
O Serviço de Referência em Doenças Raras, acima assinalado, está indicado pelo Gestor local para realizar o Aconselhamento Genético e preenche todos os requisitos explícitos na Portaria nº 199/GM/MS, de 2014 ( ) Sim ( ) Não
2. INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS:
A. Dispõe de áreas físicas deverão possuir alvará de funcionamento e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:
1. Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; ( ) Sim ( ) Não
2. Resolução - RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002, que altera a Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; ( ) Sim ( ) Não
3. Resolução - RDC nº 306, de 06 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde; ( ) Sim ( ) Não
4. Resolução - ABNT NBR 9050 - Norma Brasileira de Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos - que estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando do projeto de construção, instalações e adaptações de edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos. ( ) Sim ( ) Não
B. Dispõe dos seguintes serviços de apoio diagnóstico:
A. Laboratório de patologia clínica, anatomia patológica e de exames genéticos, quando necessário ( ) Sim ( ) Não
( ) Próprio ( ) Terceirizado - nº do CNES: _____
B. Serviço de Imagem ( ) Sim ( ) Não
( ) Próprio ( ) Terceirizado - nº do CNES: _____
3. Garante, junto à Rede de Atenção à Saúde, as necessidades de internação (enfermaria e UTI) e cirurgia, que terão seus fluxos regulados conforme pactuações locais.
( ) Sim ( ) Não
4. Para se habilitar como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras, o estabelecimento de saúde deve cumprir os seguintes requisitos:
I. Possui equipe mínima assistencial composta por: ( ) Sim ( ) Não
A. Enfermeiro: Nome:_____
Nº do registro no Conselho:_____
B. Técnico de enfermagem ( ) Sim ( ) Não
Nome:_____
Nº do registro no Conselho:_____
C. Médico responsável pelo Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras com comprovada experiência na área ou especialidade. ( ) Sim ( ) Não
Nome:_____
Especialidade: _____
Nº do registro no Conselho:_____
Aconselhamento Genético (preencher somente se for realizar o aconselhamento genético) :
a. Possui em sua equipe multiprofissional, o profissional médico geneticista, para realização do Aconselhamento Genético ( ) Sim ( ) Não
Nome:_____
Especialidade: _____
Nº do registro no Conselho:_____
ou
b. Possui em sua equipe multiprofissional, um profissional com graduação na área da saúde e pósgraduação - mestrado ou doutorado acadêmico na área de Genética Humana ou Título de especialista em Biologia Molecular Humana ou Citogenética Humana, emitidos pela Sociedade Brasileira de Genética ou Titulo de Especialista em Genética, emitido pelo Conselho Federal de Biologia, e comprovação de no mínimo 800 horas de experiência profissional ou estágio supervisionado em Aconselhamento Genético, para realização do Aconselhamento Genético ( ) Sim ( ) Não
Nome:_____
Especialidade: _____
Nº do registro no Conselho:_____
Titulação: _____
II. Conta com um responsável técnico que deve ser médico, registrado no Conselho Regional de Medicina ( ) Sim ( ) Não
Nome:_____
Especialidade: _____
Nº do registro no Conselho:_____
III. Assume a responsabilidade técnica por uma única unidade habilitada pelo SUS
( ) Sim ( ) Não
IV. Reside no mesmo Município no qual se encontra o Serviço de Atenção Especializada em Doença Rara pelo qual é responsável ou em cidades circunvizinhas.
( ) Sim ( ) Não
A. No caso em que atender mais de uma doença, informar a especialidade do médico com comprovada experiência na área ou especialidade. ( ) Sim ( ) Não
1. Nome:_____
Especialidade: _____
Nº do registro no Conselho:_____
2. Nome:_____
Especialidade: _____
Nº do registro no Conselho:_____
3. Nome:_____
Especialidade: _____
Nº do registro no Conselho:_____
5. Para se habilitar como Serviço de Referência em Doenças Raras, o estabelecimento de saúde deve cumprir os seguintes requisitos:
I. Possui equipe mínima assistencial cada grupo do Eixo I ou do Eixo II atendido pelo Serviço de Referência em Doenças Rara composta por: ( ) Sim ( ) Não
A. Enfermeiro: ( ) Sim ( ) Não
Nome:_____
Nº do registro no Conselho:_____
B. Técnico de enfermagem ( ) Sim ( ) Não
Nome:_____
Nº do registro no Conselho:_____
C. Médico com título de especialista na área da especialidade que acompanha, registrado no Conselho Regional de Medicina e/ou comprovação de atuação na doença rara específica por pelo menos 5 (cinco) anos. ( ) Sim ( ) Não
Nome:_____
Especialidade: _____
Nº do registro no Conselho:_____
D. Médico geneticista
Nome:_____
Nº do registro no Conselho:_____
E. Neurologista;
Nome:_____
Nº do registro no Conselho:_____
F. Pediatra (quando atender criança);
Nome:_____
Nº do registro no Conselho:_____
G. Clínico Geral (quando atender adulto);
Nome:_____
Nº do registro no Conselho:_____
H. Psicólogo;
Nome:_____
Nº do registro no Conselho:_____
I. Nutricionista (quando atender Erros Inatos do Metabolismo);
Nome:_____
Nº do registro no Conselho:_____
J. Assistente Social.
Nome:_____
Nº do registro no Conselho:_____
II. Conta com um responsável técnico que deve ser médico,
Medicina ( ) Sim ( ) Não
Nome:_____
Especialidade: _____
Nº do registro no Conselho:_____
III. Assume a responsabilidade técnica por uma única unidade habilitada pelo SUS
( ) Sim ( ) Não
IV Reside no mesmo Município no qual se encontra o Serviço de Atenção Especializada em Doença Rara pelo qual é responsável ou em cidades circunvizinhas.
( ) Sim ( ) Não

V. O responsável técnico possui título de especialista na área da especialidade que acompanha e/ou comprovação de atuação na área por pelo menos cinco anos para uma das doenças raras acompanhadas pelo Serviço de Referência. ( ) Sim ( ) Não

Anexo 6 do Anexo XXXVIII

ALTERAÇÕES DA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SUS (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 6)

Alterações da Tabela de Procedimentos do SUS

Código:	Alterar Nome
02.02.05.007-6	Identificação de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)
Incluir:Descrição	Consiste na análise de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)
Incluir: Serviço/Classificação	145/011 - Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)
Excluir: Instrumento de Registro	01-BPA (Consolidado)
Incluir: Instrumento de Registro	06-APAC (Proc.Secundário)
Incluir: Regra Condicionada	006- Sem valor quando apresentado como APAC secundário tem valor zerado

Anexo XXXIX

Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) (Origem: PRT MS/GM 3027/2007)

Art. 1º Fica aprovada a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), na forma do Anexo 1 do Anexo XXXIX . (Origem: PRT MS/GM 3027/2007, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de que trata o art. 1º estará disponível no endereço eletrônico do Ministério da Saúde www.saude.gov.br, mais especificamente na área da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. (Origem: PRT MS/GM 3027/2007, Art. 2º)

Art. 3º Os processos administrativos relativos à gestão do SUS serão definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 1º)

§ 1º Os processos pactuados no âmbito de cada CIB deverão respeitar as diretrizes aprovadas na CIT e os critérios técnicos das portarias específicas do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A CIB terá o prazo de 30 dias para se posicionar. (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 1º, § 2º)

Art. 4º Para a garantia da permanente qualificação do processo de descentralização, será efetuado o desenvolvimento de ações como: (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 3º)

I - oferta de capacitação das equipes técnicas de estados e de municípios para adequada realização das ações descentralizadas; (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 3º, I)

II - apoio técnico às CIBs, por parte da CIT e do Ministério da Saúde (MS), como forma de estabelecer um processo permanente de qualificação das pactuações em curso; e (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 3º, II)

III - definição das informações estratégicas que devem ser enviadas ao Ministério da Saúde para subsidiar o processo de homologação, monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 3º, III)

Anexo 1 do Anexo XXXIX

Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) (Origem: PRT MS/GM 3027/2007, Anexo 1)

Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS)

Apresentação

O presente documento, elaborado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), objetiva apresentar a referida política, que orienta as ações de governo na promoção, na qualificação e no aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas respectivas esferas de gestão.

A proposta está fundamentada no programa de governo, na proposta da equipe de transição, nas deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, no Plano Nacional de Saúde (PNS) e nas deliberações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como nos dispositivos constitucionais e legais que regulamentam o SUS.

O governo federal tem o compromisso de consolidar a Reforma Sanitária brasileira, ancorada no conceito ampliado de saúde, concebido como qualidade de vida e decorrente da implementação de políticas econômicas e sociais direcionadas ao bem-estar da população, reafirmando as responsabilidades do Estado em relação à proteção social, conforme preceitua o artigo 3º da Lei nº 8.080, de 1990.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 conceitua a seguridade social como um valor social, configurada como um sistema que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (artigo 194). Nesse contexto, o SUS surge como estratégia descentralizada para a atenção e o cuidado à saúde, tendo por base os princípios e as diretrizes de universalidade, eqüidade, integralidade e participação da comunidade, indicando que esta deve atuar na formulação e no controle das políticas públicas de saúde.

Entretanto, para que ocorra a efetiva participação social na gestão da saúde, é fundamental que se implementem mecanismos de mobilização dos diferentes sujeitos relacionados ao SUS, fortalecendo a cidadania plena. Formalmente, todos os estados e municípios têm conselhos de saúde; porém, em muitos casos, são frágeis na efetividade e na eficácia de suas atuações, requerendo iniciativas concretas das três esferas de gestão do SUS e da sociedade civil.

A administração federal tem buscado, entre suas prioridades, alcançar maior eficiência, eficácia e efetividade na gestão do Estado. Todavia, o crescente grau de complexidade da institucionalização do SUS, concomitantemente à progressiva descentralização das responsabilidades pela execução das ações de saúde e pelo uso dos recursos financeiros, exige o alcance de maior competência na execução dos processos de gestão estratégica e participativa do sistema.

Com o objetivo de reunir diversas estruturas responsáveis pelas funções de apoio à gestão estratégica e participativa no SUS, a Secretaria de Gestão Participativa, criada em 2003, foi reestruturada pelo Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006, quando passou a ser denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Naquela oportunidade, incorporou-se à SGEP o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS), foi instituído o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, transformou-se o Departamento de Acompanhamento da Reforma Sanitária em Departamento de Apoio à Gestão Participativa e, por fim, ampliou-se o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS.

Por oportuno, destaco que tal processo vem contribuindo para a qualificação da administração pública, ampliando-se seu comprometimento com a gestão participativa.

Assim, em continuidade a esse movimento, apresento a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), debatida e aprovada no colegiado do Ministério da Saúde, no Conselho Nacional de Saúde, e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Ministro de Estado da Saúde

1 Introdução

O Estado brasileiro vem enfrentando, energicamente, a lógica da oferta de serviços fragmentados, que advém da visão compartimentada das necessidades sociais, dificultando a apreensão integral das complexas dimensões que compõem o cotidiano dos indivíduos e das coletividades. Tal modalidade de oferta atendia aos interesses corporativistas e produtivistas das "múltiplas prestações de serviços", resultando na criação e manutenção do caos na demanda. Configurava, desta forma, um desvio do objeto da gestão pública, constituindo-se em estratégia disfarçada de privatização do Estado, por meio do esvaziamento do compromisso com a construção da eqüidade na oferta e utilização dos serviços públicos.

A eqüidade a ser construída pelas políticas públicas deve viabilizar a extensão de cobertura de serviços com qualidade em nome da universalidade, que não deve ser confundida com iniciativas que oferecem serviços de baixo custo, precários e de caráter compensatório e focalizante.

A emergência dos movimentos sociais nos anos 70 e 80, associada à mobilização nas universidades e nas organizações de usuários, gestores e trabalhadores da saúde, gerou, de modo pluralista e suprapartidário, as condições sociais e políticas de onde emerge, em meio à luta social, a noção da saúde como direito, assim como os princípios que viriam a servir de base para a criação do SUS.

Neste novo contexto histórico, realizou-se, em 1986, a 8a Conferência Nacional de Saúde, com a participação de mais de cinco mil delegados, que aprovaram as bases do que viria a se constituir numa das principais conquistas sociais do período, o Sistema Único de Saúde, marco da construção democrática e participativa das políticas públicas, principal reforma popular e democrática em curso no Estado brasileiro. Esse amplo processo social gerou um fato inédito e singular: a apresentação de texto para a Assembléia Nacional Constituinte, que consagrava a saúde como direito de todos e dever do Estado, por meio de uma emenda popular com mais de cem mil assinaturas. Assim, a participação da sociedade revela-se componente essencial, inerente ao processo da Reforma Sanitária Brasileira e sua marca emblemática.

Como conseqüência deste intenso processo, a Constituição Federal de 1988 incluiu a Saúde no Capítulo da Seguridade Social. Os artigos 196 a 200 introduzem grandes inovações, como a universalidade do acesso, a integralidade e a eqüidade da atenção, a descentralização na gestão e na execução das ações de saúde, bem como a ampliação decisiva da participação da sociedade na discussão, na formulação e no controle da política pública de saúde. Com isto, ficam estabelecidos mecanismos de controle social, pautados pela co-responsabilização do governo e da sociedade sobre os rumos do SUS. Outro ponto que merece destaque é que as ações e os serviços de saúde são definidos como de relevância pública.

Em continuidade ao processo de construção do SUS, o texto constitucional foi detalhado nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), composta pelas Leis no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Entre tantos pontos importantes, esta legislação definiu os mecanismos de participação popular/controle social e as competências das três esferas de governo.

As especificidades da área da saúde no Brasil fazem com que o debate acerca da função, do vínculo, dos resultados e das finalidades da implantação de toda e qualquer ação seja efetivada com base nos princípios e diretrizes do SUS, com ênfase na universalidade, eqüidade, integralidade, descentralização, hierarquização, regionalização e participação popular. Tais princípios e diretrizes devem ser discutidos e incorporados na formulação de políticas dessa natureza.

Nesse contexto, o município deve ser valorizado como lócus de possibilidade da construção do modelo de atenção proposto para o SUS, configurando-se como espaço potencializador de redes de participação social de alta capilaridade. A articulação cooperativa e solidária entre as gestões municipais e a gestão estadual, conformando um modelo regionalizado, representa a possibilidade concreta de construção da atenção integral à saúde.

As bases do movimento da Reforma Sanitária, efetivadas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, apontaram o rumo da construção do modelo de atenção à saúde fundamentado nas necessidades e demandas da população por ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Como a realidade das regiões do país é bastante diversificada, em função da dinâmica sociopolítica e cultural e da amplitude geográfica, as demandas, necessidades e potencialidades podem variar, tornando fundamental a estratégia da descentralização. A regionalização cooperativa, contida no Pacto pela Saúde, firmado pelas três esferas do SUS, visa garantir o enfrentamento das iniqüidades com integralidade e racionalidade.

Esta tarefa exige o esforço de desencadear ações de educação em saúde que operem no sentido de ampliar a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos. Ao mesmo tempo, implica tornar visíveis as mudanças que vêm ocorrendo no SUS, a partir da concepção das equipes multiprofissionais de saúde, da intersetorialidade, da integralidade e do acolhimento.

A integralidade do cuidado à saúde e a humanização no SUS representam campos nos quais é possível a construção da autonomia das pessoas como cidadãos, como usuários do sistema de saúde e como centro de todo o processo de organização das práticas, pois possibilitam o encontro entre a necessidade e o desejo da população, com a lógica que orienta e preside as respostas institucionais. Por tudo isso, são consideradas políticas estruturantes para a gestão do SUS. Além disso, o atual governo acolheu as demandas oriundas de diferentes grupos relacionados com ações intersetoriais de inclusão social (populações negra e quilombolas, populações do campo e da floresta, população de gays, lésbicas, bissexuais, transgêneros e travestis - GLBTT, ciganos, população em situação de rua e outros), gerando comitês técnicos que articulam governo e sociedade civil, mas que ainda não contavam com uma adequada estruturação.

Para a consolidação do SUS, a formulação da política de saúde deve emergir dos espaços onde acontece a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo.

Formular e deliberar juntos significa um avanço para o controle social - e este é o efetivo desafio apresentado à gestão participativa, que requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores que efetivem a participação popular. Pressupõe, portanto, a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças.

Igualmente, é de fundamental importância a criação de alternativas eficientes de informação e de escuta do cidadão usuário e da população em geral, reformulando o conceito e a dinâmica das ouvidorias, transformando-as em fontes de informações privilegiadas para fomentar a gestão do SUS nas três esferas de governo. Torna-se necessário, também, aumentar a divulgação das prestações de contas e dos relatórios de gestão, favorecendo o acesso e a transparência no SUS.

A auditoria no âmbito do SUS, nesse novo contexto, vem passando por um processo de mudança de conceitos, normas e procedimentos, substituindo antigas práticas voltadas para a assistência individual e focadas no erro, reforçando a preocupação com o acompanhamento dos serviços de saúde, das ações preventivas, da qualidade de assistência e da gestão de análise dos resultados, contribuindo para a garantia do acesso e da atenção aos usuários cidadãos e em defesa da vida, pautada na visão do coletivo.

O "Monitoramento, Avaliação e Controle da Gestão do SUS", uma das Metas Presidenciais sob responsabilidade do Ministério da Saúde, dá concretude a uma lacuna referente à qualificação da gestão do Sistema, além de ser um exemplo importante da necessidade de integração entre as áreas da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP, pois mantém estreita relação com os demais departamentos citados.

Assim, a gestão estratégica e participativa encontra-se presente nos processos cotidianos do SUS, sendo transversal ao conjunto de seus princípios e diretrizes. A criação da SGEP, com seus quatro departamentos: Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS e Departamento Nacional de Auditoria do SUS resulta desse movimento. Estas estruturas representam áreas de atuação complementar, devendo atuar de forma integrada, com maior racionalidade e ganho de eficácia, evitando duplicidade de ações ou conflito de competências.

A criação da SGEP representa ousada inovação no desenvolvimento dos processos participativos e aperfeiçoamento da democracia do Estado. A SGEP tem a responsabilidade de acelerar e aperfeiçoar a implementação das práticas de gestão estratégica e participativa nas três esferas de gestão do SUS.

2 Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS

Além do estabelecido pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS tem por base os seguintes princípios e diretrizes:

Reafirmação dos pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito universal à saúde de responsabilidade do Estado, como universalidade, eqüidade, integralidade e participação social.

Valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os conselhos e as conferências de saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular.

Promoção da inclusão social de populações específicas, visando à eqüidade no exercício do direito à saúde.

Afirmação do protagonismo da população na luta por saúde a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes.

Integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social, entendidos como medidas para o aprimoramento da gestão do SUS nas três esferas de governo.

Ampliação dos espaços de ausculta da sociedade em relação ao SUS, articulando-os com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas de saúde.

Articulação com as demais áreas do Ministério da Saúde na implantação de mecanismos de avaliação continuada da eficácia e efetividade da gestão do SUS.

Articulação das ações referentes à gestão estratégica e participativa desenvolvidas pelo Ministério da Saúde com os diversos setores, governamentais e não-governamentais, relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde.

Fortalecimento das formas coletivas de participação e solução de demandas.

3 Componentes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS

Gestão participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade.

A gestão estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida.

Esta prática amplia a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos.

As práticas participativas implicam, sempre, na construção de consensos, a partir da identificação e do reconhecimento dos dissensos, indicando alternativas a partir de diferentes opiniões, ensejando resultados mais expressivos e duradouros.

Assim, a gestão estratégica e participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da eqüidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS compreende os componentes a seguir discriminados.

3.1 A Gestão Participativa e o Controle Social no SUS

As conquistas populares no Brasil têm apresentado trajetória emblemática para a mobilização social em defesa do direito à saúde. A década de 80 representou o momento de institucionalização das práticas inovadoras para o setor, fundamentadas na concepção da saúde como produção social e direito, que foram consolidadas na década de 90, nas conferências e nos conselhos de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, tornou-se um marco por ter discutido o aprofundamento dos grandes temas que subsidiaram a Assembléia Nacional Constituinte. As últimas Conferências Nacionais de Saúde, da 9ª à 12ª, reafirmam como indispensáveis a implementação e o fortalecimento dos mecanismos de controle social existentes.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde afirma a necessidade de "Estimular e fortalecer a mobilização social e a participação cidadã nos diversos setores organizados da sociedade, com a aplicação dos meios legais disponíveis, visando efetivar e fortalecer o Controle Social na formulação, regulação e execução das políticas públicas, de acordo com as mudanças desejadas para a construção do SUS que queremos".

Nesse processo, algumas propostas emanadas das conferências devem ser destacadas e valorizadas como desafios à consolidação e ao fortalecimento do controle social no SUS:

Garantia de efetiva implantação dos conselhos de saúde estaduais e municipais - assegurando aos mesmos dotação orçamentária própria.

Consolidação do caráter deliberativo, fiscalizador e de gestão colegiada dos conselhos, com composição paritária entre usuários e demais segmentos, devendo o presidente ser eleito entre seus membros.

Reafirmação da participação popular e do controle social na construção de um novo modelo de atenção à saúde, requerendo o envolvimento dos movimentos sociais, considerados atores estratégicos para a gestão participativa.

Aperfeiçoamento dos atuais canais de participação social, criação e ampliação de novos canais de interlocução entre usuários e sistema de saúde, e de mecanismos de escuta do cidadão.

Uma estratégia em desenvolvimento pela Secretaria está permitindo a construção do ParticipanetSUS, um sistema composto pelo cadastro, perfil e indicadores de avaliação dos conselhos de saúde, que visa identificar as principais questões relacionadas ao funcionamento dos conselhos de saúde em todos os municípios brasileiros. O diagnóstico construído evidencia que, apesar dos significativos avanços em sua ação, quanto ao processo de formulação e controle da política pública de saúde, os conselhos ainda enfrentam obstáculos importantes, como o não-exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; precárias condições operacionais e de infraestrutura; falta de regularidade de funcionamento; ausência de outras formas de participação; falta de transparência nas informações da gestão pública; dificuldade e desmobilização para a formulação de estratégias e políticas para a construção do novo modelo de atenção à saúde; e baixa representatividade e legitimidade de conselheiros nas relações com seus representados.

Para fins de delineamento do campo de conceituação da gestão participativa, suas práticas e mecanismos podem ser agrupados de acordo com as instituições, atores e segmentos sociais envolvidos, nos seguintes tipos:

Mecanismos institucionalizados de controle social, representados pelos conselhos de saúde e pelas conferências de saúde, envolvendo o governo, os trabalhadores da saúde e a sociedade civil organizada, nas três esferas de governo. Recentemente, vêm sendo propostos conselhos regionais, bem como conferências e plenárias regionais.

Processos participativos de gestão, integrando a dinâmica de diferentes instituições e órgãos do SUS, nas três esferas de governo, tais como conselhos gestores/conselhos de gestão participativa, direção colegiada, câmaras setoriais, comitês técnicos, grupos de trabalho, pólos de educação permanente em saúde e setoriais de saúde dos movimentos sociais, entre outros. A estruturação das mesas de negociação como ferramenta para a gestão do trabalho vem-se consolidando como inovadora prática de gestão participativa das relações de trabalho, nas três esferas de governo.

Instâncias de pactuação entre gestores, como as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), envolvendo representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que conta com representantes do Ministério da Saúde, além dos representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, constituindo espaços de ações compartilhadas, estratégicas e operacionais da gestão do SUS.

Mecanismos de mobilização social que representam dispositivos para a articulação de movimentos populares na luta pelo SUS e o direito à saúde, ampliando espaços públicos (coletivos) de participação e interlocução entre trabalhadores de saúde, gestores e movimentos populares.

Processos de educação popular em saúde desenvolvidos no diálogo permanente com movimentos populares, entidades formadoras e grupos sociais no sentido de fortalecer e ampliar a participação social no SUS.

Reconstrução do significado da educação em saúde que se desenvolve nas escolas, nas universidades e nos serviços de saúde, fortalecendo o protagonismo na produção de saúde e na formação de cidadãos em defesa do SUS.

Ações articuladas entre diferentes setores de governo e a sociedade civil (intersetorialidade) caracterizando o compartilhamento de decisões entre instituições governamentais e da sociedade civil, que atuam na produção social da saúde.

Este conceito ampliado de gestão participativa está estreitamente relacionado com as demais áreas da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa: os mecanismos de escuta permanente das opiniões e manifestações da população, valorizadas nas decisões e encaminhamentos da gestão cotidiana dos serviços e do sistema, representados pelas ouvidorias do SUS; os mecanismos participativos de monitoramento e avaliação da gestão, das ações e dos serviços de saúde; e as ações de auditoria que desencadeiam medidas para o aprimoramento da gestão do SUS, de forma eficaz e efetiva, nas três esferas de governo.

Assim, o fortalecimento da mobilização e do controle social pode ser efetivado mediante a criação de outros canais de comunicação entre o cidadão e o governo, por meio da promoção da educação popular, da capacitação de lideranças, conselheiros, entidades de classe e movimentos populares articulados, pautando-se sempre no princípio da eqüidade em saúde e garantindo a atenção às especificidades de cada cidadão. Deve-se, assim, estimular e fomentar a organização da sociedade para o exercício do efetivo controle social na Saúde.

Todas essas formas que promovem a participação social e caracterizam a gestão participativa do SUS têm pela frente a tarefa de se apropriar da construção de novos modelos de atenção e gestão da saúde, regido sob a lógica das necessidades, demandas e direitos de toda a população.

O Pacto pela Saúde é a reafirmação da importância da participação e do controle social nos processos de negociação e pactuação. Além de analisar e aprovar o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), correspondente a sua esfera, os conselhos de saúde têm um papel relevante na aprovação ou revisão do respectivo plano de saúde, que deve ter coerência com o TCG. Anualmente, os conselhos de saúde farão, juntamente com os gestores, uma avaliação da execução dos planos de saúde, a partir do que foi acordado no Termo de Compromisso.

3.2 Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

Diante da complexidade do processo de construção de um modelo de atenção à saúde voltado à qualidade de vida, modelo reiteradamente reforçado pelas Conferências Nacionais de Saúde (especialmente 10a, 11a e 12a), as dimensões de monitoramento e avaliação devem, necessariamente, buscar articular, além dos indicadores tradicionais das ações e dos serviços de saúde, individuais e coletivos, também os indicadores da desigualdade e iniqüidade, de determinantes da saúde, de ações intersetoriais, culturais, ambientais e de participação social, entre outros, quantitativos e qualitativos, abertos às dimensões da ética, do conflito, da subjetividade e da micropolítica, que sirvam ao trabalho local e à aferição e mudança permanente das práticas.

A preocupação com as ações de monitoramento e avaliação é crescente desde a criação do Sistema Único de Saúde, com diversos movimentos visando ao estabelecimento de conceitos, metodologias e práticas. Em 2000, em meio às reformas neoliberais em curso, o tema foi objeto de uma publicação polêmica da Organização Mundial da Saúde (OMS), que teve o mérito de gerar um intenso debate que realçou outros processos em desenvolvimento na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), uma das unidades regionais da própria OMS, e em países como Reino Unido, Canadá e Austrália, atentos a questões como as da eqüidade, as dimensões sociais do processo saúde-doença e a reorganização dos serviços e ao direito à saúde.

No Brasil, merece destaque o projeto PRO-ADESS (maiores informações poderão ser obtidas em www.proadess.cict.fiocruz.br) que reuniu pesquisadores de diversas instituições ligadas à Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), produzindo importantes contribuições metodológicas e conceituais, no sentido de:

a) compreender, monitorar e avaliar as inter-relações e os fatores que influenciam a eficiência, a efetividade e a eqüidade no desempenho do SUS;

b) melhorar a formulação das políticas;

c) monitorar as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços recebidos pelos diferentes grupos sociais no Brasil; e

d) criar instrumentos e processos participativos de monitoramento e avaliação destinados aos municípios, aos estados e à esfera federal, bem como mecanismos de acesso e difusão da informação e de formação permanente, voltados aos gestores, trabalhadores e usuários, em especial aos membros dos conselhos de saúde.

Para o monitoramento e avaliação de processos e resultados, são fundamentais os indicadores de estrutura, em especial no que se refere a recursos alocados, condução financeira e seu impacto nas metas e indicadores de saúde. O crescente desenvolvimento de ações de cooperação técnica e financeira entre União, estados e municípios vem evidenciando a necessidade de novos mecanismos de controle, interno e externo, que ampliem o papel exercido pelos mecanismos de controle social. Sendo assim, o problema da prestação de contas insere-se numa questão maior, envolvendo outros órgãos como a Secretaria Federal de Controle, da Controladoria-Geral da União (SFC/CGU), demonstrando a necessidade e a importância desse componente nas atividades de monitoramento e avaliação.

Monitoramento pode ser entendido como um sistema que permite observação, medição e avaliação contínua de um processo ou fenômeno. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços nesta área visando à obtenção de informações em tempo oportuno para subsidiar a tomada de decisão, bem como a identificação, solução e redução de problemas e a correção de rumos.

Fruto de um intenso debate promovido pelo Ministério da Saúde, entre 2003 e 2005, envolvendo diversos órgãos, evidenciou-se a necessidade de uma estrutura que assumisse as tarefas de articulação, apoio e difusão das ações de monitoramento e avaliação que se encontram em curso nas diversas secretarias do Ministério da Saúde e demais unidades, bem como nas outras esferas do SUS, motivando a criação do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, integrando a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Uma das primeiras tarefas do novo departamento está sendo a preparação da publicação Painel de Indicadores do SUS, editada pela SGEP/MS em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que tem como objetivo estimular a participação social e apoiar a formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas de saúde, rumo à consolidação do SUS.

O acesso aos resultados do processo de monitoramento e avaliação constitui-se em poderoso instrumento de democratização da informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelos órgãos de saúde, ao tornar públicas e transparentes as avaliações realizadas, favorecendo o empoderamento e a mobilização social, que se refletem em fomento da participação e do controle de ações e serviços prestados pelo SUS, na busca da eqüidade e da qualidade em saúde.

Outra ação em desenvolvimento, em articulação com as diferentes áreas do MS, é a regulamentação do monitoramento do Pacto pela Saúde. Este deve ser um processo permanente, orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem os Termos de Compromisso de Gestão e os cronogramas pactuados, tendo como objetivo o desenvolvimento de ações de apoio para a qualificação do processo de gestão. Além disso, o Pacto pela Saúde estabelece diversas atribuições e responsabilidades das três esferas de gestão, em relação a monitoramento e avaliação, indicando a necessidade de articulação entre elas.

Nesse sentido, mecanismos pactuados de monitoramento e avaliação devem ser implantados em todas as unidades federadas, estabelecendo-se a responsabilização dos estados e municípios, no âmbito do SUS, com vistas ao fortalecimento da capacidade de gestão pública da saúde.

3.3 A Ouvidoria do SUS

A Ouvidoria-Geral do SUS foi criada em 2003, tendo como objetivo propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS, buscando integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde. Atualmente, as Ouvidorias do SUS surgem como um canal direto de comunicação dos usuários do sistema e da comunidade, para subsidiar a política de saúde do país, contribuindo com o controle social.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003, apresentou, entre suas contribuições para a construção da Política Nacional de Ouvidorias do SUS, as seguintes propostas:

Criar e implementar, nas três esferas de governo, um processo de escuta contínua e interlocução entre usuários do SUS, por intermédio de serviços telefônicos gratuitos.

Desenvolver ampla pesquisa para avaliar a satisfação dos usuários e profissionais do SUS, quanto aos serviços e atendimento no âmbito do SUS.

Utilizar o instrumento de ouvidoria para fortalecer o controle social e a gestão participativa.

As ouvidorias são canais democráticos de comunicação, destinados a receber manifestações dos cidadãos, incluindo reclamações, denúncias, sugestões, elogios e solicitação de informações. Por meio

da mediação e da busca de equilíbrio entre os entes envolvidos (cidadão, órgãos e serviços do SUS), é papel da Ouvidoria efetuar o encaminhamento, a orientação, o acompanhamento da demanda e o retorno ao usuário, com o objetivo de propiciar uma resolução adequada aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. As ouvidorias fortalecem o SUS e a defesa do direito à saúde da população por meio do incentivo à participação popular e da inclusão do cidadão no controle social. As ouvidorias são ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em saúde e produção de informações que subsidiam as tomadas de decisão.

O processo de avaliação tem caráter permanente e funciona a partir da perspectiva do usuário do SUS, contribuindo efetivamente para o aperfeiçoamento gradual e constante dos serviços públicos de saúde. As experiências de ouvidorias do SUS implantadas na União, estados e municípios contribui para a construção do Sistema Nacional de Ouvidorias, com vistas à descentralização do serviço e à identificação das reais necessidades da população. É imprescindível o compromisso dos gestores na tarefa de promover e estruturar canais abertos e acessíveis de comunicação com a população.

A implementação de uma ouvidoria bem estruturada e articulada com as três esferas de governo em conjunto com a comunidade, que insere o usuário no processo da administração das ações e serviços de saúde oferecidos pelo Estado, contribuirá para o apontamento e a identificação da necessidade de ajustes, criação e/ou extinção de mecanismos de gestão, programas, serviços e gerência das estruturas componentes do SUS. Portanto, a partir do momento em que esse usuário se manifesta, no exercício de sua cidadania, torna-se necessário criar meios acessíveis de interação entre os gestores e a população.

Em 2005, foi dado um passo importante no sentido da construção da Política Nacional de Ouvidorias do SUS, com a definição de suas diretrizes, de forma pactuada e com ampla participação.

A proposição de um Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS, estruturado no interior da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, deve atuar de forma auxiliar e complementar, considerando as estruturas já institucionalizadas, tais como os conselhos de saúde, as comissões intergestores, as corregedorias e o Sistema Nacional de Auditoria.

É importante registrar que o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (Doges) incorporou e vem estruturando os serviços "Disque Saúde" do Ministério da Saúde (Central de Atendimento Telefônico de Discagem Direta Gratuita/DDG), atualmente unificados no 0800-61-1997, com o intuito de facilitar o acesso e para melhor atender ao cidadão-usuário. Além disso, o Doges desenvolve parcerias com outros órgãos do Ministério da Saúde, como o Instituto Nacional do Câncer (Inca) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), além de outras estruturas da esfera federal, como a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

Além desse atendimento, a Ouvidoria conta com uma área técnica especializada que realiza o trabalho de captação, acompanhamento e encaminhamento das demandas e informações provenientes dos serviços 0800; das correspondências espontâneas enviadas pelo cidadão-usuário à Presidência da República, ao Gabinete do Ministro e ao próprio Doges; de correspondências eletrônicas (Portal da Saúde/MS); do atendimento pessoal e das pesquisas de satisfação do usuário do SUS. Todas essas alternativas de atendimento viabilizam um canal permanentemente aberto entre o cidadão e o Ministério da Saúde.

O Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS vem propiciando espaços de discussão para a construção, de forma pactuada, das diretrizes para a Política Nacional de Ouvidoria do SUS, por intermédio da promoção de convênios com vários estados e municípios, bem como investindo na organização de mecanismos de integração das ouvidorias, incluindo o esboço legal de um sistema nacional de ouvidoria e do desenvolvimento de uma ferramenta informatizada - o Ouvidor-SUS - destinada a ampliar e otimizar o atendimento das demandas provenientes da população, trabalhando dessa forma, a perspectiva de descentralização.

A sociedade brasileira passou a adotar, principalmente na busca por seus direitos em saúde, uma atitude nitidamente mais crítica e consciente, portanto a Ouvidoria-Geral do SUS é um instrumento da democracia participativa que trabalha na perspectiva de contribuir ativamente para ampliar a participação dos cidadãos, de forma a fortalecer as estratégias da gestão participativa, ampliando o processo do controle social, valorizando as opiniões geradas pelos usuários do SUS.

3.4 A Auditoria do SUS

A auditoria é um instrumento de gestão para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos.

Conceitualmente, a auditoria é o conjunto de técnicas que visa avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal.

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), órgão central do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), tem-se caracterizado como um órgão relevante de controle interno no âmbito do SUS, a partir de mudanças conceituais, normativas e operacionais, em consonância com seus princípios e diretrizes, alterando a lógica da produção/ faturamento para a lógica da atenção aos usuários cidadãos e em defesa da vida, incorporando a preocupação com o acompanhamento das ações e análise dos resultados.

A nova concepção de saúde, pautada em princípios inerentes ao campo dos direitos humanos e sociais, exige dos técnicos e gestores da área, mudanças no sentido de apropriar novos conhecimentos, aprimorar e desenvolver novas técnicas, definindo padrões na forma de pensar e fazer auditoria.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), em seu art. 16, inciso XIX, atribui à direção nacional do SUS competência para estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo o território nacional, em cooperação técnica com os estados, municípios e o Distrito Federal.

A Lei nº 8.689/1993, que instituiu o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), define, no art. 6º, como competência precípua do SNA, a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS. Destaca que a concretização do SNA deverá se dar de forma descentralizada por meio dos órgãos estaduais, municipais e da representação do Ministério da Saúde em cada estado da Federação, expressando assim a sua dimensão técnica e política.

O SNA, além de exercer as atividades de controle das ações e serviços de saúde, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento, deve proceder à avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade, bem como realizar auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial, como estabelece o Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995.

Ao receber a demanda e/ou após avaliar a necessidade de realizar a ação, é gerada uma tarefa no Sistema de Auditoria (Sisaud), norteando a atividade a ser desencadeada. Após esse procedimento, programa-se a ação, define-se o período de execução e designa-se a equipe responsável, cabendo a esta a emissão do correspondente relatório, que será o produto da análise e do cruzamento de dados gerados pelos diversos sistemas de informações do MS e de outras fontes e da verificação in loco da realidade concreta.

Cabe ao Denasus, além da realização de auditorias, o fortalecimento dos componentes estaduais e municipais do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS, visando unificar os processos e práticas de trabalho para os três entes federativos, bem como contribuir para o aperfeiçoamento organizacional, normativo e de recursos humanos dos órgãos que compõem o SNA. Isto ocorre por meio de mecanismos que busquem maior interação e troca de informações entre seus componentes, possibilitando um diagnóstico mais preciso das necessidades de desenvolvimento e ações de capacitação de recursos humanos para a assunção das responsabilidades em cada nível de gestão.

Finalmente, o SNA deve atuar orientado, também, pelos resultados do monitoramento implementado pelas áreas finalísticas; pelos indicadores de avaliação; pelos pontos relevantes e fatores de riscos evidenciados por auditorias anteriores; pelas demandas originadas dos conselhos de saúde, movimentos sociais, do cidadão, de outros órgãos de controle e pelas prioridades governamentais, retroalimentando a gestão do SUS.

Assim, as ações de auditoria estão voltadas para o diagnóstico e a transparência, estimulando e apoiando o controle social, possibilitando o acesso da sociedade às informações e resultados das ações do SNA e consolidando a auditoria como instrumento de gestão.

Integra o Sistema Nacional de Auditoria uma Comissão Corregedora Tripartite composta por representantes da direção nacional do SUS, do Conass e do Conasems, conforme disposto no Decreto nº. 1.651, de 28 de setembro de 1995, cujas competências foram definidas pelo respectivo decreto e pela Portaria nº 2.123, de 30 de agosto de 2007.

4 Ações a Serem Desenvolvidas

Neste item são apresentadas as ações a serem desenvolvidas no âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS.

1. Implementação da Política de Promoção da Saúde com a Promoção da Eqüidade em Saúde de Populações em Condições de Vulnerabilidade e Iniqüidade:

a) Combate às iniqüidades em saúde que atingem diferentes grupos sociais, como as populações negra, do campo e da floresta, GLBTT - gays, lésbicas, bissexuais, transexuais, travestis e, em situação de rua, cigana, entre outras;

b) Promoção de espaços de discussão e de fomento ao combate às iniqüidades em saúde nos níveis loco-regionais;

c) Sensibilização e capacitação de diferentes atores para promoção da eqüidade em saúde, para o controle social e para a educação em saúde;

d) Ampliação do acesso às populações negra, do campo e da floresta, GLTTB em situação de rua, cigana, entre outras, aos serviços e ações de saúde em articulação com os gestores;

e) Promoção de educação em saúde e controle social.

2. Brasil Quilombola:

a) Promoção da eqüidade na atenção à saúde da população quilombola;

b) Estabelecimento do recorte racial na política da saúde, nos aspectos relacionados à organização e ao desenvolvimento institucional e suas variantes nos programas do SUS;

c) Atenção à saúde das populações quilombolas.

3. Aprimoramento das Instâncias e Processos de Participação Social no SUS:

a) Realização da Conferência Nacional de Saúde;

b) Capacitação contínua de conselheiros de saúde;

c) Criação de uma rede de cooperação e intercâmbio de informação entre conselheiros de saúde, além da divulgação de iniciativas inovadoras e bem sucedidas destes conselhos;

d) Aperfeiçoamento dos processos de mobilização social e busca de novos canais de escuta da população;

e) Implantação de conselhos de gestão participativa nos estabelecimentos de saúde federais e municipais;

f) Intersetorialidade adotada como prática de gestão;

g) A disseminação de experiências bem sucedidas de gestão participativa em saúde deverá ser consolidada em uma rede de intercâmbio e cooperação entre instituições;

h) Implantação de ouvidorias no SUS e implementação de práticas de ausculta dos usuários, profissionais e gestores.

4. Gestão da Política de Saúde

Implementação de práticas de gestão estratégica com ações de auditoria do SUS e de monitoramento e avaliação da gestão do SUS.

5. Consolidação do Processo de Reforma Sanitária no País Realização de conferências temáticas e divulgação dos resultados, em parceria com o CNS.

6. Fortalecimento da Gestão do Trabalho no SUS

a) Promoção de conhecimento sobre o SUS, sua organização, acesso, responsabilidades de gestão e direitos dos usuários;

b) Implementação da educação permanente para o controle social no SUS.

7. Qualificação e Humanização na Gestão do SUS

Organização de instâncias que possibilitem a ausculta sistemática de profissionais de saúde.

5 Atribuições e Responsabilidades das Esferas de Gestão

As atribuições e responsabilidades dos gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, no âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, têm como base o Pacto pela Saúde.

5.1 Atribuições e Responsabilidades do Gestor Federal

Na esfera federal, o órgão responsável pela coordenação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS é a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), com seus quatro departamentos: Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS e Departamento Nacional de Auditoria do SUS. São atribuições do SGEP:

1. Acompanhar e apoiar os municípios, os estados e o Distrito Federal na elaboração dos respectivos componentes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS.

2. Propor, coordenar e apoiar a implementação da Política Nacional de Gestão Participativa, bem como o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.

3. Apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde.

4. Apoiar os conselhos estaduais e municipais de saúde, que deverão ser organizados em conformidade com a legislação vigente;

5. Promover, em parceria com o CNS, a realização de conferências nacionais de saúde, bem como colaborar na organização das conferências estaduais e municipais de saúde, inclusive com apoio técnico e financeiro.

6. Viabilizar, administrativa e financeiramente, a participação dos conselheiros nacionais nas conferências nacionais de saúde e na plenária nacional dos conselhos de saúde.

7. Apoiar o processo de a educação permanente dos conselheiros nacionais, estaduais, municipais e dos conselheiros de gestão participativa.

8. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.

9. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS.

10. Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde.

11. Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de vida.

12. Fomentar pesquisa na área de gestão estratégica e participativa.

13. Colaborar com as demais áreas do Ministério da Saúde, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, na identificação das iniqüidades, oportunidades e recursos.

14. Promover a eqüidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais, apoiando os comitês nacionais de eqüidade em saúde.

15. Contribuir para a constituição e o fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados.

16. Cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, por meio dos estados e/ou municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis, promovendo a eqüidade inter-regional e interestadual.

17. Apoiar o funcionamento dos colegiados de gestão regionais, inclusive os das regiões de saúde fronteiriças.

18. Garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação, no gerenciamento, na implementação e avaliação do processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, construindo, nesse processo, o plano nacional de saúde a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde e à pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

19. Incentivar a participação da sociedade na construção das políticas intersetoriais, inclusive quanto ao financiamento dos mesmos, bem com de sua execução objetivando impactar de forma positiva nos determinantes sociais da saúde.

20. Disponibilizar o resultado das ações da SGEP ao CNS.

21. Colaborar na elaboração do relatório de gestão anual do Ministério da Saúde, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde.

22. Acompanhar o gerenciamento dos sistemas de informação, bem como colaborar na divulgação de informações e análises.

23. Cooperar tecnicamente com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a qualificação das atividades de monitoramento, avaliação e auditoria dos serviços vinculados ao SUS.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300183

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

24. Apoiar a Política Nacional do HumanizaSUS.

25. Desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de monitoramento e avaliação, articulando as ações desenvolvidas pelas diferentes áreas do Ministério da Saúde, especialmente as relativas:

a) à aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;

b) ao cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

c) à implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas;

d) ao acompanhamento da atenção básica, nas demais esferas de gestão;

e) às ações de vigilância em saúde, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

f) ao desempenho das redes regionais e de referências interestaduais.

26. Coordenar a implantação do componente nacional do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, bem como apoiar a implantação dos componentes estaduais e municipais.

27. Avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais.

28. Formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

29. Criar um fluxo de relação entre o controle social e a ouvidoria.

30. Apoiar o desenvolvimento e a pactuação de políticas de gestão do trabalho considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho.

31. Colaborar no fortalecimento da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como um espaço de negociação entre trabalhadores e gestores e contribuir para o desenvolvimento de espaços de negociação no âmbito estadual, regional e/ou municipal.

32. Articular esta Política da SGEP - ParticipaSUS, com as demais políticas do Ministério da Saúde, inclusive com a de Comunicação.

5.2 Atribuições e Responsabilidades dos Gestores Estaduais e do Distrito Federal

1. Desenvolver processo de monitoramento e avaliação abrangendo as diversas áreas da SES, acompanhar e apoiar as SMS do respectivo estado no desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação e monitorar os municípios e os consórcios intermunicipais de saúde.

2. Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de vida.

3. Apoiar a realização de pesquisa na área de gestão estratégica e participativa.

4. Promover atividades de educação e comunicação e apoiar as desenvolvidas pelos municípios.

5. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS, bem como a educação permanente dos conselheiros de saúde.

6. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.

7. Garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação e avaliação do processo permanente de planejamento participativo, construindo nesse processo o Plano Estadual de Saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde e à pactuação na Comissão Intergestores Bipartite.

8. Submeter o relatório de gestão anual à aprovação do Conselho Estadual de Saúde.

9. Participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras.

10. Promover a eqüidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais.

11. Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises, operar os sistemas de informação e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível estadual, dos sistemas de informação e manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

12. Coordenar a implantação do componente Estadual de Auditoria do SUS, bem como apoiar a implantação dos componentes municipais.

13. Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial, bem como auditar os sistemas municipais de saúde e realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

14. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.

15. Apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde.

16. Viabilizar a participação dos conselheiros estaduais nas conferências estaduais de saúde e na plenária estadual dos conselhos de saúde, bem como os delegados da respectiva UF eleitos para participar das conferências nacionais de saúde.

17. Promover, em parceria com o CES, a realização das conferências estaduais de saúde, bem como colaborar na organização das conferências municipais de saúde.

18. Estimular o processo de discussão e de organização do controle social no espaço regional.

19. Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

20. Apoiar a Política Nacional do HumanizaSUS.

5.3 Atribuições e Responsabilidades dos Gestores Municipais

1. Desenvolver processo de monitoramento e avaliação, abrangendo as diversas áreas da SMS.

2. Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de vida.

3. Apoiar a realização de pesquisa na área de gestão estratégica e participativa.

4. Assumir responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de educação e comunicação, no âmbito local.

5. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.

6. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social no SUS, bem como a educação permanente dos conselheiros municipais e dos conselhos de gestão participativa.

7. Garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação, no gerenciamento, na implementação e avaliação do processo permanente de planejamento participativo, construindo nesse processo o plano municipal de saúde e submetendo-o à aprovação do conselho municipal de saúde.

8. Submeter o relatório de gestão anual à aprovação do conselho municipal de saúde.

9. Participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras.

10. Promover a eqüidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais.

11. Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises, operar os sistemas de informação e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação e manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

12. Coordenar a implantação do componente Municipal de Auditoria do SUS.

13. Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no plano municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial, e realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

14. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.

15. Apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria-Executiva do Conselho Municipal de Saúde(CMS).

16. Viabilizar, administrativa e financeiramente, a participação dos conselheiros municipais nas conferências municipais e estaduais de saúde.

17. Promover, em parceria com o CMS, a realização das conferências municipais de saúde.

18. Estimular o processo de discussão e de organização do controle social no espaço regional.

19. Implementar ouvidoria municipal, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, em consonância com as diretrizes nacionais.

20. Apoiar a Política Nacional do HumanizaSUS.

Anexo XL

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Origem: PRT MS/GM 198/2004)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. (Origem: PRT MS/GM 344/2002, Art. 1º, caput)

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Art. 2º Ficam instituídas as diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.(Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 3º A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 2º)

§ 1º Os Colegiados de Gestão Regional, considerando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), elaborarão um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 2º, § 1º)

§ 2º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no art. 14 da Lei nº 8.080, de 1990, e na NOB/RH - SUS. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 2º, § 2º)

Art. 4º Os Colegiados de Gestão Regional são as instâncias de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais). (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 3º)

Parágrafo Único. O Colegiado de Gestão Regional deve instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas nos Termos de Compromissos e os Planos de Saúde dos entes federados participantes. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 5º São atribuições do Colegiado de Gestão Regional, no âmbito da Educação Permanente em Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º)

I - construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (de sua área de abrangência) para a educação na saúde, dos Termos de Compromisso de Gestão dos entes federados participantes, do pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, I)

II - submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, II)

III - pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, que poderá ser realizada pelo Estado, pelo Distrito Federal e por um ou mais Municípios de sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, III)

IV - incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde de sua área de abrangência;(Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, IV)

V - acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, V)

VI - avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações, caso necessário. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, VI)

Art. 6º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) deverão ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e, ainda, conforme as especificidades de cada região, por: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º)

I - gestores estaduais e municipais de educação e/ou de seus representantes; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, I)

II - trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, II)

III - instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, III)

IV - movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, IV)

Parágrafo Único. A estruturação e a dinâmica de funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço, em cada região, devem obedecer às diretrizes do Anexo LXXXV da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 7º São atribuições das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º)

I - apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, I)

II - articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além dos critérios e diretrizes referentes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, II)

III - incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, III)

IV - contribuir com o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, IV)

V - apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, V)

Art. 8º A abrangência do território de referência para as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço deve seguir os mesmos princípios da regionalização instituída no Pacto pela Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 7º)

Parágrafo Único. Nenhum Município, assim como nenhum Colegiado de Gestão Regional (CGR), deverá ficar sem sua referência a uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 9º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço deverão contar com uma secretaria executiva para encaminhar as questões administrativas envolvidas na gestão dessa política no âmbito regional, devendo estar prevista no Plano de Ação Regional da Educação Permanente em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 8º)

Art. 10. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) deverá contar com o apoio de uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, formada por: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 9º)

I - representantes das Comissões de Integração Ensino-Serviço no Estado; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 9º, I)

II - gestores e técnicos (municipais, estaduais e do Distrito Federal) indicados pela CIB para compor esse espaço; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 9º, II)

III - um representante de cada segmento que compõe as Comissões de Integração Ensino-Serviço, conforme o art. 6º. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 9º, III)

Art. 11. São atribuições dessa Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, vinculada à Comissão Intergestores Bipartite: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 10)

I - assessorar a CIB nas discussões sobre Educação Permanente em Saúde, na elaboração de uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 10, I)

II - estimular a cooperação e a conjugação de esforços e a compatibilização das iniciativas estaduais no campo da educação na saúde, visando à integração das propostas; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 10, II)

III - contribuir com o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da implementação da Política de Formação e Desenvolvimento no âmbito do SUS e das ações e estratégias relativas à educação na saúde, constantes do Plano Estadual de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 10, III)

Art. 12. São atribuições da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito da Educação Permanente em Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11)

I - elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, I)

II - definir o número e a abrangência das Comissões de Integração Ensino-Serviço, sendo no mínimo uma e no máximo o limite das regiões de saúde estabelecidas para o Estado; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, II)

III - pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, III)

IV - homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, IV)

V - acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais, no que se refere às responsabilidades de educação na saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, V)

VI - avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações, caso necessário. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, VI)

Parágrafo Único. Os recursos financeiros serão transferidos aos fundos estaduais, do Distrito Federal ou de um ou mais municípios, conforme as pactuações estabelecidas nos órgãos de gestão colegiada. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 13. São atribuições do Conselho Estadual de Saúde, no âmbito da Educação Permanente em Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 12)

I - definir as diretrizes da Política Estadual e do Distrito Federal de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 12, I)

II - aprovar a Política e o Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal, que deverão fazer parte do Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 12, II)

III - acompanhar e avaliar a execução do Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 12, III)

Art. 14. A formação dos trabalhadores de nível médio no âmbito do SUS deve seguir as diretrizes e orientações referentes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 13)

Parágrafo Único. As diretrizes e orientações para os projetos de formação profissional de nível técnico constam do Anexo LXXXVI da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 15. Anualmente, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, poderá propor indicadores para o acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dentro do Processo da Pactuação Unificada de Indicadores, que serão integrados aos Indicadores do Pacto pela Saúde após a necessária pactuação tripartite. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 14)

Art. 16. O acompanhamento das responsabilidades de educação na saúde será realizado por meio dos Termos de Compromisso de Gestão das respectivas esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 15)

Art. 17. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão à disposição da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, e dos órgãos de fiscalização e controle todas as informações relativas à execução das atividades de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 16)

Art. 18. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde garantirão cooperação e assessoramento técnicos que se fizerem necessários para: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20)

I - organização de um Sistema Nacional de Informação com atualização permanente, com dados referentes à formação técnica/graduação/especialização; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, I)

II - elaboração do Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, II)

III - orientação das ações propostas à luz da Educação Permanente em Saúde e da normatização vigente; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, III)

IV - qualificação técnica dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões Intergestores Bipartite para a gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, IV)

V - instituição de mecanismos de monitoramento e de avaliação institucional participativa nesta área. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, V)

Art. 19. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde serão responsáveis por: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 21)

I - planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 21, I)

II - estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde em seu âmbito de gestão para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 21, II)

III - articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de corresponsabilidade sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 21, III)

Art. 20. A Comissão Nacional de Acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem por atribuição formular políticas nacionais e definir as prioridades nacionais em educação na saúde, e será composta por gestores das três esferas de governo, além de atores do controle social, das instituições de ensino e de trabalhadores dos serviços e suas respectivas representações. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 22)

CAPÍTULO II

DOS POLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O SUS

Art. 21. A condução locorregional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde será efetivada mediante um Colegiado de Gestão configurado como Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instância interinstitucional e locorregional/roda de gestão) com as funções de: (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único)

I - identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, I)

II - mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas); (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, II)

III - propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, III)

IV - articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;(Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, IV)

V - formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base locorregional; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, V)

VI - estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, VI)

VII - estabelecer relações cooperativas com as outras articulações locorregionais nos estados e no País. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, VII)

Art. 22. Poderão compor os Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS: (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º)

I - gestores estaduais e municipais de saúde e de educação; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, I)

II - instituições de ensino com cursos na área da saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, II)

III - escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, III)

IV - núcleos de saúde coletiva; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, IV)

V - hospitais de ensino e serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, V)

VI - estudantes da área de saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, VI)

VII - trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, VII)

VIII - conselhos municipais e estaduais de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, VIII)

IX - movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, IX)

Parágrafo Único. Outras instituições poderão pedir sua integração, cabendo ao Colegiado de Gestão o encaminhamento das inclusões. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 23. O Colegiado de Gestão de cada Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS será composto por representantes de todas as instituições participantes e poderá contar com um Conselho Gestor que será constituído por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do Polo, das instituições de ensino e dos estudantes, formalizado por resolução do respectivo Conselho Estadual de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 3º)

Art. 24. Nos Estados com vários Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, cabe à Secretaria Estadual de Saúde (SES) a iniciativa de reuni-los periodicamente para estimular a cooperação e a conjugação de esforços, a não fragmentação das propostas e a compatibilização das iniciativas com a política estadual e nacional de saúde, atendendo aos interesses e necessidade do fortalecimento do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira e sempre respeitando as necessidades locais. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 4º)

Parágrafo Único. Poderá ser criado um Colegiado ou Fórum dos Polos. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 25. Cada Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS será referência e se responsabilizará por um determinado território, que a ele se vinculará para apresentar necessidades de formação e desenvolvimento. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 5º)

Parágrafo Único. A definição dos territórios locorregionais se fará por pactuação na Comissão Intergestores Bipartite e aprovação no Conselho Estadual de Saúde em cada Estado, não podendo restar nenhum município sem referência a um Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 26. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como uma estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, pela esfera federal, será financiada com recursos do Orçamento do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 6º)

Parágrafo Único. A principal mobilização de recursos financeiros do Ministério da Saúde para a implementação da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde para o SUS será destinada à implementação dos projetos dos Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS pactuados pelo Colegiado de Gestão de cada Polo, CIB e CES de cada Estado, assegurando as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, estabelecidas nacionalmente. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 6º, § 2º)

Art. 27. Os projetos apresentados pelos Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS serão acreditados pelo Ministério da Saúde, de acordo com as "Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor" (Anexo 1 do Anexo XL), produzidas em conformidade com os documentos aprovados no Conselho Nacional de Saúde e os documentos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 7º)

Parágrafo Único. O Ministério da Saúde oferecerá o acompanhamento e assessoramento necessários para que todos os projetos apresentados contemplem as diretrizes de validação previstas e os critérios pactuados para tanto, de forma a assegurar que nenhum projeto seja excluído. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 7º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO III

DA COMISSÃO NACIONAL DE ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O SUS

Art. 28. Fica instituída a Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS, sob a responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, com o objetivo de promover a pactuação interinstitucional e intersetorial em torno das diretrizes políticas gerais da educação permanente em saúde no âmbito do SUS, bem como de seu acompanhamento e proposição das diretrizes de avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 1º) (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 8º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300185

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 29. São atribuições da Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS): (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 2º)

I - propor prioridades, métodos e estratégias para a integração entre ensino das profissões da saúde, gestão do SUS, serviços de saúde e participação popular na saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 2º, I)

II - propor estratégias e métodos de articulação com os órgãos educacionais e do SUS, bem como com entidades representativas da formação de recursos humanos na área da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 2º, II)

III - contribuir técnica e operacionalmente com a formulação e avaliação da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 2º, III)

Art. 30. A Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde será composta pelos seguintes representantes: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, I)

a) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, I, a)

b) Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, I, b)

c) Secretaria-Executiva; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, I, c)

II - Ministério da Educação: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, II)

a) Secretaria de Ensino Superior; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, II, a)

b) Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, II, b)

III - Conselho Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, III)

IV - Conselho Nacional de Secretários de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IV)

V - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, V)

VI - Fórum de Pró-Reitores de Extensão; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VI)

VII - Fórum de Pró-Reitores de Graduação; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VII)

VIII - Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII)

a) Associação Brasileira de Educação Médica; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII, a)

b) Associação Brasileira de Enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII, b)

c) Associação Brasileira de Ensino de Psicologia; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII, c)

d) Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE); (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII, d)

IX - Movimento Estudantil da Área da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IX)

a) Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IX, a)

b) Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Odontologia; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IX, b)

c) Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IX, c)

X - Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular na Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, X)

XI - Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, XI)

Parágrafo Único. A Comissão poderá convidar outros técnicos e dirigentes para participarem de suas reuniões, em função da especificidade do tema a ser tratado. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 31. A coordenação dos trabalhos da Comissão ficará a cargo da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, que oferecerá o apoio técnico e operacional necessário à realização dos trabalhos. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 4º)

Parágrafo Único. A Comissão terá autonomia para a determinação de subgrupos, de acordo com temas e necessidades do trabalho. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 4º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO IV

DA COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL COM O OBJETIVO DE PROMOVER MEDIDAS QUE GARANTAM O SUPORTE TÉCNICO-ADMINISTRATIVO NECESSÁRIO AO DESENVOLVIMENTO DA UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (UNA-SUS)

Art. 32. Fica instituída Comissão Interinstitucional com o objetivo de promover medidas que garantam o suporte técnico-administrativo necessário ao desenvolvimento da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), com a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º)

I - Colegiado Institucional formado por cinco membros, sendo: (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, I)

a) 2 (dois) membros indicados pelo Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, I, a)

b) 2 (dois) membros indicados pelo Presidente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); e (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, I, b)

c) 1 (um) membro indicado pelo representante da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, I, c)

II - Secretaria-Executiva formada por técnicos nomeados pelo Ministro da Saúde, composta por: (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, II)

a) Assessor Técnico Principal; (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, II, a)

b) Coordenador Administrativo pela FIOCRUZ; e (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, II, b)

Art. 33. O Colegiado Institucional será presidido pelo Secretário da SGTES/MS que, de comum acordo com o Presidente da FIOCRUZ, proverá os meios e recursos para o funcionamento da Secretaria-Executiva da UNA-SUS. (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 2º)

Parágrafo Único. A Cooperação Técnica da OPAS/OMS será promovida no contexto dos Termos de Cooperação nº 41 e nº 57. (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 34. São atribuições da Secretaria-Executiva: (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º)

I - coordenar um processo de fortalecimento institucional da UNA-SUS que assegure a execução e a sustentabilidade de seu programa de trabalho, mediante decisões homologadas pelo Colegiado Institucional; (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º, I)

II - articular as diversas instâncias da SGTES/MS, da FIOCRUZ e da OPAS/OMS envolvidas com a implantação e fortalecimento da UNA-SUS, visando dotá-la do instrumental técnico e administrativo necessário para a execução de seu programa de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º, II)

III - apoiar tecnicamente a UNA-SUS em suas articulações com as diversas Secretarias do Ministério da Saúde, com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e com as Instituições do Sistema Educacional, executoras das políticas voltadas para qualificação da força de trabalho em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º, III)

IV - propiciar apoio às equipes técnicas encarregadas do programa de trabalho da UNA-SUS, em sua atuação junto às instituições acima referidas, visando à execução de ações de forma articulada e descentralizada. (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º, IV)

CAPÍTULO V

DA CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Art. 35. Fica instituída a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), de caráter consultivo e vínculo com o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 827/2004, Art. 1º)

Art. 36. A Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), de caráter consultivo e vínculo com o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, tem as seguintes funções: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 1º)

I - debater ações de regulação profissional para as profissões e ocupações da área de saúde; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 1º, I)

II - sugerir mecanismos de regulação profissional da área de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 1º, II)

III - sugerir iniciativas legislativas visando regular o exercício de novas profissões e ocupações na área de saúde. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 1º, III)

Art. 37. A CRTS terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º)

I - 8 (oito) representantes do Ministério da Saúde, sendo: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I)

a) o Diretor do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, a)

b) o Coordenador-Geral de Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde, que atuará como Coordenador Adjunto; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, b)

c) 2 (dois) representantes do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, sendo: um da Coordenação-Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde; e um da Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, c)

d) 1 (um) representante da Secretaria de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, d)

e) 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, e)

II - 2 (dois) representantes do Ministério da Educação, sendo: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, II)

a) 1 (um) representante da Secretaria de Educação Média e Tecnológica; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, II, a)

b) 1 (um) representante da Secretaria de Educação Superior. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, II, b)

III - 1 (um) representante do Ministério do Trabalho e Emprego; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, III)

IV - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, V)

VI - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VI)

VII - 1 (um) representante de cada um dos Conselhos integrantes do Fórum Nacional dos Conselhos Federais da Área da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VII)

VIII - 4 (quatro) representantes de entidades científicas das profissões da área de saúde, sendo: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VIII)

a) 1 (um) representante da Associação Médica Brasileira; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VIII, a)

b) 1 (um) representante da Associação Brasileira de Enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VIII, b)

c) 2 (dois) representantes por designação das entidades nacionais dos trabalhadores da área de saúde que integram o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS); e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VIII, c)

IX - 2 (dois) representantes da bancada dos trabalhadores da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, IX)

Parágrafo Único. À exceção dos representantes individuados pelo inciso I deste artigo, os demais integrantes da Câmara serão livremente designados por meio de expediente subscrito pelos representantes legais dos órgãos e das instituições representadas. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 38. Compete ao Coordenador da CRTS a indicação do Secretário-Executivo e do Relator Geral da Câmara. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 3º)

Art. 39. A Câmara de Regulação contará com dois assessores técnicos, indicados pelo seu Coordenador, para assisti-la na consecução dos seus trabalhos. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 4º)

Art. 40. Quando necessário, a CRTS poderá convidar especialistas ou instituições para participarem de discussões específicas, considerando o notório saber dos convidados sobre os assuntos. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 5º)

Art. 41. A CRTS poderá realizar audiências públicas para disseminar o debate sobre temas de sua pauta de trabalho. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 6º)

Art. 42. As reuniões da CRTS ocorrerão ordinariamente uma vez a cada três meses e, extraordinariamente, sempre que convocadas pelo seu Coordenador. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 7º)

Art. 43. Os integrantes da CRTS serão notificados da realização de suas reuniões por meio eletrônico ou por ofício enviado pelo seu Coordenador, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 8º)

Parágrafo Único. A notificação deverá conter: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 8º, Parágrafo Único)

I - a proposta de pauta da reunião; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 8º, Parágrafo Único, I)

II - o local, a data e a hora em que a reunião se realizará. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 8º, Parágrafo Único, II)

Art. 44. A reunião da CRTS somente será realizada se presente a maioria absoluta dos seus membros. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 9º)

§ 1º Os trabalhos da reunião acontecerão no horário das dez às dezessete horas, podendo estender-se por decisão da Câmara. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 9º, § 1º)

§ 2º A verificação do quórum de instalação da reunião será realizada 15 (quinze) minutos após a hora prevista para seu início. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 9º, § 2º)

Art. 45. A ata da reunião da CRTS será redigida pelo seu Relator Geral e subscrita, na reunião seguinte, por todos os representantes que dela participaram, após a leitura e aprovação do seu texto. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 10)

Parágrafo Único. Uma minuta da ata de que trata o caput deste artigo deverá acompanhar a notificação da reunião seguinte. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 46. Os consensos construídos na CRTS referentes às atribuições que lhes são conferidas pelo art. 36 serão encaminhados ao Ministro de Estado da Saúde por meio do Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 11)

Art. 47. Os trabalhos da CRTS serão executados com plena observância das previsões contidas neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 12)

Parágrafo Único. As eventuais omissões de procedimento serão supridas por deliberação de sua Coordenação, ad referendum dos seus demais componentes. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 12, Parágrafo Único)

CAPÍTULO VI

DO CADASTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS

Art. 48. Este Capítulo regulamenta os arts. 8º e 9º do Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, para definir as informações referentes à especialidade médica de cada profissional médico, a serem fornecidas por Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB) e sociedades de especialidades a ela vinculadas, que farão parte do Cadastro Nacional de Especialistas. (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Art. 1º)

Art. 49. Para a implantação e atualização do Cadastro Nacional de Especialistas, a CNRM, o CFM e a AMB e sociedades de especialidades a ela vinculadas disponibilizarão suas bases de dados atualizadas ao Ministério da Saúde com informações referentes à especialidade médica de cada profissional médico. (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Art. 2º)

Parágrafo Único. Para fins do disposto no "caput", as informações a serem fornecidas encontram-se listadas nos termos do Anexo 2 do Anexo XL . (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Art. 2º, Parágrafo Único)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300186

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 50. A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) disponibilizarão manual conjunto instrutivo com as diretrizes e regras de negócios para fluxos de dados e integração entre sistemas de informação entre o Ministério da Saúde, a CNRM, o CFM e a AMB e sociedades de especialidades a ela vinculadas para a disponibilização das informações de que trata este Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Art. 3º)

Anexo 1 do Anexo XL

Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Anexo 2)

Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor

1. Introdução

O Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou estas orientações e diretrizes para assegurar educação permanente dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde, a partir do documento aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 04 de setembro de 2003 e dos documentos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 18 de setembro e em 23 de outubro de 2003 e da Resolução do CNS Nº 335 de 27 de novembro de 2003 (estes documentos estão a disposição no site: www.saude.gov.br/sgtes).

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, articulando necessidades e possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, assim como o desenvolvimento da educação popular com a ampliação da gestão social sobre as políticas públicas, foram desafios assumidos pelo governo federal.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao quotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS (onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social de conhecimento. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatórios de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações).

O objetivo do Ministério da Saúde é a construção de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, principalmente por meio da constituição de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão) com a elaboração de projetos de: mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde.

A grande expectativa é a instituição de relações orgânicas e permanentes entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação técnica), os órgãos de controle social em saúde (movimentos sociais e educação popular) e as ações e os serviços de atenção à saúde (profissionais e suas práticas); assim como a ruptura com a lógica da compra de produtos e pagamento por procedimentos educacionais; o compromisso dos gestores com a formação e o compromisso dos formadores com o sistema de saúde; a produção e disseminação de conhecimento por relevância e compromisso.

A negociação de iniciativas inovadoras e articuladoras deve se dar em cinco campos:

- transformar toda a rede de gestão e de serviços em ambientes-escola;
- estabelecer a mudança nas práticas de formação e de saúde como construção da integralidade da atenção de saúde à população;
- instituir a educação permanente de trabalhadores para o SUS;
- construir políticas de formação e desenvolvimento com bases locorregionais;
- avaliação como estratégia de construção de um compromisso institucional de cooperação e de sustentação do processo de mudança.

A interlocução com o CNS, com a CIT, com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), com as Associações de Ensino será permanente, especialmente no tocante à formação e desenvolvimento para a gestão de sistemas, ações e serviços de saúde; à formação e desenvolvimento de conselheiros e agentes sociais para a construção da gestão social das políticas públicas de saúde, à formação e desenvolvimento dos formuladores de políticas nas áreas estratégicas e de implementação da organização da atenção à saúde proposta pelas Leis 8080/90 e 8142/90; e ao estabelecimento de uma relação de parceria permanente com o movimento estudantil de pensar e agir pela mudança na formação e no exercício profissional.

A educação permanente em saúde, incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos hospitais de ensino e de outras ações e serviços de saúde, coloca o SUS como um interlocutor nato das escolas na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática.

Nessa relação entre ensino e sistema de saúde, sai à arquitetura do organograma para entrar a dinâmica da roda. A noção de gestão colegiada, como nas rodas dos jogos infantis, coloca a todos como participantes de uma operação conjunta em que todos usufruem o protagonismo e a produção coletiva. Por isso, a União e os estados têm de problematizar para si a função e o exercício de uma coordenação com capacidade descentralizadora e os municípios e as escolas terão de problematizar para si as funções de condução e de execução significativas para o Sistema e não para a produtividade educacional e assistencial, respectivamente. Enquanto os últimos são os lugares de produção da atenção aos grupos sociais territorializados, os anteriores são os apoiadores de ativação para que esta atenção seja integral e resolutiva.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar: a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas. A implantação desta Política, implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições de ensino, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da Educação Permanente em Saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre ações e serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social.

Assim, propõe-se a implantação e mobilização de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão) como articulação e criação de novas ações e investimentos que, contribuam para o avanço do SUS, diversificando a oferta de cursos, estimulando a superação dos limites da formação e das práticas clínicas ou de gestão tradicionais, proporcionando a interação de docentes e estudantes nos cenários de práticas de saúde, promovendo a educação permanente das equipes de saúde, fortalecendo o controle da sociedade sobre o sistema de saúde e qualificando a formação e a atenção integral à saúde.

O Ministério da Saúde apóia técnica, financeira e operacionalmente a constituição e funcionamento dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (articulações interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão).

O Pólo deve ter condução e coordenação colegiada, quebrando-se a regra hegemônica da verticalidade do comando e da hierarquia nos fluxos. O Ministério da Saúde pretende a superação da racionalidade gerencial hegemônica na gestão da educação permanente, por isso a idéia de Pólos ou Rodas. O Colegiado de Gestão dos Pólos instituirá a novidade na condução e coordenação da educação permanente em saúde como um novo arranjo e uma nova estrutura organizativa. Esta iniciativa nasce fortemente comprometida com o projeto ético-político da Reforma Sanitária Brasileira e propõe a co-responsabilidade entre educação, gestão, atenção e controle social em bases locorregionais.

A gestão colegiada deve explicitar o compromisso com a mudança, suprimindo a imagem da pirâmide, a noção de níveis de gerenciamento e a construção programática fragmentária, trazendo para a cena a capacidade de valorizar o potencial de mobilização e de desestabilização das estruturas tradicionais. Quando um município se compromete com a educação temos novidade de Estado, quando uma instituição formadora se compromete com a gestão da saúde temos uma novidade de Estado; quando estados se colocam em mediação pedagógica com municípios e instituições de ensino, temos uma novidade de Estado; quando a formação e desenvolvimento reúnem educação superior, educação técnica, educação básica e educação popular, temos enorme novidade de Estado.

As instituições de ensino e os municípios, no caso da formação e desenvolvimento para o SUS, adquirem a condição de reconstituírem a si mesmos, pois um é o campo de exercício da educação dos profissionais e os outros o campo de exercício profissional das ações de saúde. Quanto maior o comprometimento das instituições de ensino e dos municípios, maior a imposição ética de mudarem a si mesmas, o que repercutirá em mudanças na educação e na atenção à saúde. Espera-se nova aprendizagem sobre o Estado brasileiro, sobre a capacidade da interinstitucionalidade e sobre a potência da locorregionalização.

Dentro do Colegiado de Gestão todas as instituições têm poder igual e, assim, podem exercer sua própria transformação, desenvolvendo compromissos com a inovação da gestão democrática e horizontal. O Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS se caracteriza como gestão colegiada e tem natureza política e crítico-reflexiva. Os executores das ações serão cada instituição ou arranjos entre instituições debatidos no Colegiado de Gestão do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS.

Cada parceiro institucional do Pólo deve reorientar as iniciativas de formação e desenvolvimento em saúde atualmente em curso de acordo com os princípios da Educação Permanente em Saúde e com as prioridades e orientações produzidas em sua base de inserção locorregional; ou seja, todas as iniciativas de formação e desenvolvimento devem ser repactuadas para integrar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Caberá ao Colegiado de Gestão de cada um dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS a elaboração das propostas sobre as escolhas gerais, dos rumos e estratégias locais e a problematização de seus operadores conceituais. Questões relacionadas à metodologia pedagógica, definição dos processos de seleção de alunos, problematização das prioridades de desenvolvimento institucional, tematização das relações entre formação e mudança na gestão setorial e o debate sobre a educação para o SUS e fortalecimento do controle social em saúde aparecem como as questões centrais a serem enfrentadas por este espaço colegiado.

O MS acreditará os projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, pactuados pelo Colegiado de Gestão do Pólo, CIB e aprovados no CES, assegurando as diretrizes da ação para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Nenhum município do país deixará de estar afeto a um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS e cada SES coordenará esse processo, cabendo a Comissão Intergestores Bipartite pactuar as "locorregionalizações".

2. Processo de constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Uma vez que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde supõe a integração entre ensino e serviço, entre formação e gestão setorial e entre desenvolvimento institucional e controle social, diretrizes e princípios devem embasar a apresentação e a validação de projetos, o acompanhamento da execução de cada implementação e o exercício da avaliação e acreditação.

2.1. Bases do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

I - apresentar-se como um dispositivo de agregação e direcionalidade das diferentes instituições e responsabilizando-se por um determinado território (o conceito de território pode abranger municípios vizinhos - dentro ou fora dos limites de um mesmo estado - áreas de um município e áreas de outros municípios e, ainda, municípios não vizinhos; valem as regionalizações da atenção à saúde, da cobertura regional universitária ou técnico-escolar, de deslocamento social da população por motivos culturais ou econômicos etc., entre outros);

II - estabelecer-se como articulação interinstitucional locorregional como roda de gestão da Educação Permanente em Saúde (coordenação, condução e avaliação) e não de execução direta de ações (é lugar de debate e decisão política e não o lugar executivo da implementação das ações);

III - configura-se com capacidade de reunir gestores do SUS, instituições formadoras, instâncias de controle social, hospitais de ensino e outros serviços de saúde e representação estudantil. Todos esses autores/atores constituem o Colegiado de Gestão, cujo papel é o de propiciar o debate amplo acerca dos problemas, prioridades e conformação das alternativas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, bem como de outros atores sociais da saúde;

IV - constitui-se com capacidade de caminhar na mesma cultura que constrói o SUS, isto é, mediante negociação e pactuação, estabelecendo a ruptura com a lógica de relações "de balcão" ou "de banco" com o governo federal ou estadual e com os projetos verticalizados, possibilitando o desenvolvimento de estratégias locais, regionais e estaduais;

V - estabelecer-se como espaço de formulação de políticas e de negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e pelos princípios e diretrizes do SUS, sem substituir quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;

VI - comprometer-se com o registro das práticas implementadas e suas características, bem com a apresentação a análise crítica do trabalho realizado, permitindo ampla visibilidade sobre os processos formativos desenvolvidos e sua influência sobre as práticas de atenção e educação em saúde;

VII - estabelecer-se como um fórum privilegiado para a discussão e definição relativa à formação e ao desenvolvimento em sua base de inserção locorregional;

VIII - constituir-se como referência para um certo território (base locorregional), ao qual se vincula para oferecer e receber propostas de formação e desenvolvimento;

IX - referenciar-se aos municípios e às diretorias regionais das Secretarias Estaduais de Saúde constituintes de seu território de abrangência para organizar políticas formativas e de desenvolvimento de forma participante com o Sistema de Saúde locorregional;

X - reconhecer-se como recurso para territórios ampliados no que puder ser referência, buscando contemplar municípios ou regiões não incluídos em sua base de referência, apoiando os demais Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS ou estruturas de formação participantes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

XI - estabelece-se como um Colegiado de Gestão onde participam todas as instituições que aderirem a proposta. A gestão colegiada será participativa e assegurará transparência. Em conformidade às práticas do SUS, as decisões serão tomadas por consenso. Quando isso não for possível, a decisão deve ser encaminhada para as instâncias pertinentes (Comissão Intergestores Bipartite Estadual e Conselho Estadual de Saúde).

2.2. Gestão Colegiada do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

A gestão colegiada introduzirá uma mudança estrutural nas linhas formais de elaboração de propostas, coordenação e execução financeira. Trata-se de uma nova estrutura organizacional onde todos aqueles que trabalham com o mesmo objeto (educação dos profissionais de saúde para o SUS) estão convidados a trabalhar juntos, sob a mesma organização de gestão integrando o Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS e participando da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300187

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

O Colegiado de Gestão de um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS é uma plenária onde participam todas as instituições que aderirem à proposta.

Pode contar com um Conselho Gestor que será constituído por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do pólo, das instituições de ensino e dos estudantes, formalizado por resolução do CES, que tem como responsabilidade promover reuniões periódicas do Colegiado de Gestão, nas quais serão processadas as demandas, identificadas as áreas temáticas relevantes para as mudanças nas práticas de formação e de atenção à saúde e a produção de conhecimento e feitas avaliações periódicas das atividades executadas, bem como o acompanhamento da execução financeira, abrindo a possibilidade de recriar processos de integração entre os participantes.

Cada Colegiado de Gestão poderá criar uma Secretaria Executiva, composta minimamente por docentes, estudantes, gestores e Conselho de Saúde para implementação e agilização dos encaminhamentos do Colegiado de Gestão e do Conselho Gestor.

Cada área de formação e desenvolvimento eleita como prioridade locorregional ou determinada pelas instâncias de controle social ou de pactuação intergestores deve ter um espaço de tematização que se estende às e extrapola as estruturas formais previamente existentes em cada instituição participante (secretarias de saúde, escolas ou departamentos de ensino, por exemplo). Nesse arranjo, o que interessa é o espaço de análise e deliberação com que conta um dado tema e não a sua condição de "filiação" a um departamento, uma escola ou uma secretaria. Por isso, comitês temáticos, quando forem montados, preservarão o caráter interinstitucional dos aportes de conhecimento e da condução das ações, bem como, por serem comitês de um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS que lhes dá unidade, devem compartir o máximo de ações e abordagens e estipular um caráter matricial no planejamento, execução e avaliação de suas atividades com o Colegiado de Gestão.

Muitos processos poderão ser de plena autonomia dos Comitês Temáticos, mas muitos pertencem obrigatoriamente ao Colegiado de Gestão. Entre esses estão questões como a formação de formadores, incentivos institucionais à mudança, geração de densidade pedagógica locorregional para as demandas de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, análise da representatividade de todos os segmentos em cada comitê ou atividade, análise da produção de impactos prevista ou a implementar, análise da produção de interface entre projetos e associação de projetos, entre muitas outras, por exemplo.

2.3.Funções do Colegiado de Gestão do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

I - mobilizar a formulação e a integração de ações de educação na saúde entre os distintos atores locais: usuários; gestores da saúde e da educação; dirigentes da educação e de ações e serviços de saúde; docentes e estudantes da educação técnica, de graduação e de pós-graduação; trabalhadores de saúde; agentes sociais e parceiros intersetoriais;

II - induzir processos de transformação das práticas de saúde (atenção, gestão e controle social) e de educação dos profissionais de saúde (ensino, pesquisa, extensão, documentação e cooperação técnica);

III - Formular políticas de formação e desenvolvimento em bases geopolíticas territorializadas (locorregionais);

IV - formular abordagens e estratégias integradas e integradoras de implementação educativa dos campos de conhecimentos específicos (temáticas ou áreas técnicas delimitadas) e reconhecidos como de interesse locorregional, estadual ou nacional (exemplos: tuberculose, hanseníase, aids, dengue, saúde do trabalhador, saúde bucal, saúde mental, saúde da mulher, saúde bucal, urgência e emergência...);

V - estabelecer relações cooperativas entre os vários Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, tendo em vista a necessidade de compartilhar iniciativas e de possibilitar o acesso aos saberes e práticas de outros locais (internamente aos estados e nacionalmente).

2.4.Diretrizes para Validação/Acreditação de Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS

O Ministério da Saúde acreditará os projetos de Educação Permanente em Saúde pactuados no Colegiado de Gestão de cada Pólo, na CIB e aprovados no CES de cada estado, assegurando o ajustamento à implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A acreditação é proposta como recurso de acompanhamento solidário dos projetos, não se destinando à sua simples aprovação ou reprovação, mas à cooperação técnica para que correspondam às designações da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde para o SUS, em conformidade com sua aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde e sua pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

Quando for o caso, o Ministério da Saúde estabelecerá cooperação técnica com o respectivo Pólo no sentido do ajustamento dos projetos às diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Os projetos devem ser encaminhados pelo correio e por e-mail ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, onde serão analisados de acordo com os critérios e diretrizes estabelecidos nestas Orientações, com vistas à sua acreditação/validação e devem ser acompanhados pelos seguintes documentos: ata da pactuação no Colegiado de Gestão do Pólo com a assinatura de todos os participantes, parecer da CIB e resolução com a aprovação do CES.

Endereço:

Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Ministério da Saúde

Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 725 70058-900 - Brasília /DF

Telefones: (61) 315-2858/315-3848/Fax: 315-2862

e-mails: deges@saude.gov.br /sgtes@saude.gov.br

Site: www.saude.gov.br/sgtes

Para a acreditação, cada projeto deve:

I - apresentar sua previsão de impactos, seja nas ações e nos serviços de saúde ou na gestão do SUS, seja na educação técnica, na graduação, na pós-graduação ou na educação popular, seja, ainda, na produção e disseminação de conhecimento;

II - apresentar a definição dos compromissos dos parceiros participantes do Pólo e da forma como estarão envolvidos: os gestores, os órgãos de controle social, as entidades estudantis, instituições de ensino e hospitais de ensino ou outros serviços de saúde;

III - apresentar a amplitude das inclusões que propõe para contemplar a multiplicidade de atores, de serviços e de práticas;

IV - explicitar as necessidades de saúde a que a proposta se reporta e as metodologias previstas;

V - explicitar a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS;

VI - explicitar as mudanças nas práticas de saúde e na educação dos profissionais de saúde a que se refere;

VII - explicitar a proposta de ações multiprofissionais e transdisciplinares;

VIII - anexar plano de trabalho para cada ação a ser financiada, indicando a entidade responsável pela execução da ação prevista (instituição de ensino, secretaria municipal, secretaria estadual, serviço etc.), descrição sintética do objeto da ação, justificativa da proposta, número de pessoas beneficiadas pela ação, valor a ser financiado por ação e montante total, cronograma de execução (data de início e de termino de cada ação),plano de aplicação dos recursos, cronograma de desembolso, proposta de aquisição de equipamentos e material permanente e o órgão executor do orçamento de cada ação ou do conjunto das ações para fins de contratualização com o Ministério da Saúde conforme suas normas de financiamento. Devem ser preenchidos os formulários que podem ser acessados no site: http://www.fns.saude.gov.br/normasdefinaciamento.asp Anexos - Formulários e Instruções de Preenchimento

IX - anexar de cada entidade responsável pela execução da ação os seguintes documentos conforme exigências da Constituição Federal, IN STN/MF Nº01/97 e Lei Nº 10524/02:

- cópia do comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;

- cópia do Balanço Sintético referente ao exercício anterior;

- se entidade privada, cópia do contrato social ou outro documento comprobatório de registro da entidade;

- se entidade pública, indicação do ato de sua criação e comprovante de capacidade jurídica do representante legal da entidade;

- cópia da Ata de Posse ou Ato de Designação acompanhada do Regimento Interno ou Estatuto Social, quando for o caso;

- cópia do Documento de Identidade e do CPF do dirigente da Entidade, incluindo o cargo ou função; data da posse; RG (expedição e órgão expedidor);

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com a Procuradoria Geral da Fazenda Nacional;

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Órgão da Fazenda Estadual;

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Órgão da Fazenda Municipal;

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o INSS (CND);

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com a Secretaria da Receita Federal.

Mais informações: http://www.fns.saude.gov.br/normasdefinanciamento.asp Operacionalização

2.5. Critérios para Alocação dos recursos financeiros para os Projetos de cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Os orçamentos serão baseados no custeio das atividades, segundo o teto previsto pelo Ministério da Saúde para cada locorregião (segundo critérios de alocação pactuados pela Comissão Intergestores Tripartite) e encaminhados com antecedência suficiente para permitir sua avaliação, aprovação e desembolso.

O Ministério da Saúde alocará recursos definidos por critérios técnicos locorregionais. O repasse será permanente, o que permitirá às instâncias locorregionais planejar com critérios de sustentabilidade a curto, médio e longo prazos, inclusive ampliando as capacidades formadoras locais, regionais e estaduais.

A transparência na utilização dos recursos públicos será profundamente ampliada, tanto do ponto de vista do conhecimento de montantes, planos de aplicação e relatórios de gestão, quanto de maior ingerência dos gestores, do controle social local e das instituições de ensino no gasto público do SUS com a educação dos profissionais de saúde.

A alocação de recursos financeiros segue diretrizes e princípios acordados entre as três esferas de gestão do SUS, atendendo aos critérios de eqüidade possíveis para a primeira distribuição de recursos financeiros em conformidade com a política de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, aprovada no Conselho Nacional de Saúde, em 04 de setembro de 2003, e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de 2003 e em 23 de outubro de 2003. Conforme pactuado, em maio de 2004 será feita uma avaliação da implantação dos Pólos e dos critérios de distribuição dos recursos para definição dos repasses subseqüentes.

Uma vez que os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS em cada âmbito locorregional não são os lugares de execução e não se estabelecerão como personalidade institucional, devendo preservar-se como articulações interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão colegiada, foi e será necessária a pactuação dos critérios de alocação dos recursos entre os estados da federação e da sua alocação interna aos estados para contemplar seus territórios de abrangência (os municípios não são sedes individuais dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, mas composições regionalizadas de municípios, atendendo desenhos geopolíticos da "vida real" nas localidades intra-estaduais).

Para a primeira alocação de recursos, foram pactuados os seguintes critérios:

2.5.1. Alocação dos recursos entre os estados da federação

I - população nos municípios em habilitação plena do SUS (reconhecimento da descentralização da gestão e do papel constitucional dos municípios na execução das ações e serviços de saúde);

II - número de Equipes de Saúde da Família (reconhecimento do investimento na mudança de modelo assistencial pelo dimensionamento numérico de profissionais prioritários ao desenvolvimento de capacidades de resolução clínica e atuação em saúde coletiva);

III - número de Conselheiros de Saúde (reconhecimento do exercício do controle social no SUS, entendendo-se que em qualquer base o número de conselheiros corresponderá a 50% de representantes dos usuários e uma vez que não se dispôs de outro fator de informação).

IV - inverso da Capacidade Instalada de Instituições de Educação Superior e Técnica em Saúde (reconhecimento da concentração desigual de instituições de ensino e da necessidade de desenvolver densidade pedagógica nas regiões menos cobertas por essa oferta);

V - número de Unidades Básicas de Saúde (reconhecimento da prioridade de desenvolvimento da capacidade resolutiva da rede básica para a cobertura da maioria dos problemas de saúde da população, prevenção das internações hospitalares e garantia dos programas de saúde pública);

VI - população total (reconhecimento do universo de cobertura da proposta);

VII - número de cursos da área da saúde (reconhecimento do universo da cobertura de incentivos à mudança na graduação).

Quadro de Distribuição dos Pesos Relativos dos Critérios para a Alocação de Recursos Financeiros do Governo Federal para os Estados

Impacto	Indicador Mensurável Provisório	Peso Relativo	Parcela do Teto Financeiro
Propostas de Gestão do SUS	População dos Municípios em gestão plena por Estado (C 1) (Pesos ponderados por faixas)	20	40 %
	Número de ESF (C 2)	20	
Capacidade de Controle Social, Ensino e Atenção em Saúde	Número de Conselheiros de Saúde (C 3) (Pesos ponderados por faixas)	15	45 %
	Inverso da Capacidade Docente Universitária e Técnica Instalada (C 4)	15	
	Número de Unidades Básicas de Saúde - postos e centros de saúde (C 5)	15	
Tamanho da População	População Total do estado (C 6)	10	10 %
Mudança na Graduação	Número de Cursos Universitários da Área da Saúde (C 7)	5	5%
Fórmula para cálculo do Coeficiente Estadual (CE): CE = 20(C1+C2) + 15(C3+C4+C5) + 10(C6) + 5 C7) 100		100	100 %

2.5.2. Alocação entre as locorregiões dos recursos calculados pela base dos estados

Aplica-se, para cada locorregião, a proporção relativa dos mesmos critérios de alocação utilizados nos Estados:

I - população dos municípios em habilitação plena do SUS no território desenhado;

II - número de Equipes de Saúde da Família abrangidas no território desenhado;

III - número de Conselheiros de Saúde abrangidos pelo agrupamento de municípios ou regionalização entre "setores" municipais;

IV - inverso da capacidade pedagógica em saúde instalada (haverá maior necessidade de gastos com deslocamento e/ou estruturação de recursos de educação à distância);

V - número de Unidades Básicas de Saúde abrangidas no território desenhado;

VI - população total abrangida pelo agrupamento de municípios ou regionalização entre "setores" municipais (o desenho geopolítico pode não acompanhar a geografia municipal, bem como a regionalização acordada nos estados pode propor a setorização do município para desenhar as regiões de abrangência dos Pólos/Rodas);

VII - número de cursos da área da saúde (reconhecimento do universo da cultura de incentivos à mudança na graduação).

Para fins de cálculo da base per capita, no caso da locorregionalização incluir setores de um ou mais municípios, os gestores municipais e estaduais envolvidos pactuarão a proporção da população abrangida, pois, em hipótese alguma, a locorregionalização poderá ultrapassar o teto de 100% da população estadual identificada nacionalmente (pode-se estabelecer pactos entre os gestores municipais diretamente envolvidos; entre os gestores municipais e diretorias regionais de saúde dos estados, conforme envolvidas; nas CIB regionais ou estadual; nos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde - Cosems regionais ou estadual etc.). O mesmo se fará com o universo de Conselheiros de Saúde.

Quando as regiões abrangerem territórios interestaduais, as pactuações também se farão nestes âmbitos, sendo de pactuação final entre os gestores estaduais envolvidos. Como após a definição dos números para a alocação dos recursos, os mesmos serão direcionados aos executores designados em cada pólo, não haverá risco de prejuízo em qualquer base territorial. Ao contrário, esta alocação sempre privilegiará a realidade dos modos de viver das populações em um País de Todos.

2.5.3. Repasse dos recursos financeiros para os Projetos de cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Os recursos serão transferidos, após a aprovação dos projetos, diretamente às instituições executoras definidas na apresentação das propostas. O procedimento a ser adotado será o da Acreditação em conformidade com as Diretrizes para Validação/Acreditação de Projetos dos Pólos.

Ao adotar a modalidade da Acreditação, nenhum projeto terá seus recursos cancelados por inadequação, mas reservados para a efetivação de pagamento até que, mediante acompanhamento, se enquadrem nas diretrizes da política nacional de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, em conformidade com as deliberações do CNS e as pactuações da CIT.

As despesas/gastos passíveis de financiamento para todas as linhas de ação da Educação Permanente em Saúde são: Consultorias, Pagamento de Hora Aula, Estágio em Serviços, Cursos, Residências, Oficinas, Conferências, Seminários, Material Didático, Equipamentos e Publicações.

2.6. Linhas de Apoio aos Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS

2.6.1. Desenvolvimento de Ferramentas e Metodologias para Educação Permanente em Saúde

I - Enfoques:

Promoção de diferentes tipos de atividades de formação dos trabalhadores da rede de serviços e das instituições de ensino, tendo em vista o desenvolvimento da capacidade pedagógica para a Educação Permanente em Saúde, o desenvolvimento de condições para a educação à distância e de outras estratégias inovadoras no campo das ações pedagógicas.

II - Eixos de Ação:

1. Formação de tutores/facilitadores/orientadores para a educação permanente nas áreas de gestão e atenção à saúde;

2. Dinamização de recursos para a utilização da Educação à Distância como tecnologia pedagógica para a educação permanente;

3. Organização de alternativas criativas para o desenvolvimento da educação permanente para o SUS.

III - Atividades:

- Cursos de formação de tutores/facilitadores/orientadores para a Educação Permanente em Saúde;

- Estruturação de recursos e programas de educação à distância;

- Realização de seminários e reuniões técnicas e montagem de instâncias coletivas para a elaboração de novas abordagens para o processo de educação permanente dos profissionais de saúde no SUS.

2.6.2.Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde para a clínica ampliada, seja na Atenção Básica, nos ambulatórios de especialidades ou nos Hospitais de Ensino, com ênfase em Saúde da Família

I - Enfoques:

Promoção de diferentes tipos de atividades de educação permanente para os trabalhadores da rede de serviços, contemplando o planejamento e o exercício da clínica, da promoção da saúde e da saúde coletiva. Implementação de atividades de acompanhamento em serviço, de especialização para profissionais de formação técnica ou universitária, seguindo-se diretrizes para atuação integral na área de atenção básica, em especial a Saúde da Família, e utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que tomem o trabalho como eixo estruturante das atividades. Compreende também cursos de qualificação profissional para Agentes Comunitários de Saúde, de extensão para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e de educação profissional para a área de saúde bucal e outras. As atividades podem ser presenciais ou à distância; mas nos dois casos deve haver tutoria (presencial ou à distância), propiciando agilidade na comunicação entre tutores/facilitadores/orientadores e profissionais para o acompanhamento do trabalho enfrentamento de situações críticas.

II - Eixos de Ação:

1. Especialização em Saúde da Família para equipes regulares e para equipes especialmente conformadas para atenção às áreas remotas, de difícil acesso ou difícil provimento e fixação de profissionais;

2. Residência Multiprofissional em Saúde da Família;

3. Residências Integradas em Saúde;

4. Pós-Graduação;

5. Qualificação e formação para os Agentes Comunitários de Saúde e Atendentes de Consultório Dentário;

6. Formação e desenvolvimento de Técnicos de Higiene Dental (THD) e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;

7. Formação de outros técnicos necessários à resolutividade da atenção integral à saúde;

8. Atualização e desenvolvimento em Áreas Temáticas Prioritárias (incluindo aspectos da clínica e da saúde coletiva);

9. Organização de estratégias que favoreçam o estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência (compor a cadeia do cuidado progressivo à saúde como malha ininterrupta de cuidados);

10. Desenvolvimento de estratégias de acolhimento e responsabilização;

11.Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção entre outras a atenção domiciliar e internação domiciliar;

12.Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde.

III - Atividades:

- Abertura e/ou expansão de Cursos de Especialização em Saúde da Família e outros;

- Expansão ou Implantação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residências Integradas em Saúde;

- Implantação de Programa de Habilitação Técnica para Agentes Comunitários de Saúde (ACS);

- Desenvolvimento de Cursos de formação e/ou aperfeiçoamento e especialização para Atendentes de Consultório Dentário (ACD)/Técnicos de Higiene Dental (THD) e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;

- Formação de outros técnicos em saúde;

- Cursos em temas prioritários como a atenção integral em todas as fases da vida e do desenvolvimento conforme as necessidades estabelecidas a partir do perfil demográfico e epidemiológico locorregional e de formação dos trabalhadores: agravos relevantes como hanseníase, tuberculose, dengue, malária, aids, diabetes, hipertensão arterial, neoplasias; a atenção em urgência e emergência, atenção domiciliar e internação domiciliar; saúde bucal; saúde da mulher; saúde mental; saúde da criança e do adolescente; saúde do idoso; saúde do trabalhador; saúde ambiental; assistência farmacêutica e outros;

- Desenvolvimento de estratégias humanizadas e regulares para referência e contra-referência, organizando a rede como uma malha ininterrupta de cuidados profissionais.

2.6.3. Educação e Desenvolvimento da Gestão e do Controle Social no Sistema Único de Saúde

I - Enfoques:

Promoção de diferentes tipos de atividades de capacitação, formação e educação permanente para os trabalhadores que atuam na gestão do sistema e de unidades de saúde. Compreende, também, cursos de qualificação e formação para agentes sociais, parceiros intersetoriais e conselheiros de saúde. As atividades podem ser presenciais ou à distância e nos dois casos deve haver tutoria (presencial ou à distância), propiciando agilidade na comunicação entre tutores/facilitadores/orientadores e profissionais, para acompanhamento do trabalho e enfrentamento de situações críticas.

II - Eixos de Ação:

1. Formação e desenvolvimento para gestores de unidades locais (distritos, hospitais, unidades de atenção básica e outras);

2. Formação e desenvolvimento gerencial para Gestores e Equipes Gestoras;

3. Formação e desenvolvimento nas áreas de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde;

4. Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção à saúde;

5. Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde;

6. Formação, desenvolvimento e acompanhamento dos conselheiros de saúde e agentes sociais para a gestão social das políticas públicas de saúde;

7. Formação, desenvolvimento e acompanhamento dos parceiros intersetoriais.

III - Atividades:

- Cursos de desenvolvimento gerencial, incluindo organização de serviços e processo de trabalho, voltados para gerentes dos diferentes âmbitos de gestão da rede local;

- Cursos e outras iniciativas de desenvolvimento nas áreas de planejamento, organização e gestão de serviços e de controle social;

- Especialização em gestão de sistemas, ações e serviços de saúde;

- Cursos e outras iniciativas de desenvolvimento para agentes sociais, conselheiros de saúde, parceiros intersetoriais e trabalhadores de saúde na área de controle social.

2.6.4. Incentivo à Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais no Ensino de Graduação das Profissões da Saúde

I - Enfoques:

Desenvolvimento de estratégias para transformações curriculares na graduação das profissões da saúde; desenvolvimento de currículos integrados; adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que possibilitem tomar as práticas e problemas da realidade como mote para a aprendizagem; adoção de metodologias inovadoras de avaliação, diversificação dos cenários de práticas desde o início dos cursos; trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar para garantir integralidade e continuidade da atenção e produção de conhecimentos relevantes para o SUS.

II - Eixos de Ação:

1. Formação e desenvolvimento docente em educação de profissionais de saúde;

2. Desenvolvimento de profissionais dos serviços de saúde para acompanhamento docente;

3. Articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde para fazer de toda a rede de serviços e de gestão espaços de ensino-aprendizagem;

4. Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção;

5. Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde.

III - Atividades:

- Cursos de aperfeiçoamento pedagógico para docentes e profissionais dos serviços;

- Estágios supervisionados nos serviços de saúde (longitudinais e ao longo de todo o curso);

- Processos cooperativos para o desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao SUS;

- Especialização em educação de profissionais de saúde;

- Implementação das políticas de humanização com participação dos professores e dos estudantes;

- Desenvolvimento de estratégias de articulação multiprofissional e transdisciplinar;

- Participação na Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil).

Anexo 2 do Anexo XL

INFORMAÇÕES A SEREM DISPONIBILIZADAS POR CNRM, CFM E AMB E SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES A ELA VINCULADAS PARA FORMAÇÃO DO CADASTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Anexo 1)

INFORMAÇÕES A SEREM DISPONIBILIZADAS POR CNRM, CFM E AMB E SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES A ELA VINCULADAS PARA FORMAÇÃO DO CADASTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS

Dados Pessoais: 1.Nome completo 2.Data de nascimento
3.Sexo 4.Local de nascimento 5.Unidade Federativa e Município de residência
6.CPF 7.Se estrangeiro, número da cédula de identidade de estrangeiro; 8.Definição da nacionalidade do médico (Exemplo: B = brasileiro, E = estrangeiro, N = naturalizado); 9.Se médico estrangeiro, tipo de visto apresentado (Exemplo: P = permanente, V = provisório).

Dados da Inscrição: 1.Número de inscrição no CRM e unidade de inscrição; 2.Tipo de inscrição realizada pelo médico (Exemplos: P = primária, S = secundária, V = provisória, T = temporária, E = Estudando Méd. Estrangeiro); 3.Data da realização da(s) inscrição(ões) do médico;
4.Situação do médico no estado (Exemplos: A = ativo, T = transferido, C = cassado, S = suspenso, P = aposentado, F = falecido, L = cancelado, D = dívida ativa, O = suspenso por ordem judicial, X = afastado, I = interditado cautelarmente, N = interditado parcialmente); 5.Unidade da Federação da(s) inscrição(ões) do médico; 6.Em caso de cancelamento: Data e motivo de cancelamento da situação que estiver atual (Exemplos: C = cassado, P = aposentado, F = falecido, L = cancelado, X = Afastado, I = interditado cautelarmente).
Dados de Formação: 1.Data da formatura do médico; 2.Identificador da escola de graduação; 3.Município da escola de graduação; 4.Unidade da Federação da escola de graduação.
Título de Especialista - AMB: 1.Especialidade ou área de atuação do título obtido 2.Data de obtenção do título
Certificados de Residência Médica registrados na Comissão Nacional de Residência Médica: 1.Número de registro na CNRM 2.Programa 3.Especialidade ou área de atuação do título obtido
4.Período (data de início e conclusão do PRM) 5.Data de obtenção do título 6.Unidade de Residência Médica (Nome da instituição, Município, UF) Revalidação: 1 .Data da formatura do médico; 2.Identificador da escola que revalidou o diploma do médico formado do exterior; 3.Unidade da Federação da escola que revalidou o diploma do médico formado no exterior; 4.País de formação do médico.

AMB - ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES A ELA VINCULADAS	1.Nome; 2.Sexo; 3.Data de nascimento; 4.Naturalidade;
	5.CPF 6.Especialidade ou área de atuação do título obtido 7.Data de obtenção do título

CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica	1.Número de registro na CNRM 2.Programa 3.Especialidade ou área de atuação do título obtido
	4.Período (data de início e conclusão do PRM)
	5.Data de obtenção do título
	6.Unidade de Residência Médica (Nome da instituição, Município, UF)

Anexo XLI

Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (Origem: PRT MS/GM 2690/2009)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 1º)

§ 1º A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde será implantada de forma gradativa e articulada nas três esferas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 1º, § 1º)

§ 2º No Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde será implementada à luz dos princípios de universalidade, equidade e integralidade. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 1º, § 2º)

Art. 2º Para fins desta Política, define-se gestão de tecnologias em saúde como o conjunto de atividades gestoras relacionadas com os processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias do sistema de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 2º)

Art. 3º É objetivo geral da Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade, visando: (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º)

I - orientar os processos de incorporação de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, I)

II - nortear a institucionalização dos processos de avaliação e de incorporação de tecnologias baseados na análise das consequências e dos custos para o sistema de saúde e para a população; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, II)

III - promover o uso do conhecimento técnico-científico atualizado no processo de gestão de tecnologias em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, III)

IV - sensibilizar os profissionais de saúde e a sociedade em geral para a importância das consequências econômicas e sociais do uso inapropriado de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, IV)

V - fortalecer o uso de critérios e processos de priorização da incorporação de tecnologias, considerando aspectos de efetividade, necessidade, segurança, eficiência e equidade. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, V)

Art. 4º As ações estabelecidas na Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde serão orientadas pelos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º)

I - a gestão de tecnologias deve utilizar as evidências científicas e considerar os atributos de segurança, eficácia, efetividade, eficiência e impactos econômicos, éticos, sociais e ambientais da tecnologia em questão; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, I)

II - a produção e a difusão de informações relativas à avaliação de tecnologias deverão levar em conta o tipo da análise, o público-alvo, a linguagem adequada, o tempo disponível e a transparência, além de explicitar os eventuais conflitos de interesse; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, II)

III - os processos de avaliação promovidos e as decisões de incorporação tomadas pelos gestores de saúde devem ocorrer de modo crítico, permanente e independente; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, III)

IV - o processo de incorporação de tecnologias no sistema deve envolver diferentes atores da sociedade, adotar o Princípio da Precaução e considerar a universalidade do acesso, a equidade, e a sustentabilidade das tecnologias; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, IV)

V - o conhecimento sobre as tecnologias efetivas e seguras na atenção à saúde deverá ser disseminado de forma transparente e contínua aos profissionais de saúde e à população; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, V)

VI - a ética em pesquisa envolvendo seres humanos será considerada para comprovação de boas práticas no processo de avaliação de tecnologias. Os aspectos bioéticos envolvidos na garantia da equidade e da aplicação de recursos públicos serão analisados para incorporação tecnológica no sistema de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, VI)

VII - os processos de incorporação de tecnologias no sistema de saúde deverão incluir atores representativos da sociedade. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, VII)

Art. 5º A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde obedecerá as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º)

I - utilização de evidências científicas para subsidiar a gestão por meio da avaliação de tecnologias em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, I)

II - aprimoramento do processo de incorporação de tecnologias; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, II)

III - racionalização da utilização de tecnologias; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, III)

IV - apoio ao fortalecimento do ensino e pesquisa em gestão de tecnologias em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, IV)

V - sistematização e disseminação de informações; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, V)

VI - fortalecimento das estruturas governamentais; e (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, VI)

VII - articulação político-institucional e interssetorial. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, VII)

Parágrafo Único. Na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) as diretrizes desta Política terão caráter recomendatório e as ações articuladas serão subsidiadas por um Grupo de Trabalho Permanente de Avaliação de Tecnologias em Saúde, coordenado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS). (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 6º A Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde será implantada pelos órgãos e instituições sob gestão federal, respeitadas as competências institucionais. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 6º)

Parágrafo Único. A Secretaria de Atenção à Saúde, à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, a Secretaria em Vigilância à Saúde e demais órgãos do Ministério da Saúde adotarão, de forma articulada, todas as providências necessárias à plena implementação desta Política. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 7º Na implantação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, caberá ao Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), coordenar, em âmbito nacional, as ações de avaliação de tecnologias em saúde.(Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 7º)

Parágrafo Único. Para a geração e a síntese de evidências científicas no campo de Avaliação de Tecnologias em Saúde, o Departamento de Ciência e Tecnologia conta com o apoio da rede de centros colaboradores e instituições de ensino e pesquisa no País, denominada Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 8º Os Municípios, os Estados e o Distrito Federal poderão complementar o objeto deste Anexo para atender às necessidades e peculiaridades locais e regionais. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 8º)

§ 1º Caberá aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal o monitoramento e a avaliação das ações advindas das diretrizes dessa Política, no seu âmbito de atuação e gestão. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 8º, § 1º)

§ 2º As medidas para estruturação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, no âmbito dos Estados e Municípios, serão subsidiadas pelo Grupo de Trabalho de Ciência e Tecnologia da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 8º, § 2º)

Art. 9º Compete à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) a adoção das medidas necessárias à estruturação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 9º)

Anexo XLII

Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) (Origem: PRT MS/GM 589/2015)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO I)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 1º)

Art. 2º A PNIIS tem como finalidade definir os princípios e as diretrizes a serem observados pelas entidades públicas e privadas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e pelas entidades vinculadas ao Ministério da Saúde, para a melhoria da governança no uso da informação e informática e dos recursos de informática, visando à promoção do uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação nos processos de trabalho em saúde. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 2º)

CAPÍTULO II

DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES

(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO II)

Art. 3º A PNIIS é constituída a partir dos seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º)

I - princípios gerais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, I)

II - diretrizes relacionadas à Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov); (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, II)

III - diretrizes relacionadas à estratégia de e-Saúde para o Brasil; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, III)

IV - diretrizes relacionadas à Gestão da Política Nacional de Informação e Informática em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, IV)

V - diretrizes relacionadas à formação permanente de pessoal para o SUS na área de informação e informática em saúde. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, V)

Seção I

Dos Princípios Gerais da PNIIS

(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção I)

Art. 4º Constituem princípios gerais da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º)

I - informação em saúde direcionada à ação de atenção à saúde de cada indivíduo e da coletividade; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, I)

II - produção da informação em saúde abarcando a totalidade das ações de controle e participação social, coletiva e individual, das ações da atenção à saúde e das ações de gestão; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, II)

III - gestão da informação em saúde integrada e capaz de gerar conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, III)

IV - democratização da informação em saúde como um dever das entidades públicas e privadas de saúde no âmbito do SUS e entidades vinculadas ao Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, IV)

V - informação em saúde como elemento estruturante para a universalidade, a integralidade e a equidade social na atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, V)

VI - acesso gratuito à informação em saúde como direito de todo indivíduo; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, VI)

VII - descentralização dos processos de produção e disseminação da informação em saúde para atender às necessidades de compartilhamento de dados nacional e internacional e às especificidades regionais e locais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, VII)

VIII - preservação da autenticidade e da integridade da informação em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, VIII)

IX - confidencialidade, sigilo e privacidade da informação de saúde pessoal como direito de todo indivíduo. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, IX)

Seção II

Das Diretrizes relacionadas à Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov)

(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção II)

Art. 5º São diretrizes relacionadas à Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov) no âmbito da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º)

I - implementação da PNIIS conforme as diretrizes da Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov); (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, I)

II - promoção da articulação intersetorial visando melhorar a capacidade de produção de "software" como bem público, no interesse da área da saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, II)

III - promoção da articulação entre os Ministérios da Saúde, da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações com vistas à implantação da infraestrutura necessária à área de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, III)

IV - fomento ao desenvolvimento de metodologias e ferramentas científicas e tecnológicas para a gestão, qualificação e uso da informação em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, IV)

V - qualificação dos processos de trabalho em saúde, considerando as atividades de gestão do sistema de saúde e de gestão do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, V)

Seção III

Das Diretrizes Relacionadas à Estratégia de e-Saúde

(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção III)

Art. 6º São diretrizes relacionadas à estratégia de e-Saúde para o Brasil no âmbito da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º)

I - fortalecimento da área de informação e informática em saúde, com apoio à organização, ao desenvolvimento e à integração à atenção à saúde nas três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, I)

II - estabelecimento e manutenção atualizada de um repositório nacional de "software" em saúde que inclua componentes e aplicações de acesso público e irrestrito, em conformidade com padrões e protocolos de funcionalidade, interoperabilidade e segurança; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, II)

III - promoção de estratégias e mecanismos para a redução do número de sistemas de informação em saúde existentes ou sua simplificação e para a qualificação da produção da informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, III)

IV - promoção da disseminação e publicização de dados e informação em saúde de forma a atender tanto às necessidades de usuários, de profissionais, de gestores, de prestadores de serviços e do controle social, quanto às necessidades de intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, IV)

V - criação de mecanismos de articulação institucional com vistas à integração dos sistemas de informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, V)

VI - estabelecimento de um padrão para e-Saúde que permita a construção do Registro Eletrônico de Saúde (RES) do cidadão por meio da identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde, padrões e protocolos de interoperabilidade eletrônica e/ou digital entre os equipamentos e sistemas; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, VI)

VII - estabelecimento de infraestrutura de telecomunicação adequada para a implantação do RES do cidadão; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, VII)

VIII - estímulo ao uso de telecomunicação na atenção à saúde, educação à distância, sistemas de apoio à decisão, protocolos clínicos e programáticos e acesso eletrônico à literatura especializada, visando ampliar o potencial de resolubilidade junto aos processos ligados à atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, VIII)

IX - estímulo ao uso de pesquisas amostrais e inquéritos periódicos para os casos em que não se justifique a coleta universal e contínua de dados, a fim de otimizar os custos e o trabalho rotineiro; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, IX)

X - divulgação das diversas ações científico-tecnológicas de produção de informação ligadas à atenção à saúde, utilizando-se diferentes veículos de comunicação em suas mais variadas formas e tecnologias; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, X)

XI - instituição e implementação da estratégia nacional de e-Saúde, com a organização do Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS), para orientar o conjunto de esforços e investimentos em informação e informática em saúde. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, XI)

Seção IV

Das Diretrizes Relacionadas à Gestão da PNIIS

(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção IV)

Art. 7º São diretrizes relacionadas à Gestão da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º)

I - incentivo à qualificação dos processos de trabalho em saúde, considerando-os atividades de gestão do sistema de saúde e de gestão do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, I)

II - implementação de soluções de tecnologia de informação e comunicação que possibilitem a melhoria na organização do processo de trabalho em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, II)

III - fomento ao desenvolvimento de profissionais na área de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, III)

IV - incentivo por meio de certificação digital e/ou sistemas biométricos à implementação de mecanismos de segurança de acesso aos sistemas, dados e informações de saúde que garantam a sua autenticidade e integridade dos dados e informações de saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, IV)

V - dotação da área de saúde de instrumentos legais, normativos e organizacionais, relacionados à questão da segurança e da confidencialidade da informação; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, V)

VI - definição de linhas de financiamento, investimento e custeio para o desenvolvimento de projetos de tecnologia da informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, VI)

VII - implementação de ações e mecanismos de regulação para o complexo produtivo de tecnologia da informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, VII)

VIII - adoção de ações referentes à implementação da PNIIS no processo de planejamento regional integrado, a fim de fortalecer a articulação interfederativa no âmbito da saúde em território nacional; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, VIII)

IX - garantia de desenvolvimento e implantação de sistemas de informação em saúde de base nacional ou estadual mediante prévia pactuação nas respectivas comissões intergestores; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, IX)

X - estabelecimento de política de controle de acesso autorizado aos bancos de dados dos sistemas de informação em saúde pelo cidadão e pelos gestores de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, X)

XI - promoção do uso de soluções de tecnologia de informação e comunicação (TICs) que possibilitem aos Conselhos de Saúde a sistematização de informações e a agilidade no acompanhamento das ações em saúde e da participação da comunidade. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, XI)

Seção V

Das Diretrizes Relacionadas à Formação Permanente de Pessoal para o SUS na Área de Informação e Informática em Saúde

(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção V)

Art. 8º São diretrizes relacionadas à formação permanente de pessoal para o SUS na área de informação e informática em saúde no âmbito da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 8º)

I - promoção da formação, da qualificação e da educação permanente dos trabalhadores e dos gestores de saúde para uso da informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 8º, I)

II - promoção da articulação entre os Ministérios da Saúde, da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações e da Educação com vistas à inclusão de conteúdos relacionados à área de informação e informática em saúde nos cursos de graduação e pós-graduação; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 8º, II)

III - incentivo ao desenvolvimento de programas específicos para a formação em educação permanente na área de saúde, a fim de ampliar e qualificar a produção e utilização da informação e informática em saúde. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 8º, III)

CAPÍTULO III

DAS RESPONSABILIDADES

(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO III)

Art. 9º Ao Ministério da Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º)

I - incluir no Plano Nacional de Saúde ações e metas para a implementação da PNIIS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, I)

II - apoiar a implementação da PNIIS nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios por meio do processo de planejamento regional em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, II)

III - incentivar o desenvolvimento das ações de educação permanente com foco nas especificidades de informação e informática em saúde, destinadas aos trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, III)

IV - prestar apoio e cooperação técnica no desenvolvimento de ações da PNIIS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, IV)

V - articular e estabelecer parcerias com órgãos governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais, intra e intersetoriais, e com a sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, V)

VI - estabelecer metodologias de monitoramento e avaliação da PNIIS de forma articulada com os Estados e os Municípios; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, VI)

VII - implantar soluções de informática, segundo suas necessidades, para atender às demandas informacionais, garantida a interoperabilidade entre os sistemas nacionais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, VII)

VIII - promover e coordenar ações para o desenvolvimento de alta competência e excelência profissional em áreas da informação e tecnologia da informação em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, VIII)

IX - apoiar processos para adoção de certificação digital, emitida pela Infraestrutura de Chaves Públicas (ICP-Brasil). (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, IX)

Art. 10. Às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal competem: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10)

I - promover a implementação das ações de informação e informática no âmbito estadual e distrital, em consonância com a PNIIS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, I)

II - incluir ações e metas nos planos estaduais e distrital de saúde, em consonância com a PNIIS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, II)

III - apoiar a implementação da PNIIS por meio do processo de planejamento regional em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, III)

IV - desenvolver e apoiar ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde com foco nas especificidades de informação e informática, destinadas aos trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, IV)

V - prestar apoio e cooperação técnica aos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, V)

VI - articular e estabelecer parcerias com órgãos governamentais e não governamentais, intra e intersetoriais, e com a sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, VI)

VII - implantar soluções de informática, segundo suas necessidades regionais, para atender às demandas informacionais no âmbito de seu território, garantida a interoperabilidade com os sistemas nacionais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, VII)

VIII - estabelecer metodologias de monitoramento e avaliação das ações de informação e informática da PNIIS de forma articulada com o Ministério da Saúde e com os Municípios; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, VIII)

IX - coordenar ações que promovam o desenvolvimento das instâncias públicas de informação e tecnologia da informação em saúde no SUS. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, IX)

Art. 11. Às Secretarias Municipais de Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11)

I - implementar as ações de informação e informática em saúde em consonância com a PNIIS, conforme previsto no sistema de planejamento do SUS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, I)

II - apoiar a implementação da PNIIS por meio do processo de planejamento regional em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, II)

III - articular e estabelecer parcerias com órgãos governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais, intra e intersetoriais, e com a sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, III)

IV - implantar soluções de informática, segundo suas necessidades regionais, para atender às demandas informacionais no âmbito de seu território, garantida a interoperabilidade com os sistemas nacionais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, IV)

V - desenvolver ações de educação permanente, com foco nas especificidades de informação e informática em saúde, destinadas aos trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, V)

VI - estabelecer metodologias de monitoramento e avaliação das ações de informação e informática desta Política no âmbito local; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, VI)

VII - coordenar ações que promovam o desenvolvimento das instâncias públicas de informação e tecnologia da informação em saúde no SUS. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, VII)

CAPÍTULO IV

DO MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO IV)

Art. 12. As ações e as metas para o monitoramento e a avaliação da PNIIS devem estar presentes nos seguintes instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 12)

I - Planos de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 12, I)

II - Programações Anuais de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 12, II)

III - Relatórios Anuais de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 12, III)

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO VI)

Art. 13. Fica instituído Comitê Gestor, de composição tripartite, cujas competências serão definidas em ato específico do Ministro de Estado da Saúde, para o acompanhamento da implementação da PNIIS. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 14)

Art. 14. O Comitê garantirá, no seu cronograma anual de trabalho, encontros sistemáticos com representantes de outros órgãos e entidades públicas e privadas que têm interface com as ações a serem executadas, bem como poderá convidá-los a participar de suas reuniões, sempre que necessário. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 15)

Art. 15. A implementação da PNIIS deve observar a realidade local, respeitando conceitos e incentivando experiências bem-sucedidas para estabelecer uma extensa rede de cooperação, com o fim de inserir os princípios e as diretrizes da Política no cotidiano das ações institucionais na área de saúde em território nacional.(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 16)

Art. 16. Compete, conjuntamente, à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) e à Secretaria-Executiva (SE/MS), articular, no âmbito do Ministério da Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessárias à implementação da PNIIS. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 17)

Art. 17. O texto integral da PNIIS estará disponível no Portal do Ministério da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível pelo endereço eletrônico http://portalsaude.saude.gov.br/. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 18)

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

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

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

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

CAPÍTULO I

DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

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

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

I - Rede Cegonha, na forma do Anexo II;

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

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

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

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

CAPÍTULO II

DAS REDES DE SERVIÇO DE SAÚDE

Art. 4º São Redes de Serviço de Saúde:

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

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

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

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

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

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

VII - Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde (REGESUS), na forma do Anexo XIII;

VIII - Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS), na forma do Anexo XIV.

CAPÍTULO III

DAS REDES DE PESQUISA EM SAÚDE

Art. 5º São Redes de Pesquisa em Saúde:

I - Redes Nacionais de Pesquisa em Saúde (RNPS), na forma do Anexo XV;

II - Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde (RNPPS), na forma do Anexo XVI;

III - Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC) em Hospitais de Ensino, na forma do Anexo XVII;

IV - Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPCC), na forma do Anexo XVIII;

V - Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares (RNPDC), na forma do Anexo XIX;

VI - Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC), na forma do Anexo XX;

VII - Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas (RNPDN), na forma do Anexo XXI;

VIII - Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral (RNPAVC), na forma do Anexo XXII;

IX - Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas (RENEZIKA), na forma do Anexo XXIII;

X - Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), na forma do Anexo XXIV;

XI - Políticas Informadas por Evidências (EVIDENCE-INFORMED POLICY NETWORK - EVIPNET), na forma do Anexo XXV.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 6º Ficam revogadas, por consolidação, as seguintes normas:

I - Portaria nº 4279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2010, p. 88;

II - arts. 1º a 9º e 12 da Portaria nº 1459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de junho de 2011, p. 109;

III - arts. 1º a 10, 41 a 49, 51 a 56 da Portaria nº 11/GM/MS, de 7 de janeiro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de janeiro de 2015, p. 30;

IV - arts. 1º a 23, 34, 37 a 39 da Portaria nº 1020/GM/MS, de 29 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de maio de 2013, p. 72;

V - Portaria nº 1481/GM/MS, de 13 de junho de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de junho de 2017, p. 75;

VI - Portaria nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de maio de 2012, p. 138;

VII - Portaria nº 2418/GM/MS, de 2 de dezembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de dezembro de 2005, p. 32;

VIII - Portaria nº 1084/GM/MS, de 28 de abril de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de maio de 2017, p. 52;

IX - Portaria nº 1600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de julho de 2011, p. 69;

X - arts. 2º a 6º, 11, 27 a 29 e 1º da Portaria nº 2395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de outubro de 2011, p. 79;

XI - Portaria nº 479/GM/MS, de 15 de abril de 1999, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de abril de 1999, p. 79;

XII - Portaria nº 2923/GM/MS, de 9 de junho de 1998, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de junho de 1998, p. 44;

XIII - arts. 1º a 11, 42 a 46 da Portaria nº 1010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de maio de 2012, p. 87;

XIV - Portaria nº 2657/GM/MS, de 16 de dezembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de dezembro de 2004, p. 76;

XV - arts. 1º, 2º, 4º, 5º, 9º e 10 da Portaria nº 2971/GM/MS, de 8 de dezembro de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de dezembro de 2008, p. 69;

XVI - arts. 1º a 6º e 12 da Portaria nº 2338/GM/MS, de 3 de outubro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de outubro de 2011, p. 28;

XVII - arts. 1º a 12, 29 a 31, 33, 37 a 40, 42 a 45 da Portaria nº 10/GM/MS, de 3 de janeiro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de janeiro de 2017, p. 34;

XVIII - Portaria nº 1365/GM/MS, de 8 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de julho de 2013, p. 166;

XIX - arts. 1º a 5º, 7º a 23, 28 a 30 da Portaria nº 1366/GM/MS, de 8 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de julho de 2013, p. 166;

XX - Portaria nº 1678/GM/MS, de 6 de outubro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de outubro de 2015, p. 55;

XXI - arts. 1º, 3º a 8º, 13, 14 e 16 da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de abril de 2012, p. 35;

XXII - arts. 1º a 5º e 10 da Portaria nº 2994/GM/MS, de 13 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de dezembro de 2011, p. 118;

XXIII - Portaria nº 895/GM/MS, de 31 de março de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de março de 2017, p. 78;

XXIV - arts. 1º a 20, 37, 39 a 42 e 45 da Portaria nº 2809/GM/MS, de 7 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de dezembro de 2012, p. 36;

XXV - Portaria nº 905/GM/MS, de 16 de agosto de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de agosto de 2000, p. 119;

XXVI - Portaria nº 483/GM/MS, de 1 de abril de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de abril de 2014, p. 50;

XXVII - Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de março de 2013, p. 23;

XXVIII - Portaria nº 62/GM/MS, de 6 de janeiro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de janeiro de 2017, p. 31;

XXIX - arts. 1º a 5º, 8º a 23 e 25 da Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de março de 2013, p. 25;

XXX - arts. 1º a 31, 34 a 39, 48 e 49 da Portaria nº 389/GM/MS, de 13 de março de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de março de 2014, p. 34;

XXXI - Portaria nº 571/GM/MS, de 5 de abril de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de abril de 2013, p. 56;

XXXII - arts. 1º a 6º, 16 a 19 e 21 da Portaria nº 189/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de fevereiro de 2014, p. 31;

XXXIII - arts. 1º a 25, 29, 32, 35 e 36-A da Portaria nº 3388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2013, p. 42;

XXXIV - Portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de dezembro de 2011, p. 230;

XXXV - Portaria nº 1306/GM/MS, de 27 de junho de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de junho de 2012, p. 196;

XXXVI - arts. 1º a 6º e 9º da Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de fevereiro de 2002, p. 22;

XXXVII - arts. 1º a 11 da Portaria nº 130/GM/MS, de 26 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de janeiro de 2012, p. 39;

XXXVIII - arts. 1º a 12 e 17 da Portaria nº 121/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de janeiro de 2012, p. 45;

XXXIX - Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 1 de fevereiro de 2012, p. 33;

XL - Portaria nº 2391/GM/MS, de 26 de dezembro de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de dezembro de 2002, p. 349;

XLI - Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de fevereiro de 2000, p. 49;

XLII - Portaria nº 678/GM/MS, de 30 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de março de 2006, p. 132;

XLIII - Portaria nº 3090/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de dezembro de 2011, p. 233;

XLIV - Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de abril de 2012, p. 94;

XLV - art. 1º da Portaria nº 1303/GM/MS, de 28 de junho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 1 de julho de 2013, p. 45;

XLVI - Portaria nº 479/GM/MS, de 23 de março de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de março de 2016, p. 45;

XLVII - arts. 1º e 8º da Portaria nº 626/GM/MS, de 23 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de março de 2006, p. 53;

XLVIII - arts. 1º a 14, 16 a 18, 23, 25 a 27, 31, 33, 34 e 36 da Portaria nº 2776/GM/MS, de 18 de dezembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de dezembro de 2014, p. 183;

XLIX - Portaria nº 702/GM/MS, de 12 de abril de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de abril de 2002, p. 28;

L - Portaria nº 1273/GM/MS, de 21 de novembro de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de novembro de 2000, p. 51;

LI - Portaria nº 936/GM/MS, de 18 de maio de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de maio de 2004, p. 52;

LII - arts. 1º a 9º, 12, 16 a 18 da Portaria nº 1679/GM/MS, de 19 de setembro de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de setembro de 2002, p. 53;

LIII - arts. 1º a 9º, 12 a 17 da Portaria nº 2728/GM/MS, de 11 de novembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de novembro de 2009, p. 76;

LIV - Portaria nº 2978/GM/MS, de 15 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de dezembro de 2011, p. 89;

LV - Portaria nº 2647/GM/MS, de 4 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de novembro de 2013, p. 41;

LVI - Portaria nº 2970/GM/MS, de 25 de novembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de novembro de 2009, p. 48;

LVII - Portaria nº 176/GM/MS, de 27 de janeiro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de janeiro de 2006, p. 76;

LVIII - Portaria nº 2915/GM/MS, de 12 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de dezembro de 2011, p. 62;

LIX - Portaria nº 137/GM/MS, de 24 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de janeiro de 2014, p. 27;

LX - Portaria nº 193/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de fevereiro de 2014, p. 34;

LXI - Portaria nº 794/GM/MS, de 13 de abril de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de abril de 2011, p. 56;

LXII - Portaria nº 192/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de fevereiro de 2014, p. 33;

LXIII - Portaria nº 190/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de fevereiro de 2014, p. 33;

LXIV - Portaria nº 194/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de fevereiro de 2014, p. 34;

LXV - Portaria nº 191/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de fevereiro de 2014, p. 33;

LXVI - Portaria nº 195/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de fevereiro de 2014, p. 35;

LXVII - Portaria nº 1046/GM/MS, de 20 de maio de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de maio de 2016, p. 108;

LXVIII - Portaria nº 495/GM/MS, de 10 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de março de 2006, p. 52;

LXIX - Portaria nº 1811/GM/MS, de 12 de agosto de 2009, publicada no Boletim de Serviço do MS, de 17 de agosto de 2009, p. 1;

LXX - Portaria nº 2363/GM/MS, de 7 de outubro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de outubro de 2009, p. 90.

Art. 7º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

Anexo I

Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS (Origem: PRT MS/GM 4279/2010, Anexo 1)

DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS

O presente documento trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

Esse documento estabelece os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS, entendendo que o seu aprofundamento constituirá uma série de temas técnicos e organizacionais a serem desenvolvidos, em função da agenda de prioridades e da sua modelagem.

O texto foi elaborado a partir das discussões internas das áreas técnicas do Ministério da Saúde e no Grupo de trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite, composto com representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Ministério da Saúde (MS).

O conteúdo dessas orientações está fundamentado no arcabouço normativo do SUS, com destaque para as Portarias do Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS), na publicação da Regionalização Solidária e Cooperativa, além das experiências de apoio à organização da RAS promovidas pelo Ministério da Saúde (MS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em regiões de saúde de diversos estados.

O documento está organizado da seguinte forma: justificativa abordando por que organizar rede de atenção à saúde, os principais conceitos, fundamentos e atributos da rede de atenção à saúde, os elementos constitutivos da rede, as principais ferramentas de microgestão dos serviços e, diretrizes com algumas estratégias para a implementação da rede de atenção à saúde.

1. POR QUE ORGANIZAR REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual.

O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros.

O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio econômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país.

Consequentemente, a organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por: (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS).

Considera-se, ainda, o atual perfil epidemiológico brasileiro, caracterizado por uma tripla carga de doença que envolve a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição características de países subdesenvolvidos, importante componente de problemas de saúde reprodutiva com mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis, e o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito, trazendo a necessidade de ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, as condições agudas.

Superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS, enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde. Essa decisão envolve aspectos técnicos, éticos, culturais, mas, principalmente, implica no cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do Sistema, expresso por uma "associação fina da técnica e da política", para garantir os investimentos e recursos necessários à mudança.

A solução está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da RAS para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população.

Experiências têm demonstrado que a organização da RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.

No Brasil, o debate em torno da busca por maior integração adquiriu nova ênfase a partir do Pacto pela Saúde, que contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS e ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de Rede como estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, se efetivando em três dimensões:

Pacto Pela Vida: compromisso com as prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Pacto em Defesa do SUS: compromisso com a consolidação os fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS.

Pacto de Gestão: compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde.

O Pacto de Gestão estabeleceu o espaço regional como lócus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que é esse espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal.

A construção dessa forma de relações intergovernamentais no SUS requer o cumprimento das responsabilidades assumidas e metas pactuadas, sendo cada esfera de governo co-responsável pela gestão do conjunto de políticas com responsabilidades explicitadas.

Em sintonia com o Pacto pela Saúde, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), ambas voltadas para a configuração de um modelo de atenção capaz de responder as condições crônicas e as condições agudas e promover ações de vigilância e promoção a saúde, efetivando a APS como eixo estruturante da RAS no SUS.

No campo das políticas públicas, comprometida com a garantia de oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde, a organização do Sistema em rede possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação. Nesse processo, o desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania.

2. CONCEITOS

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular.

São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros.

Todos os pontos de atenção a saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Para assegurar seu compromisso com a melhora de saúde da população, integração e articulação na lógica do funcionamento da RAS, com qualidade e eficiência para os serviços e para o Sistema, faz-se necessária a criação de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores / financiadores e os prestadores de serviço.

Quando esses contratos abrangem todos os pontos de atenção da rede o Sistema passa a operar em modo de aprendizagem, ou seja, a busca contínua por uma gestão eficaz, eficiente e qualificada, de forma a proporcionar a democratização e a transparência ao SUS.

A contratualização/contratos de gestão, nesse contexto, pode ser definida como o modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa na definição clara de responsabilidades, de objetivos de desempenho, incluindo tanto os sanitários, quanto os econômicos, resultando dessa negociação um compromisso explícito entre ambas as partes. Esse processo deve resultar, ainda, na fixação de critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos. Dentre os objetivos da contratualização destacam-se:

Melhorar o nível de saúde da população;

Responder com efetividade às necessidades em saúde;

Obter um efetivo e rigoroso controle sobre o crescimento das despesas de origem pública com a saúde;

Alcançar maior eficiência gestora no uso de recursos escassos, maximizando o nível de bem-estar;

Coordenar as atividades das partes envolvidas;

Assegurar a produção de um excedente cooperativo;

Distribuir os frutos da cooperação;

Assegurar que os compromissos sejam cumpridos; e

Disponibilizar, em tempo útil, a informação de produção, financiamento, desempenho, qualidade e acesso, de forma a garantir adequados níveis de informação ao cidadão.

Para atingir esses objetivos as partes adotam em três áreas de aplicação que são: cuidados primários, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência.

A inovação desse modelo de contrato de gestão está em "contratualizar a saúde e não apenas cuidados de saúde, obtendo macroeficiência para o conjunto do sistema" - e para a superação de problemas cruciais como:

Passar de uma abordagem populacional isolada (hospitais ou centros de saúde) para uma contratualização de âmbito da região de saúde, seguindo critérios de adscrição da população estratificada por grau de risco, e abordando os diversos estabelecimentos de saúde em termos de uma rede de cuidados;

O contínuo aumento dos gastos para a prestação de serviços de alto custo devido ao tratamento tardio de condições e agravos sensíveis à APS, pela introdução de ferramentas de microgestão e incentivos financeiros para pagamento por desempenho individual e institucional;

Promover a participação efetiva do cidadão e da comunidade no processo de contratualização, nomeadamente através da participação organizada e permanente dos utentes.

Considerando a necessidade de fortalecimento da APS vigente, no que se refere à prática dos seus atributos essenciais, a contratualização das ações de saúde a partir do primeiro nível de atenção, tem sido apontada como instrumento potente para induzir responsabilização e qualidade, sempre no sentido de alcançar melhores resultados em saúde.

Adicionalmente, estratégias de articulação como a análise da situação de saúde; a interoperabilidade entre os vários sistemas de informação; a existência de complexos reguladores; as ações de educação permanente e de educação popular em saúde e o planejamento participativo são igualmente importantes para superar para a implementação de um modelo de atenção de saúde pautado na defesa da vida.

Os problemas vivenciados na área de educação e da gestão do trabalho necessitam de ações estratégicas. Nesta concepção, o trabalho deve ser visto como uma categoria central para uma política de valorização dos trabalhadores de saúde. É necessário visualizar o trabalho como um espaço de construção de sujeitos e de subjetividades, um ambiente que tem pessoas, sujeitos, coletivos de sujeitos, que inventam mundos e se inventam e, sobretudo, produzem saúde.

Portanto, o trabalho é um lugar de criação, invenção e, ao mesmo tempo, um território vivo com múltiplas disputas no modo de produzir saúde. Por isso, a necessidade de implementar a práxis (ação-reflexão-ação) nos locais de trabalho para a troca e o cruzamento com os saberes das diversas profissões.

É importante ressaltar que na disputa dos interesses, o que deve permanecer é o interesse do usuário cidadão. Portanto, os problemas de saúde da população e a busca de soluções no território circunscrito devem ser debatidos nas equipes multiprofissionais.

Além da valorização do espaço do trabalho, há necessidade de buscar alternativas para os problemas relacionados a não valorização dos trabalhadores de saúde. Assim, todos os profissionais de saúde podem e devem fazer a clínica ampliada, pois escutar, avaliar e se comprometer na busca do cuidado integral em saúde são responsabilidades de toda profissão da área de saúde.

Além disso, é preciso considerar e valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio matricial a fim de construir modos para haver a correponsabilização do profissional e do usuário.

O trabalho vivo reside principalmente nas relações que são estabelecidas no ato de cuidar. É o momento de se pensar o projeto terapêutico singular, com base na escuta e na responsabilização com o cuidado. O foco do trabalho vivo deve ser as relações estabelecidas no ato de cuidar que são: o vínculo, a escuta, a comunicação e a responsabilização com o cuidado. Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser utilizados a partir desta relação e não o contrário como tem sido na maioria dos casos.

3. FUNDAMENTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados:

3.1 Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos

Economia de escala, qualidade e acesso são a lógica fundamental na organização da rede de atenção à saúde.

A Economia de Escala - ocorre quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo, um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. Desta forma, a concentração de serviços em determinado local racionaliza custos e otimiza resultados, quando os insumos tecnológicos ou humanos relativos a estes serviços inviabilizem sua instalação em cada município isoladamente.

Qualidade - um dos objetivos fundamentais do sistema de atenção á saúde e da RAS é a qualidade na prestação de serviços de saúde. A qualidade na atenção em saúde pode ser melhor compreendida com o conceito de graus de excelência do cuidado que pressupõe avanços e retrocessos nas seis dimensões, a saber: segurança (reconhecer e evitar situações que podem gerar danos enquanto se tenta prevenir, diagnosticar e tratar); efetividade (utilizar-se do conhecimento para implementar ações que fazem a diferença, que produzem benefícios claros aos usuários); centralidade na pessoa (usuários devem ser respeitados nos seus valores e expectativas, e serem envolvidos e pró-ativos no cuidado à saúde); pontualidade (cuidado no tempo certo, buscando evitar atrasos potencialmente danosos); eficiência (evitar desperdício ou ações desnecessárias e não efetivas), e equidade (características pessoais, como local de residência, escolaridade, poder aquisitivo, dentre outras, não devem resultar em desigualdades no cuidado à saúde).

Suficiência - significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população e inclui cuidados primários, secundários, terciários, reabilitação, preventivos e paliativos, realizados com qualidade.

Acesso - ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado. Deverão ser estabelecidas alternativas específicas na relação entre acesso, escala, escopo, qualidade e custo, para garantir o acesso, nas situações de populações dispersas de baixa densidade populacional, com baixíssima oferta de serviços. O acesso pode se analisado através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários:

A disponibilidade diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade.

A comodidade está relacionada ao tempo de espera para o atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto dos ambientes para atendimento, entre outros.

A aceitabilidade está relacionada à satisfação dos usuários quanto à localização e à aparência do serviço, à aceitação dos usuários quanto ao tipo de atendimento prestado e, também, a aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento.

Disponibilidade de Recursos - é outro fator importante para o desenvolvimento da RAS. Recursos escassos, sejam humanos ou físicos, devem ser concentrados, ao contrário dos menos escassos, que devem ser desconcentrados.

3.2 Integração Vertical e Horizontal

Na construção da RAS devem ser observados os conceitos de integração vertical e horizontal, que vêm da teoria econômica e estão associados à concepções relativas às cadeias produtivas.

Integração Vertical - consiste na articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada, sendo complementar (agregando resolutividade e qualidade neste processo).

Integração Horizontal: consiste na articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade. É utilizada para otimizar a escala de atividades, ampliar a cobertura e a eficiência econômica na provisão de ações e serviços de saúde através de ganhos de escala (redução dos custos médios totais em relação ao volume produzido) e escopo (aumento do rol de ações da unidade).

3.3 Processos de Substituição

São definidos como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis.

Esses processos são importantes para se alcançar os objetivos da RAS, no que se refere a prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e no tempo certo.

A substituição pode ocorrer nas dimensões da localização, das competências clínicas, da tecnologia e da clínica. Ex: mudar o local da atenção prestada do hospital para o domicílio; transição do cuidado profissional para o auto-cuidado; delegação de funções entre os membros da equipe multiprofissional, etc.

3.4 Região de Saúde ou Abrangência

A organização da RAS exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços.

A definição adequada da abrangência dessas regiões é essencial para fundamentar as estratégias de organização da RAS, devendo ser observadas as pactuações entre o estado e o município para o processo de regionalização e parâmetros de escala e acesso.

3.5 Níveis de Atenção

Fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS, estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde).

4. ATRIBUTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Considera-se que não há como prescrever um modelo organizacional único para as RAS, contudo as evidências mostram que o conjunto de atributos apresentados a seguir são essenciais ao seu funcionamento:

1. População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;

2. Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;

3. Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde;

4. Prestação de serviços especializados em lugar adequado;

5. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;

6. Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;

7. Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;

8. Participação social ampla;

9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;

10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;

11. Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;

12. Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;

13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e

14. Gestão baseada em resultado.

A integração dos sistemas de saúde deve ser entendida como um contínuo e não como uma situação de extremos opostos entre integração e não integração. Dessa forma, existem graus de integração, que variam da fragmentação absoluta à integração total. Por sua vez, a integração é um meio para melhorar o desempenho do sistema, de modo que os esforços justificam-se na medida em que conduzam a serviços mais acessíveis, de maior qualidade, com melhor relação custo-benefício e satisfaçam aos usuários (OPAS, 2009).

5. PRINCIPAIS FERRAMENTAS DE MICRO GESTÃO DOS SERVIÇOS

A Rede de Atenção à Saúde organiza-se a partir de um processo de gestão da clínica associado ao uso de critérios de eficiência microeconômica na aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos, voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde.

É preciso ampliar o objeto de trabalho da clínica para além das doenças, visando compreender os problemas de saúde, ou seja, entender as situações que ampliam o risco ou a vulnerabilidade das pessoas.

Os problemas ou condições de saúde estão em sujeitos, em pessoas, por isso, a clínica do sujeito é a principal ampliação da clínica, que possibilita o aumento do grau de autonomia dos usuários, cabendo uma decisão compartilhada do projeto terapêutico.

A gestão da clínica aqui compreendida implica "a aplicação de tecnologias de micro-gestão dos serviços de saúde com a finalidade de: a) assegurar padrões clínicos ótimos; b) aumentar a eficiência; c) diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais; d) prestar serviços efetivos; e e) melhorar a qualidade da atenção à saúde".

Como subsídio à gestão da clínica utiliza-se a análise da situação de saúde em que o objetivo é a identificação e estratificação de riscos em grupos individuais expostos a determinados fatores e condições que os colocam em situação de prioridade para a dispensação de cuidados de saúde, sejam eles preventivos, promocionais ou assistenciais.

A gestão clínica dispõe de ferramentas de microgestão que permitem integrar verticalmente os pontos de atenção e conformar a RAS. As ferramentas de microgestão partem das tecnologias-mãe, as diretrizes clínicas, para, a partir delas, desenhar a RAS e ofertar outras ferramentas como a gestão da condição de saúde, gestão de casos, auditoria clínica e as listas de espera.

Diretrizes clínicas - entendidas como recomendações que orientam decisões assistenciais, de prevenção e promoção, como de organização de serviços para condições de saúde de relevância sanitária, elaboradas a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia. As diretrizes desdobram-se em Guias de Prática Clínica/Protocolos Assistenciais, orientam as Linhas de Cuidado e viabilizam a comunicação entre as equipes e serviços, programação de ações e padronização de determinados recursos.

Linhas de Cuidado (LC) - uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. A implantação de LC deve ser a partir das unidades da APS, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Vários pressupostos devem ser observados para a efetivação das LC, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e co-responsabilização das unidades de saúde; interação entre eipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados. Tais aspectos devem ser de responsabilidade de grupo técnico, com acompanhamento da gestão regional.

Gestão da condição da saúde - é a mudança de um modelo de atenção à saúde focada no indivíduo, por meio de procedimentos curativos e reabilitadores, para uma abordagem baseada numa população adscrita, que identifica pessoas em risco de adoecer ou adoecidas, com foco na promoção da saúde e/ou ação preventiva, ou a atenção adequada, com intervenção precoce, com vistas a alcançar melhores resultados e menores custos. Sua premissa é a melhoria da qualidade da atenção à saúde em toda a RAS. Para tanto, engloba o conjunto de pontos de atenção à saúde, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, a custos compatíveis, com base em evidência disponível na literatura científica. Pode ser definida como a gestão de processos de uma condição ou doença que envolve intervenções na promoção da saúde, na prevenção da condição ou doença e no seu tratamento e reabilitação.

A gestão dos riscos coletivos e ambientais passa pela vigilância, prevenção e controle das doenças, agravos e fatores de risco, onde o foco é a identificação oportuna de problemas de saúde na população, a identificação das causas e fatores desencadeantes, a descrição do comportamento, a proposição de medidas para o controle ou eliminação e o desencadeamento das ações. Os problemas podem se manifestar através de doenças transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis, agravos à saúde como as violências, exposição a produtos danosos à saúde, alterações do meio ambiente, ou ambiente de trabalho, entre outros.

Gestão de caso - é um processo que se desenvolve entre o profissional responsável pelo caso e o usuário do serviço de saúde para planejar, monitorar e avaliar ações e serviços, de acordo com as necessidades da pessoa, com o objetivo de propiciar uma atenção de

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300194

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

qualidade e humanizada. Seus objetivos são: a) atender às necessidades e expectativas de usuários em situação especial; b) prover o serviço certo ao usuário no tempo certo; c) aumentar a qualidade do cuidado; e d) diminuir a fragmentação da atenção. É, portanto, uma relação personalizada entre o profissional responsável pelo caso e o usuário de um serviço de saúde.

Auditoria clínica - segundo BERWICK E KNAPP, 1990, há três enfoques principais de auditoria clínica: auditoria implícita, que utiliza opinião de experts para avaliar a prática de atenção à saúde; a auditoria explícita, que avalia a atenção prestada contrastando-a com critérios pré-definidos, especialmente nas diretrizes clínicas; e a auditoria por meio de eventos- sentinela. A auditoria clínica consiste na análise crítica e sistemática da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados no diagnóstico e tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes em todos os pontos de atenção, observada a utilização dos protocolos clínicos estabelecidos. Essa auditoria não deve ser confundida com a auditoria realizada pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

Lista de espera - pode ser conceituada como uma tecnologia que normatiza o uso de serviços em determinados pontos de atenção à saúde, estabelecendo critérios de ordenamento por necessidades e riscos, promovendo a transparência, ou seja, constituem uma tecnologia de gestão da clínica orientada a racionalizar o acesso a serviços em que exista um desequilíbrio entre a oferta e a demanda.

6. ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A operacionalização da RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde.

6.1 População e Região de Saúde

Para preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade, as RAS deve ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade. O Pacto pela Saúde define as regiões de saúde como espaços territoriais complexos, organizados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território. Assim, a população sob responsabilidade de uma rede é a que ocupa a região de saúde definida pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI).

A região de saúde deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.

6.2 Estrutura Operacional

A estrutural operacional da RAS é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam.

Os componentes que estruturam a RAS incluem: APS - centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança.

APS - Centro de Comunicação

A Atenção Primária à Saúde é o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado.

Para cumprir este papel, a APS deve ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, pois constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção.

Deve exercer um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A coordenação do cuidado é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Cabe a APS integrar verticalmente os serviços que, normalmente são ofertados de forma fragmentada, pelo sistema de saúde convencional.

Uma atenção primária de qualidade, como parte integrante da Rede de atenção à saúde estrutura-se segundo sete atributos e três funções:

Atributos - Primeiro Contato; Longitudinalidade; Integralidade; Coordenação; Centralidade na Família; Abordagem Familiar e Orientação Comunitária.

O Primeiro Contato: evidências demonstram que o primeiro contato, pelos profissionais da APS, leva a uma atenção mais apropriada e a melhores resultados de saúde a custos totais mais baixos.

A Longitudinalidade: deriva da palavra longitudinal e é definida como "lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos" (STARFIELD, 2002). É uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários em suas unidades de saúde, independente do problema de saúde ou até mesmo da existência de algum problema. Está associada a diversos benefícios: menor utilização dos serviços; melhor atenção preventiva; atenção mais oportuna e adequada; menos doenças evitáveis; melhor reconhecimento dos problemas dos usuários; menos hospitalizações; custos totais mais baixos. Os maiores benefícios estão relacionados ao vínculo com o profissional ou equipe de saúde e ao manejo clínico adequado dos problemas de saúde, através da adoção dos instrumentos de gestão da clínica - diretriz clínica e gestão de patologias.

A Integralidade da Atenção: a integralidade exige que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. A APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devam ser atendidas em outros pontos de atenção. A integralidade da atenção é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população.

A Coordenação: é um "estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum" (SARFIELD, 2002). É um desafio para os profissionais e equipes de saúde da APS, pois nem sempre têm acesso às informações dos atendimentos de usuários realizados em outros pontos de atenção e, portanto, a dificuldade de viabilizar a continuidade do cuidado. A essência da coordenação é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados. Os prontuários clínicos eletrônicos e os sistemas informatizados podem contribuir para a coordenação da atenção, quando possibilitam o compartilhamento de informações referentes ao atendimento dos usuários nos diversos pontos de atenção, entre os profissionais da APS e especialistas.

A Centralidade na Família: remete ao conhecimento pela equipe de saúde dos membros da família e dos seus problemas de saúde. No Brasil, atualmente, tem se adotado um conceito ampliado e a família é reconhecida como um grupo de pessoas que convivam sobre o mesmo teto, que possuam entre elas uma relação de parentesco primordialmente pai e/ou mãe e filhos consanguíneos ou não, assim como as demais pessoas significativas que convivam na mesma residência, qualquer que seja ou não o grau de parentesco.

A centralização na família requer mudança na prática das equipes de saúde, através da abordagem familiar. A equipe de saúde realiza várias intervenções personalizadas ao longo do tempo, a partir da compreensão da estrutura familiar.

A Abordagem Familiar: deve ser empregada em vários momentos, como, por exemplo, na realização do cadastro das famílias, quando das mudanças de fase do ciclo de vida das famílias, do surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto. Estas situações permitem que a equipe estabeleça um vínculo com o usuário e sua família de forma natural, facilitando a aceitação quanto à investigação e intervenção, quando necessária.

A Orientação Comunitária: a APS com orientação comunitária utiliza habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas, de forma complementar para ajustar os programas para que atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida. Para tanto, faz-se necessário:

Definir e caracterizar a comunidade;

Identificar os problemas de saúde da comunidade;

Modificar programas para abordar estes problemas;

Monitorar a efetividade das modificações do programa.

Funções - Resolubilidade, Organização e Responsabilização.

A Atenção Primária à Saúde deve cumprir três funções essenciais (MENDES, 2002):

Resolução: visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população;

Organização: visa organizar os fluxos e contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;

Responsabilização: visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam.

Pontos de Atenção Secundários e Terciários:

Somente os serviços de APS não são suficientes para atender às necessidades de cuidados em saúde da população. Portanto, os serviços de APS devem ser apoiados e complementados por pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar), no lugar e tempo certos.

Sistemas de Apoio

São os lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros); pelo sistema de assistência farmacêutica que envolve a organização dessa assistência em todas as suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos; e pelos sistemas de informação em saúde.

Sistemas Logísticos

Os sistemas logísticos são soluções em saúde, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, e ligadas ao conceito de integração vertical.

Consiste na efetivação de um sistema eficaz de referência e contrarreferência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio na rede de atenção à saúde. Estão voltados para promover a integração dos pontos de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos da rede de atenção à saúde são: os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; as centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários.

Sistema de Governança

A governança é definida pela Organização das Nações Unidas como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado. Constitui-se de complexos mecanismos, processos, relações e instituições através das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e mediam suas diferenças (RONDINELLI, 2006).

A governança da RAS é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Nesse contexto, o Colegiado de Gestão Regional desempenha papel importante, como um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos, que viabilizem aos gestores interpretarem a realidade regional e buscarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região.

Exercer uma governança solidária nas regiões de saúde implica o compartilhamento de estruturas administrativas, de recursos, sistema logístico e apoio, e de um processo contínuo de monitoramento e avaliação da Rede de Atenção à Saúde. Assim, a governança da RAS é diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde, dos sistemas de apoio e dos logísticos.

O exercício da governança implica, ainda, o enfrentamento de questões políticas e estruturais do processo de regionalização, como as relações federativas, as relações público-privadas, as capacidades internas de gestão, a sustentabilidade financeira, a regulação da atenção e o estabelecimento de padrões de qualidade para a provisão de serviços (públicos e privados), bem como os padrões de gestão e desempenho das unidades de saúde, entre outros.

No processo de governança são utilizados instrumentos e mecanismos de natureza operacional, tais como: roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais, sistemas de informação e identificação dos usuários, normas e regras de utilização de serviços, processos conjuntos de aquisição de insumos, complexos reguladores, contratos de serviços, sistemas de certificação/acreditação, sistema de monitoramento e avaliação, comissões/câmaras técnicas temáticas, etc.

Alguns desses mecanismos podem ser viabilizados por intermédio de consórcio público de saúde, que se afigura como uma alternativa de apoio e fortalecimento da cooperação interfederativa para o desenvolvimento de ações conjuntas e de objetivos de interesse comum, para melhoria da eficiência da prestação dos serviços públicos e operacionalização da Rede de Atenção à Saúde.

No que tange ao Controle Social, as estruturas locais e estaduais devem desenvolver mecanismos e instrumentos inovadores de articulação, tais como fóruns regionais, pesquisas de satisfação do usuário, entre outros, cujas informações podem ser transformadas em subsídios de monitoramento e avaliação das políticas de saúde no espaço regional.

O processo de Planejamento Regional, discutido e desenvolvido no CGR, estabelecerá as prioridades de intervenção com base nas necessidades de saúde da região e com foco na garantia da integralidade da atenção, buscando a maximização dos recursos disponíveis.

Esse planejamento deverá ainda seguir a mesma sistemática do processo de elaboração do planejamento municipal/estadual, considerando os pressupostos e características do Sistema de Planejamento do SUS, no tocante à construção de seus instrumentos básicos. Os planos municipais de saúde do conjunto de municípios da região, e o plano estadual de saúde são subsídios essenciais ao processo de planejamento regional respectivo e são influenciados pelo resultado deste.

O produto do processo de planejamento regional deverá ser expresso no PDRI, o que permitirá o monitoramento e a avaliação das metas acordadas entre os gestores, bem como, a definição dos recursos financeiros necessários.

Como parte intrínseca à governança da RAS, seu financiamento é atribuição comum aos gestores das três esferas de governo, sendo orientado no sentido de reduzir a fragmentação, estimular o compartilhamento de responsabilidades, a continuidade do cuidado, a eficiência da gestão e a equidade.

As modalidades de repasses financeiros devem estar alinhadas com o modelo de atenção e ao planejamento regional, fortalecendo as relações de complementaridade e interdependência entre os entes envolvidos, na organização da atenção.

A alocação dos recursos de custeio da Rede de Atenção à Saúde deve ser pautada por uma combinação de critérios de necessidades de saúde envolvendo variáveis demográficas, epidemiológicas e sanitárias e, ainda, ao desempenho no cumprimento dos objetivos e das metas fixadas. A construção de programação pactuada e integrada - PPI consiste em uma estratégia para orientar a definição de alocação compartilhada de recursos.

Além do modelo de alocação, torna-se necessário também o dimensionamento e a garantia de um volume de recursos compatível com as necessidades de investimento na Rede de atenção à saúde.

Da mesma forma, é necessário buscar a unificação dos processos decisórios relativos aos investimentos, que se devem pautar pelos critérios de ampliação do acesso, integralidade e equidade na organização da estrutura regional de atenção à saúde e sustentabilidade, materializados nos Planos Diretores de Regionalização e Investimentos.

6.3 Modelo de Atenção à Saúde

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Para a implantação da RAS, é necessária uma mudança no atual modelo de atenção hegemônico no SUS, ou seja, exige uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas.

O modelo de atenção definido na regulamentação do SUS preconiza uma contraposição ao modelo atual que é centrado na doença e em especial no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas. Aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas.

A diferença entre RAS baseada na APS e rede de urgência e emergência está no papel da APS. Na rede de atenção às condições crônicas ela funciona como centro de comunicação, mas na Rede de atenção às urgências e emergências ela é um dos pontos de atenção, sem cumprir o papel de coordenação dos fluxos e contrafluxos dessa Rede.

Um dos problemas contemporâneos centrais da crise dos modelos de atenção à saúde consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos - normalmente momentos de agudização das condições crônicas, autopercebidos pelas pessoas -, através da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência. É desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos quando as condições crônicas insidiosamente evoluem.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), um sistema de Atenção Primária incapaz de gerenciar com eficácia o HIV/Aids, o diabetes e a depressão irá tornar-se obsoleto em pouco tempo. Hoje, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento e, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (OMS, 2003). Por este motivo, no sistema integrado, a Atenção Primária deve estar orientada para a atenção às condições crônicas, com o objetivo de controlar as doenças/agravos de maior relevância, através da adoção de tecnologias de gestão da clínica, tais como as diretrizes clínicas e a gestão de patologias.

No SUS, a Estratégia Saúde da Família, representa o principal modelo para a organização da APS. O seu fortalecimento torna-se uma exigência para o estabelecimento da RAS.

7. DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA RAS

A transição entre o ideário da RA S e a sua concretização ocorre através de um processo contínuo e perpassa o uso de estratégias de integração que permitam desenvolver sistematicamente o conjunto de atributos que caracteriza um sistema de saúde organizado em rede. Este processo contínuo deve refletir coerência e convergência entre o Pacto pela Saúde como diretriz institucional tripartite, as políticas vigentes (PNAB, Políticas específicas voltadas a grupos populacionais que vivem em situação de vulnerabilidade social, Política de Vigilância e Promoção a Saúde, Política de Urgência e Emergência, e outras) e a necessidade de responder de maneira eficaz aos atuais desafios sanitários.

Com base nisso, propõe-se abaixo diretrizes orientadoras e respectivas estratégias para o processo de implementação da RAS:

I. Fortalecer a APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção

Estratégias:

Realizar oficinas macrorregionais sobre RAS e planificação da APS com a participação dos estados e municípios, com vistas ampliar a compreensão sobre a organização da RAS e qualificar o planejamento do Sistema a partir da APS.

Rever e ampliar a política de financiamento da APS com base na programação das necessidades da população estratificada.

Propor novas formas de financiamento para a APS dos municípios, desde que cumpram os seguintes atributos: Primeiro Contato; Longitudinalidade; Integralidade; Coordenação; Centralidade na Família; Abordagem Familiar e Orientação Comunitária.

Criar condições favoráveis para valorização dos profissionais de saúde, visando à fixação e retenção das equipes nos postos de trabalho, em especial o médico.

Ampliar o escopo de atuação das APS e apoio matricial, incentivando a reorganização do processo de trabalho no território da APS, desenvolvendo ações como:

Incentivar a organização da porta de entrada, incluindo acolhimento e humanização do atendimento;

Integrar a promoção e vigilância em saúde na APS (território único, articulação dos sistemas de informação, agentes de vigilância em saúde);

Incorporar a prática de gestão da clínica para prover um contínuo de qualidade e segurança para o usuário;

Induzir a organização das linhas de cuidado, com base nas realidades locorregionais, identificando os principais agravos e condições;

Planejar e articular as ações e serviços de saúde a partir dos critérios de acesso e/ou tempo-resposta;

Ampliar o financiamento e o investimentos em infraestrutura das unidades de saúde para melhorar a ambiência dos locais de trabalho.

Implementar as ações voltadas às políticas de atenção às populações estratégicas e às prioridades descritas no Pacto pela Vida.

II. Fortalecer o papel dos CGRs no processo de governança da RAS

Estratégias:

Assegurar a institucionalidade dos CGR como o espaço de tomada de decisão e de definição de ações estratégicas no âmbito da região de saúde;

Incentivar o papel coordenador das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) na organização dos CGR visando à implantação da RAS;

Qualificar os gestores que integram os CGR, sobre os instrumentos e mecanismos do processo de governança da RAS;

Incorporar permanentemente nas pautas das CIBs o apoio à organização da RAS;

Fortalecer a gestão municipal tendo em vista que a governabilidade local é pressuposto para qualificar o processo de governança regional.

III. Fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e acompanhamento da RAS e o gerenciamento de risco e de agravos à saúde.

Estratégias:

Organizar a gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) na RAS de modo transversal e integrado, compondo Rede de compromisso e co-responsabilidade para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais;

Incorporar a análise de situação de saúde como subsídio à identificação de riscos coletivos e ambientais e definição de prioridades de ações;

Implantar do apoio matricial na dimensão regional.

IV. Fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS

Estratégias:

Elaborar proposta de financiamento tripartite para criação ou adequação do Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS), desprecarização dos vínculos de trabalho e contratação de pessoal;

Incentivar a implementação da política de educação permanente em saúde como dispositivo de mudanças de práticas na APS;

Ampliar o Pró-Saúde / Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET SAÚDE) para todas as instituições de ensino superior visando à mudança curricular e à formação de profissionais com perfil voltado às necessidades de saúde da população;

Estimular o estabelecimento de instrumentos contratuais entre a gestão e os profissionais de saúde que contemplem a definição de metas e avaliação de resultados;

Promover articulação política junto ao Congresso Nacional visando à busca de soluções para os problemas advindos da Lei Responsabilidade Fiscal na contratação da força de trabalho para o SUS.

V. Implementar o Sistema de Planejamento da RAS

Estratégia:

Fortalecer a capacidade de planejamento integrado entre municípios e estado, a partir da realidade sanitária regional;

Atualizar o PDRI, considerando a ampliação do acesso, integralidade e equidade na organização da estrutura regional de atenção à saúde e sustentabilidade da RAS.

VI. Desenvolver os Sistemas Logísticos e de Apoio da RAS

Estratégias:

Estabelecer os parâmetros de regulação do acesso do sistema de saúde;

Ampliar o financiamento para os complexos reguladores com vistas à implementação da RAS;

Promover a comunicação de todos os pontos de atenção da RAS com a Implementação de registro eletrônico em saúde;

Avançar no desenvolvimento de mecanismo único de identificação dos usuários do SUS;

Promover integração da RAS por meio de sistemas transporte sanitário, de apoio diagnóstico e terapêutico, considerando critérios de acesso, escala e escopo;

Promover a reorganização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB) à luz das diretrizes estabelecidas para organização da RAS;

Avançar no desenvolvimento da gestão da tecnologia de informação e comunicação em saúde na RAS;

Utilizar os sistemas de informação como ferramentas importantes para construção do diagnóstico da situação de saúde, a fim de produzir intervenções baseadas nas necessidades das populações;

Ampliar a cobertura do Telessaúde visando apoio aos profissionais de saúde da "segunda opinião formativa".

VII. Financiamento do Sistema na perspectiva da RAS

Estratégias:

Definir os mecanismos de alocação dos recursos de custeio e investimento para a implementação da RAS;

Definir os critérios/índice de necessidades de saúde envolvendo variáveis demográficas, epidemiológicas e sanitárias, com vistas à distribuição equitativa do financiamento para a RAS;

Induzir a construção da Programação Pactuada e Integrada (PPI) de forma compartilhada para orientar a definição dos recursos da região de saúde;

Propor novos mecanismos de financiamento das políticas públicas de saúde com foco na garantia do contínuo assistencial e na responsabilização das três esferas de governo;

Redefinir e reforçar o financiamento da APS no sentido de aumentar a sua capacidade de coordenar o cuidado e ordenar a RAS.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÚCIO, F. L. A COORDENAÇÃO FEDERATIVA NO BRASIL: A EXPERIÊNCIA DO PERÍODO FHC E OS DESAFIOS DO GOVERNO LULA. Revista de Sociologia e Política, v. 24, p. 41-67, 2005.

Contratualização e Organizações Sociais - Reflexões Teóricas e Lições da Experiência Internacional. Debates GV Saúde, Vol. 1, 1º semestre 2006, p. 24-27.

ARRETCHE, M. Federalismo e Relações Intergovernamentais no Brasil: A Reforma dos Programas Sociais. DADOS - Revista de Ciências Sociais, v. 43, n. 6, p. 431-458, 2002.

ARTMANN, E.; RIVERA, F. J. U. Regionalização em Saúde e mix público-privado. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 17 jul. 2008.

BARRENECHEA, J. J.; URIBE, E. T.; CHORNY, A. H. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud.. Medellín: Ed Universidad de Antioquia/OPS, 1990.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Projeto de Investimentos para a Qualificação do Sistema Único de Saúde, Documento Revisado, maio 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria N. 325, de 22 de fevereiro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Mais Saúde: direito de todos: 2007-2011. Brasília: Ministério da Saúde, Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 2008b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Termo de Compromisso de Gestão Federal. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Termo de Compromisso de Gestão Estadual. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde, 2007b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. Glossário de Termos da Política Nacional de Humanização. Disponível em: <www.saude.gov.br/sas>. Acesso em: 15 de jul. 2007c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde, volume 1, 2006a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Mais Gestão é Mais Saúde: Governança para Resultados no Ministério da Saúde. Série B Textos Básicos de Saúde 2009, 234p: il. - Série B. Textos Básicos de Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria GM/MS nº 1.721, de 21 de setembro de 2005, Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde - SUS, Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde, volume 1, 2006b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília: Ministério da Saúde: 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAUDE/ DIRETORIA DE ARTICULAÇÃO DE REDE DE ATENÇÃO - RAS Santa Catarina - Oficina de Governança Rede de Atenção à Urgência e Emergência Macrorregião Nordeste e Planalto Norte - Guia do Participante - abr. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAUDE/ DIRETORIA DE ARTICULAÇÃO DE REDE DE ATENÇÃO - Projeto Territórios: Estratégia de qualificação da Atenção Primária para ampliação dos limites da resolubilidade na atenção das doenças crônicas não transmissíveis: um eixo de reestruturação da Atenção Especializada no seu papel complementar. 2008-2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n. 8.080. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n. 8.142. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. Revista Brasileira de Estudos de População, v. 25 n. 01, p. 5-26, 2008.

A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 04, n. 02, p. 393-403, 1999.

S. Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Ciência e Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

Um método para análise e co-gestão de coletivos - a construção do sujeito, a produção de valor de usos e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org.).Saúde e Democracia: A luta do CEBES. Lemos Editorial, 1997.

CHORNY, A. H. Planificación in Salud: viejas ideas en nuevas ropajes. Cuadernos Médicos-Sociales, n. 73, 1998.

COELHO, I. B. Os impasses do SUS. Ciência e Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 309-311, 2007.

CONASEMS - XXVI CONGRESSO DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS - GRAMADO/RS

SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE OS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL E DA ESPANHA: COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS. MESA 2: SANTOS, LENIR - Gestão Pública da Saúde: Modelos Jurídicos, Parcerias Público-Privadas e Regulação dos Sistemas de Serviços, mai. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE - CONASS. Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do SUS - Nota Técnica 12/2005.

.Oficina de Rede de Atenção no SUS: Guia do Facilitador. Brasília: CONASS, 2008

CONILL, E. M. Analisis de la problemática de la integración de la APS em El contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servícios y sus efectos en la cohesión social. ENSP, Fiocruz, 2007.

COSTA, N. R. Política social e ajuste macroeconômico. Cadernos de Saúde Pública, v. 18, suplemento, p. 13-21, 2002.

COSTA, N. R.; PINTO, L. F. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, v. 7, n. 4, 907-923, 2002.

COUTO, C. G.; ARANTES, R. B. Constituição ou Políticas Públicas? Uma avaliação dos anos FHC. In: LOUREIRO, M. R.; ABRÚCIO, F. L. (Org). O Estado numa Era de Reformas: os anos FHC. Brasília: ENAP, 2002.

DIAZ, V. P. ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS EM PAISES CON DISTINTOS SISTEMAS DE SALUD. Dissertação de Mestrado. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2004. Disponível em: www.chc.es. Acesso em: 15 dez. 2008.

DINIZ, E. GLOBALIZAÇÃO, REFORMAS ECONÔMICAS E ELITES EMPRESARIAIS: Brasil anos 1990. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

EDGREN, L. The meaning of integrated care: a systems approach. International Journal of Integrated Care, v. 08, n. 23, p. 1-6, 2008.

ESCOREL, S.; DELGADO, M. M. Perfil dos conselhos estaduais de saúde: singularidades e similaridades no controle social. Divulgação em Saúde para Debate, n. 43, p. 62-78, 2008.

SILVA, S. F.(Org.). Rede de Atenção à Saúde no SUS: O Pacto pela Saúde e Rede regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: IDISA e CONASEMS, 2008.

FERNANDES, SILVIO. Rede de Atenção à Saúde no SUS. 2009 - 20 Anos/CONASEMS.

FLEURY, S.; MAFORT, A. L. M. Gestão de Rede: A Estratégia de Regionalização da Política de Saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FLEURY, S. A reforma Sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. Ciência e Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 307-317, 2007.

A Seguridade Social e os dilemas da inclusão social. Revista de Administração Pública, v. 39, n. 3, p. 449-469, 2005a.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA (ABRASCO, CEBES, ABRES, REDE UNIDA E AMPASA). O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. 2006.

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. SECRETARIA DE SAÚDE. Modelo de Atenção à Saúde. 2007-2010.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cadernos de Saúde Pública, v. 2, n. 5, p. 951-963, 2006.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, n. 20, v. 6, p. 1670-1681, 2004.

GIL, A. C.; LICHT, R. H. G.; YAMAUCHI, N. I. Regionalização da Saúde e Consciência Regional. Hygeia, v. 2, n.3, p. 35-46, 2006.

GILLIES, R. R.; SHORTELL, S. M.; ANDERSON, D. A.; MITCHELL, J. B.; MORGAN, K. L. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. Hospital & Health Services Administration, v. 38, n. 04, p.467-89, 1993.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. Revista Panamericana de Saúde Pública, v. 16, n. 4, p. 283-288, 2004.

HAM, C. Clinically Integrated Systems: the next step in English health reform? Briefing Paper. The Nuffild Trust, 2007.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da Atenção e Integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cadernos de Saúde Pública, V. 20, Sup. 2, 2004.

IDISA/CAMPINAS-SP - SEMINÁRIO DE REDE INTERFEDERATIVAS DE SAÚDE, fev. 2008, LENIR SANTOS - A organização político- administrativa do SUS de acordo com a conformação jurídico-constitucional inserta no art. 198 da CF: Rede interfederativas de serviços de atenção à saúde.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA E GEOGRAFIA - IBGE. Perfil dos Municípios Brasileiros 2006. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em: <www.igbe.gov.br>. Acesso em: 16 jul. 2008.

Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e Indicadores Sociais. Divisão de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2000.

KUSCHNIR, R. A Construção da Regionalização: Nota Técnica sobre O PACTO PELA SAÚDE. Versão preliminar, Rio de Janeiro, ENSP, 2007.

LABRA, E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. et. al. Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FICORUZ, 2005.

LEITE, JACQUELINE GAGMAR B. L; SOUZA, H. F.; NASCIMENTO, ELIANA C. V. - Contratuzalização na Saúde: proposta de um Contrato Único para os Programa no Estado de Minas Gerais - Revista de Administração em Saúde, Vol. 12, nº 46 - jan/mar 2010 p. 15-22.

LEAT, P.; PINK, G. H.;GUERIERE, M. Towards a Canadian Model of integrated healthcare. Health Care Papers, v. 1, n. 2, p. 13-35, 2000.

LERNER, M. Modernization and health: a model of the health transition. Documento apresentado na Reunião Anual da American Public Health Association, São Francisco, Califórnia (inédito), 1973.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.;MACHADO, C. V. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. Ciência e Saúde Coletiva, v.6, n.2, p. 269-291, 2001.

LIMA, L. D. Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007a.

LONDOÑO, J. L.; FRENK J. Structured Pluralism: Towards a New Model for Health System Reform in Latin America. Washington, D.C.: World Bank, Technical Department for Latin America and the Caribbean, 1995.

LOUREIRO, M. R.; ABRÚCIO, F. L. POLÍTICA E BUROCRACIA NO PRESIDENCIALISMO BRASILEIRO: o papel do Ministério da Fazenda no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 14, n. 41, p. 69-89, 1999.

MACHADO, C. V. Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Editora do Museu da República, 2007.

MAFORT, A. L. M. Os Desafios da Gestão em Rede no SUS: situando a regionalização no centro da estratégia da política de saúde. Revista Saúde em Debate, v. , n. p. , 2008.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. N.O financiamento da atenção à saúde no Brasil. Pesquisa Debate, v. 12, n.1, p. 65-91, 2001.

MATOS, C. A.; POMPEU, J. C. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. Ciência e Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, p. 629-643, 2003.

MENDES, E. V. A Rede de atenção à saúde , Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de MG, 2009.

Sistemas Integrados de Serviços de Saúde: a reforma microeconômica dos sistemas de serviços de saúde. Mimeo, 2000.

MESA-LAGO, C. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Santiago de Chile: Cepal - Naciones Unidas, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. DEPARTAMENTO DE APOIO À DESCENTRALIZAÇÃO. Nota Técnica DAD/SE n.º 35: Planilhas de Regionalização - Pacto pela Saúde e Territórios da Cidadania. Brasília, 24 de novembro de 2008.

MUR-VEEMAN, I.; VAN RAAK, A.; PAULUS, A.; STEENBERGEN, M. Comparison and reflection. Integrated care in Europe. Maarssen: Elsevier, 2003.

NASH, D; SKOUFALOS, A; HARTMAN, M.; HORWITZ, H. Practicing Medicine in the 21st Century. American College of Physicians Executives, 2006.

NAVARRETE, L. V. et al. ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS: UMA GUÍA PARA EL ANÁLISIS. Revista Espanhola de Salud Pública, v. 79, N. 06, p. 633-643, 2005.

ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS: UN ESTUDIO DE CASOS. Consorci Hospitalari de Catallunya 1ª Edicíon, 2007, 260p.

NORONHA, J.C. et al. Avaliação da relação entre volume de procedimentos e qualidade do cuidado: o caso da cirurgia coronariana no SUS. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 06, p. 1781-1789, 2003.

NUOVO, J.(Ed.). Chronic Disease Management. New York, NY: Springer Science, 2007.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. Bulletin of the World Health Organization, v. 79, n. 2, p. 161-170, 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA - UNESCO. Estudo sobre a Contratualização Hospitalar no Âmbito do SUS - Produto II - Relatório Técnico, mar. 2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Sistemas Integrados de Servicios de Salud. Documento de Trabajo.VII Foro Regional - Fortalecimiento dos Sistemas de Salud Basados em APS. Quito, Ecuador: out. 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. Rede Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para Su implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington DC: OMS/OPS, 2008.

PASCHE, D. F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. Revista Panamericana de Salud Publica, v. 20, n. 6, p. 416-422, 2006.

PAIM, J. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISCUFBA. Brasília. 2001. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/relatorios/gestao_2000_2002/plano_trabalho_anexo-si.htm/modelos_assistenciais.pdf. Acesso em: 12 dez. 2008.

PAIM, J. S.;TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Revista de Saúde Pública, v. 40, numero especial, p. 73-78, 2006.

PASCHE, D. F. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 312-314, 2007.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). Cadernos de Saúde Pública, v. 13, n. 1, p. 81-92, 1997.

SALTMAN, R. B.; FIGUERAS J. Analyzing The Evidence On European Health Care Reforms. Health Affairs, v. 17, n. 02, p. 85-108, 1998.

SANTOS, L; ANDRADE, L. O. M. SUS: O ESPAÇO DA GESTÃO INOVADORA E DOS CONSENSOS INTERFEDERATIVOS. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SANTOS, N. R. TÓPICOS PARA REFLEXÃO E FORMULAÇÃO DE ATUAÇÕES PELA MILITÂNCIA DA REFORMA SANITÁRIA E DO SUS. Brasília, 6ª Versão, mimeo, 2008.

SANTOS-PRECIADO, J. I. et al. La transición epidemiológica y los adolescentes em México. Salud Pública de México, v. 45, sup l 1, p. 140-152, 2003.

SCHRAMM, J. M. A et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SHORTELL, S.M. et al. Remaking Healthcare in America: building organized delivery systems. San Francisco, Editora Jossey-Bass, 1996.

SILVA, S. F.(Org.). Rede de Atenção à Saúde no SUS: O Pacto pela Saúde e Rede regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: IDISA e CONASEMS, 2008.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES, E. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA AGENDA DE PRIORIDADES DO SUS. Revista do CONASEMS, jan. 2008.

SOUZA, C. FEDERALISMO, DESENHO CONSTITUCIONAL E INSTITUIÇÕES FEDERATIVAS NO BRASIL PÓS-1988. Revista de Sociologia e Política, n. 24, p. 105-121, 2005.

TAVARES, M. C. Da Substituição de Importações ao Capitalismo Financeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

TODD, W. E.; NASH, D. B.(Ed.). Disease Management: A Systems Approach to Improving Patient Outcomes. New York, NY: American Hospital Publiching, 1997.

TODD, W.E. Strategic alliances. In: TODD, W.E. e NASH, D. (Ed.). Disease management: a systems approach to improving patient outcomes. Chicago: American Hospital Publishing Inc., 1996.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. UMA ANÁLISE DA EQUIDADE DO FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO. Projeto Economia da Saúde - Cooperação Técnica Brasil - Reino Unido. Relatório de Pesquisa, 2005.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP. NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS - NEPP. O Setor Saúde e o Complexo da Saúde no Brasil. Campinas: UNICAMP, Caderno n. 46, 2000.

VILAÇA, EUGÊNIO MENDES - A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE - Belo Horizonte: ESP-MG, 2009, 848p.

X CONGRESSO INTERNACIONA DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRATACION PÚBLICA. ALCOFORADO, FLÁVIO C. G., Contratualização e eficiência no setor public: as organizações sociais. Santiago, Chile. Out. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Decenralization in Health Care. Brussels: Open University Press, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2006.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Making decisions on public health: a review of eight countries. Brussels: Open University Press, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2004.

Integrated Health Services - What and Why? Making Health Systems Work. Technical Brief, n. 01, 2008.

ZUCCH,I P.; NERO, C. D.; MALIK, A. M. GASTOS EM SAÚDE: OS FATORES QUE AGEM NA DEMANDA E NA OFERTA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. Saúde e Sociedade, v. 9, n. 1/2, p. 127-150, 2000.

Anexo II

Rede Cegonha (Origem: PRT MS/GM 1459/2011)

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 1º)

Art. 2º A Rede Cegonha tem como princípios: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 2º)

I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 2º, I)

II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 2º, II)

III - a promoção da equidade; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 2º, III)

IV - o enfoque de gênero; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 2º, IV)

V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 2º, V)

VI - a participação e a mobilização social; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 2º, VI)

VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos estados. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 2º, VII)

Art. 3º São objetivos da Rede Cegonha: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 3º)

I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 3º, I)

II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 3º, II)

III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 3º, III)

Art. 4º A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com o Anexo I , a partir das seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 4º)

I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 4º, I)

II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 4º, II)

III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 4º, III)

IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 4º, IV)

V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 4º, V)

Art. 5º A Rede Cegonha deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional respeitando-se critérios epidemiológicos, tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 5º)

Art. 6º A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro (4) Componentes, quais sejam: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 6º)

I - Pré-Natal; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 6º, I)

II - Parto e Nascimento; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 6º, II)

III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 6º, III)

IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 6º, IV)

Art. 7º Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º)

I - Componente Pré-Natal: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I)

a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, a)

b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, b)

c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, c)

d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, d)

e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, e)

f) qualificação do sistema e da gestão da informação; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, f)

g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, g)

h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, h)

i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, i)

II - Componente Parto e Nascimento: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, II)

a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, II, a)

b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 2008, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, II, b)

c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento"; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, II, c)

d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, II, d)

e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, II, e)

f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, II, f)

g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, II, g)

III - Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, III)

a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, III, a)

b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, III, b)

c) busca ativa de crianças vulneráveis; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, III, c)

d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, III, d)

e) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, III, e)

f) orientação e oferta de métodos contraceptivos; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, III, f)

IV - Componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, IV)

a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU Cegonha), cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, IV, a)

b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, IV, b)

c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames). (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, IV, c)

§ 1º Os municípios que não contam com serviços próprios de atenção ao parto e nascimento, incluídos os exames especializados na gestação, poderão aderir a Rede Cegonha no Componente Pré-Natal desde que programados e pactuados nos Colegiados de Gestão Regional (CGR). (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Os municípios mencionados no parágrafo § 1º deverão garantir o acesso de acordo com o desenho da Rede Cegonha Regional, que contemplará o mapa de vinculação das gestantes, enquadradas em Risco Habitual ou Alto Risco ao local de ocorrência do parto. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, § 2º)

Art. 8º A operacionalização da Rede Cegonha dar-se-á pela execução de cinco fases: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º)

I - FASE 1: Adesão e Diagnóstico: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I)

a) apresentação da Rede Cegonha no estado, Distrito Federal e municípios; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I, a)

b) apresentação e análise da matriz diagnóstica conforme o Anexo 1 do Anexo II na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) e Colegiado de Gestão Regional (CGR); (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I, b)

c) homologação da região inicial de implementação da Rede Cegonha na CIB e CGSES/DF; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I, c)

d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e apoio institucional do Ministério da Saúde (MS), que terá como atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I, d)

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I, d, 1)

2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I, d, 2)

3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I, d, 3)

4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I, d, 4)

II - FASE 2: Desenho Regional da Rede Cegonha: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, II)

a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional e pelo CGSES/DF, com o apoio da SES, de análise da situação de saúde da mulher e da criança, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, II, a)

b) pactuação do Desenho da Rede Cegonha no Colegiado de Gestão Regional (CGR) e no CGSES/DF; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, II, b)

c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no Colegiado de Gestão Regional e homologado pela CIB, e no CGSES/DF, com a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo estado, pelo Distrito Federal e pelos municípios envolvidos. Na sequencia, serão elaborados os planos de ação municipais dos municípios integrantes do CGR; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, II, c)

d) estímulo à instituição do Fórum Rede Cegonha que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede Cegonha na Região; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, II, d)

III - FASE 3: Contratualização dos Pontos de Atenção: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, III)

a) elaboração do desenho da Rede Cegonha no município; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, III, a)

b) contratualização pela União, pelo estado, pelo Distrito Federal ou pelo município dos pontos de atenção da Rede Cegonha observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, III, b)

c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, III, c)

IV - FASE 4: Qualificação dos componentes: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, IV)

a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no art. 7º; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, IV, a)

b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no art. 7º, que serão acompanhadas de acordo com os indicadores do Plano de Ação Regional e dos Planos de Ação Municipais; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, IV, b)

V - FASE 5: Certificação, que será concedida pelo Ministério da Saúde ao gestor do SUS anualmente após a realização das ações de atenção à saúde previstas no art. 7º, avaliadas na Fase de Qualificação dos Componentes. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, V)

§ 1º O Grupo Condutor da Rede Cegonha no Distrito Federal será composto pela Secretaria de Saúde e Colegiado de Gestão da SES/DF, com apoio institucional do MS, e terá as mesmas atribuições do Grupo Condutor Estadual, descritas no art. 8º, I, alínea d. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da Rede Cegonha, assim como para o repasse dos recursos, monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, § 2º)

§ 3º A Contratualização dos Pontos de Atenção é o meio pelo qual o gestor, seja ele o município, o estado, o Distrito Federal ou a União, estabelece metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com o(s) ponto(s) de atenção à saúde da Rede Cegonha sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, § 3º)

§ 4º A verificação do cumprimento das ações de atenção à saúde definidas para cada Componente da Rede será realizada anualmente pelo Ministério da Saúde, de forma compartilhada com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).(Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, § 4º)

§ 5º O Ministério da Saúde apoiará o Grupo Condutor Estadual no acompanhamento e avaliação do processo de pactuação e execução do Plano de Ação Regional e do Plano de Ação Municipal. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, § 5º)

Art. 9º Para operacionalização da Rede Cegonha cabe: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 9º)

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde: apoio à implementação, financiamento, nos termos descritos neste Anexo, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha em todo território nacional; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 9º, I)

II - ao estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde: apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território estadual de forma regionalizada; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 9º, II)

III - ao município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde: implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território municipal. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 9º, III)

Art. 10. No âmbito do Ministério da Saúde a coordenação da Rede Cegonha cabe à Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 12)

TÍTULO II

DAS DIRETRIZES PARA IMPLANTAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 11/2015, CAPÍTULO I)

Art. 11. Este Título define as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do SUS, para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 1º)

Art. 12. Para efeito deste Título, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 2º)

I - alojamento conjunto: uma unidade de cuidados hospitalares em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 (vinte e quatro) horas por dia, no mesmo ambiente, até a alta hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 2º, I)

II - atenção humanizada ao parto e nascimento: respeito ao parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar, fundamentada no protagonismo e autonomia da mulher, que participa ativamente com a equipe das decisões referentes ao seu parto; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 2º, II)

III - gestação de baixo risco: gestação na qual os fatores de risco indicam que a morbimortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, sem necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 2º, III)

IV - parto de baixo risco: parturiente com gestação atual considerada de baixo risco e história reprodutiva sem fatores de risco materno e fetal, com avaliação obstétrica no momento da admissão que evidencie um trabalho de parto eutócico; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 2º, IV)

V - parto normal: trabalho de parto de início espontâneo, sem indução, sem aceleração, sem utilização de intervenções como fórceps ou cesariana e sem uso de anestesia geral, raquiana ou peridural durante o trabalho de parto e parto; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 2º, V)

VI - quarto pré-parto, parto e puerpério (PPP): espaço destinado ao pré-parto, parto e puerpério, privativo para cada mulher e seu acompanhante, onde a atenção aos períodos clínicos do parto e do nascimento ocorre no mesmo ambiente, da internação à alta, com ambiência adequada à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/ANVISA, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 2º, VI)

Art. 13. Constitui CPN a unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada em suas dependências internas ou imediações, nos termos deste Título. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 3º)

§ 1º Os CPN são classificados em: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 3º, § 1º)

I - CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo I; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 3º, § 1º, I)

II - CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo II; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 3º, § 1º, II)

III - CPN Peri-Hospitalar (CPNp). (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 3º, § 1º, III)

§ 2º O estabelecimento hospitalar poderá possuir mais de uma unidade de CPN, conforme a necessidade locorregional identificada no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha e mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 3º, § 2º)

CAPÍTULO II

DA CONSTITUIÇÃO E HABILITAÇÃO COMO CPN NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA

(Origem: PRT MS/GM 11/2015, CAPÍTULO II)

Seção I

Dos Requisitos de Constituição de CPN em Conformidade com a Rede Cegonha

(Origem: PRT MS/GM 11/2015, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 14. São requisitos para a constituição da unidade como CPN: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º)

I - possuir estrutura física e equipamentos mínimos, nos termos do art. 15; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, I)

II - observar os requisitos específicos para cada tipo de CPN, nos termos art. 16; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, II)

III - possuir a equipe mínima de que trata o art. 17; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, III)

IV - possuir estabelecimento hospitalar de referência, observado o disposto no art. 18; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, IV)

V - garantir a condução da assistência ao parto de baixo risco, puerpério fisiológico e cuidados com recém-nascido sadio, da admissão à alta, por obstetriz ou enfermeiro obstétrico; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, V)

VI - garantir a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de complexidade pelo estabelecimento hospitalar de referência, incluindo acesso diagnóstico e terapêutico; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, VI)

VII - garantir a assistência imediata à mulher e ao recém-nascido nas intercorrências obstétricas e neonatais; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, VII)

VIII - ofertar orientações para o planejamento familiar e saúde sexual e reprodutiva após o parto, com promoção da continuidade deste planejamento na atenção básica em saúde; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, VIII)

IX - garantir o fornecimento de relatório de alta e orientações pós-alta, de forma a promover a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica em saúde; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, IX)

X - possuir protocolos que orientem a linha de cuidado materna e infantil e protocolos assistenciais que promovam a segurança e a humanização do cuidado, assegurando as boas práticas de atenção ao parto e nascimento; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, X)

XI - possuir rotinas que favoreçam a proteção do período sensível e o contato pele a pele imediato e ininterrupto entre a mulher e o recém-nascido, de forma a promover o vínculo, com a participação do pai, quando couber; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, XI)

XII - alimentar regularmente os sistemas de informação nacionais vigentes e monitorar periodicamente os indicadores estabelecidos no Anexo 7 do Anexo II ; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, XII)

XIII - possuir protocolos de admissão no CPN e de assistência ao trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido por enfermeiro obstétrico/obstetriz; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, XIII)

XIV - cumprir as exigências técnicas relativas a segregação, descarte, acondicionamento, coleta, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos de serviços de saúde, nos termos da Resolução - RDC nº 306/ANVISA, de 7 de dezembro de 2004. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, XIV)

Parágrafo Único. A unidade que não possuir os protocolos de que trata o inciso XIII, deverá pactua-los juntamente com as equipes de atenção obstétrica e neonatal do estabelecimento hospitalar de referência, imediatamente após a habilitação do CPN. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 15. A estrutura física do CPN deverá atender o disposto no Anexo 6 do Anexo II e na Resolução - RDC nº 36/ANVISA, de 2008, no que se refere às finalidades e dimensões mínimas necessárias para cada ambiente, e ao disposto no Anexo 8 do Anexo II , quanto aos equipamentos mínimos necessários para seu funcionamento adequado. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 5º)

Art. 16. Cada tipo de CPN deverá observar aos seguintes requisitos específicos: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º)

I - CPNi Tipo I: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, I)

a) estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, I, a)

b) possuir ambientes fins exclusivos da unidade, tais como recepção e sala de exames, quartos PPP, área de deambulação, posto de enfermagem e sala de serviço, podendo compartilhar os ambientes de apoio; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, I, b)

c) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, I, c)

II - CPNi Tipo II: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, II)

a) estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, II, a)

b) possuir ambientes compartilhados com o restante da maternidade, como recepção, sala de exames, posto de enfermagem, sala de serviço e outros ambientes de apoio; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, II, b)

c) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP durante o pré-parto e parto, podendo, após o puerpério imediato, serem transferidos para o alojamento conjunto; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, II, c)

III - CPNp: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, III)

a) estar localizado nas imediações do estabelecimento hospitalar de referência, a uma distância que deve ser percorrida em tempo inferior a 20 (vinte) minutos do respectivo estabelecimento, em unidades de transporte adequadas; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, III, a)

b) garantir a transferência da mulher e do recém-nascido para o estabelecimento hospitalar de referência, nos casos eventuais de risco ou intercorrências, em unidades de transporte adequadas, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, III, b)

c) ter como referência os serviços de apoio do estabelecimento ao qual pertence ou está vinculado, nos termos do Anexo 6 do Anexo II ; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, III, c)

d) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, III, d)

§ 1º O requisito de que trata a alínea "a" do inciso III do "caput" poderá ser excepcionado quando os estabelecimentos de saúde forem considerados estratégicos para a qualificação da atenção obstétrica e neonatal na região e/ou no município, mediante solicitação do gestor de saúde, após pactuação prévia na Comissão Intergestores Regional (CIR) e/ou na CIB, com inclusão do estabelecimento no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Excepcionalmente, o CPNp poderá ser vinculado à Secretaria de Saúde Estadual, do Distrito Federal ou Municipal, desde que com referência hospitalar estabelecida, nos termos deste Título. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, § 2º)

§ 3º O CPN poderá ser composto por: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, § 3º)

I - 3 (três) quartos PPP, com produção mínima de 480 (quatrocentos e oitenta) partos anuais e média de 40 (quarenta) partos mensais; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, § 3º, I)

II - 5 (cinco) quartos PPP, com produção mínima de 840 (oitocentos e quarenta) partos anuais e média de 70 (setenta) partos mensais. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, § 3º, II)

§ 4º A produção de partos anuais de que trata o § 2º será acompanhada periodicamente pelo gestor local de saúde e pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, § 4º)

Art. 17. Cada CPN deverá possuir a seguinte equipe mínima: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º)

I - CPNi Tipo I e Tipo II com 3 (três) quartos PPP: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, I)

a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de 40 (quarenta) horas de trabalho, 8 (oito) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, I, a)

b) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, I, b)

c) 1 (um) técnico de enfermagem com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, I, c)

d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, I, d)

II - CPNi Tipo I e Tipo II com 5 (cinco) quartos PPP: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, II)

a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de trabalho de 40 (quarenta) horas, 8 (oito) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, II, a)

b) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, II, b)

c) 2 (dois) técnicos de enfermagem com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, II, c)

d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, II, d)

III - CPNp com 3 (três) quartos PPP: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, III)

a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de trabalho de 40 (quarenta) horas, 8 (oito) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, III, a)

b) enfermeiro obstétrico ou obstetriz com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, nas seguintes quantidades mínimas: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, III, b)

1. 1 (um), durante a presença do coordenador do cuidado de que trata a alínea "a"; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, III, b, 1)

2. 2 (dois), durante as escalas noturnas, de finais de semana e feriados, bem como nas ausências prolongadas do coordenador do cuidado de que trata a alínea "a"; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, III, b, 2)

c) 1 (um) técnico de enfermagem com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, III, c)

d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, III, d)

IV - CPNp com 5 (cinco) quartos PPP: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, IV)

a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de trabalho de 40 (quarenta) horas, 8 (oito) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, IV, a)

b) 2 (dois) enfermeiros obstétricos ou obstetrizes com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, IV, b)

c) 1 (um) técnico de enfermagem com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, IV, c)

d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, IV, d)

§ 1º O enfermeiro obstétrico ou obstetriz coordenador do cuidado também exercerá as atividades de assistência relativas ao cuidado materno e neonatal. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Os enfermeiros obstétricos que atuam nos CPN deverão apresentar certificado de especialista na área de enfermagem obstétrica, consubstanciado em especialização "latu sensu" ou programa de residência. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, § 2º)

§ 3º O enfermeiro obstétrico ou obstetriz deverá dar continuidade aos cuidados materno e infantil no alojamento conjunto das mulheres e recém-nascidos assistidos no CPNi Tipo II, bem como alta hospitalar das mulheres com puerpério fisiológico e recém-nascidos sadios. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, § 3º)

§ 4º A parteira tradicional poderá ser incluída no cuidado à mulher no CPN, em regime de colaboração com o enfermeiro obstétrico ou obstetriz, quando for considerado adequado, de acordo com as especificidades regionais e culturais e o desejo da mulher. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, § 4º)

Art. 18. Cabe ao estabelecimento hospitalar de referência do CPN garantir equipe de retaguarda 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, composta por médico obstetra, médico anestesista e médico pediatra ou neonatologista, que prestará o pronto atendimento às solicitações e aos encaminhamentos da equipe do CPN. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 8º)

Parágrafo Único. Quando necessário, o estabelecimento hospitalar também deverá garantir o acesso da mulher e do recém-nascido a profissionais de saúde de outras especialidades não elencadas no "caput". (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 8º, Parágrafo Único)

Seção II

Da Habilitação como CPN no Âmbito da Rede Cegonha

(Origem: PRT MS/GM 11/2015, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 19. Para habilitação da unidade como CPN, os gestores de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios deverão encaminhar requerimento, por meio físico, ao Ministério da Saúde, acompanhado dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 9º)

I - Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) que contemple a inclusão da unidade como CPN no Desenho Regional da Rede Cegonha; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 9º, I)

II - declaração do gestor estadual, distrital ou municipal de saúde que ateste a existência de recursos humanos mínimos e infraestrutura adequada para o funcionamento da unidade como CPN, nos termos dos arts. 15, 16, 17 e 18 do Anexo II ; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 9º, II)

III - atualização, pelo gestor estadual, distrital ou municipal de saúde das informações referentes ao estabelecimento hospitalar no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), incluindo-se as relativas à unidade com pedido de habilitação como CPN; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 9º, III)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300199

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

IV - planta baixa do projeto arquitetônico do estabelecimento de saúde, aprovado pelo órgão de vigilância sanitária local, indicando o CPN com nomenclatura dos espaços físicos, inclusive indicando os ambientes de apoio, conforme o disposto no Anexo 6 do Anexo II . (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 9º, IV)

§ 1º Para a habilitação de CPNp vinculado à Secretaria de Saúde estadual, do Distrito Federal ou municipal, e não a um estabelecimento hospitalar, nos termos do art. 16, § 1º , será anexado, ainda, documento que indique o estabelecimento hospitalar de retaguarda assistencial assinado pelo respectivo gestor estadual, distrital ou municipal de saúde e pelo dirigente do estabelecimento hospitalar de referência, observado o disposto no art. 18. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Os modelos dos documentos de que trata este artigo encontram-se no portal do Ministério da Saúde, cujo acesso poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/redecegonha. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 9º, § 2º)

Art. 20. A solicitação de habilitação de CPN de que trata o art. 19 será avaliada pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS), com realização, se necessário, de visita técnica "in loco", com emissão de parecer conclusivo sobre o pedido. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 10)

Parágrafo Único. Em caso de aprovação da solicitação de que trata o "caput", a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) providenciará a publicação de portaria específica de habilitação da unidade como CPN. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 10, Parágrafo Único)

CAPÍTULO III

DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 11/2015, CAPÍTULO IV)

Art. 21. O monitoramento de que trata a regulamentação do Centro de Parto Normal (CPN) não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 41)

Art. 22. Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobra de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 42)

Art. 23. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, distrital e municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 43)

Art. 24. Nos casos em que for verificado que os recursos financeiros transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde foram executados, total ou parcialmente, em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 44)

Art. 25. Com o término da obra referente ao CPN, o ente federativo e o estabelecimento hospitalar privado sem fins lucrativos beneficiário assumirão a manutenção preventiva dos respectivos CPN pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, como condição para continuar na Rede Cegonha e, depois desse prazo, para receber eventuais novos recursos financeiros. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 45)

Art. 26. Como condição para recebimento de eventuais novos recursos financeiros no âmbito da Rede Cegonha, o estado, o Distrito Federal ou o município beneficiário informará o início, andamento, conclusão e posteriores manutenções preventivas da obra, incluindo-se dados referentes ao projeto, contratação, localização geográfica, fotos anteriores ao início da obra, fotos correspondentes às etapas de execução da obra e demais informações requeridas pelo Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB). (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 46)

Art. 27. O monitoramento e a avaliação dos CPN, incluindo-se a produção e os indicadores descritos no Anexo 7 do Anexo II , é de responsabilidade das respectivas Secretarias de Saúde estaduais, distrital e municipais. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 47)

Parágrafo Único. O monitoramento e a avaliação de que tratam o "caput" terão o acompanhamento técnico periódico do Ministério da Saúde, por meio do DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 47, Parágrafo Único)

Art. 28. O Ministério da Saúde, de forma compartilhada com os estados, Distrito Federal e municípios, acompanhará as informações sobre as ações executadas pelos CPN, podendo determinar a suspensão do respectivo repasse financeiro e a desabilitação do CPN, caso constatado o não cumprimento dos requisitos de constituição e habilitação estabelecidos no Capítulo II do Título II. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48)

§ 1º A suspensão do repasse dos recursos financeiros do CPN será determinada se verificado o descumprimento de um ou mais dos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 1º)

I - equipe multiprofissional mínima de saúde incompleta que atua em CPNp ou CPNi tipos I e II; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 1º, I)

II - infraestrutura para o funcionamento adequado do CPNp ou CPNi tipos I e II divergente do estabelecido no Anexo 6 do Anexo II ; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 1º, II)

III - não garantia de equipe de retaguarda 24 (vinte e quatro) horas ao dia; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 1º, III)

IV - produção mínima de partos insuficiente conforme dimensão do CPN, registrada em Autorização de Internação Hospitalar (AIH). (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 1º, IV)

§ 2º O gestor de saúde terá prazo máximo de 90 (noventa) dias, após recebimento de notificação da suspensão pela SAS/MS, para demonstrar a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata o § 1º. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 2º)

§ 3º Para fins do disposto no § 2º, o Ministério da Saúde, após verificar o cumprimento dos requisitos de que trata o § 1º, providenciará a regularização do repasse dos recursos financeiros do CPN. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 3º)

§ 4º Na hipótese do § 3º, a unidade não fará jus ao recebimento dos recursos financeiros referentes ao período de vigência da suspensão do repasse. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 4º)

§ 5º Caso não seja demonstrada pelo gestor de saúde a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata o § 1º, o Ministério da Saúde providenciará a desabilitação do CPN. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 5º)

§ 6º O gestor de saúde poderá solicitar nova habilitação do CPN desabilitado a qualquer tempo, desde que cumpridas as exigências estabelecidas neste Título. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 6º)

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 11/2015, CAPÍTULO V)

Art. 29. As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com apoio técnico do Ministério da Saúde, estabelecerão rotinas de acompanhamento e supervisão que garantam o cumprimento dos objetivos dos CPN de promover a humanização e a qualidade do atendimento à mulher e ao recém-nascido na assistência ao parto e ao nascimento. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 49)

Parágrafo Único. O DAPES/SAS/MS prestará cooperação técnica e orientações para atuação dos CPN. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 49, Parágrafo Único)

Art. 30. O procedimento 03.10.01.005-5 PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN), constante da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, será utilizado para registro das ações realizadas pelo CPN no âmbito da Rede Cegonha, nos termos do Anexo 9 do Anexo II . (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 51)

Art. 31. O CPN habilitado nos termos deste Título não será remunerado especificamente pela quantidade de procedimentos realizados, quando apresentar AIH com o Procedimento 03.10.01.005-5-PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN) em estabelecimentos de saúde com as seguintes habilitações:(Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 52)

I - 14.10 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar tipo I 3PPP; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 52, I)

II - 14.11 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar tipo I 5PPP; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 52, II)

III - 14.12 Unidade de Centro de Parto Normal peri-hospitalar 5 PPP; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 52, III)

IV - 14.17 Unidade de Centro de Parto Normal peri-hospitalar 3 PPP; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 52, IV)

V - 14.18 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar tipo II 3 PPP; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 52, V)

VI - 14.19 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar tipo II 5 PPP. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 52, VI)

Parágrafo Único. O CPN habilitado nos termos deste Título será remunerado por meio do incentivo de custeio mensal de que trata a Subseção V da Seção III do Capítulo I do Título VIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 52, Parágrafo Único)

Art. 32. Os recursos financeiros para a execução das atividades de que tratam este Título serão oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 53)

I - em relação ao incentivo financeiro de custeio mensal para funcionamento de CPNi ou CPNp, o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585.0001 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 53, I)

II - em relação aos incentivos financeiros de custeio para reforma de unidades e de investimento para ampliação de unidades e aquisição de equipamentos e materiais permanentes, o Programa de Trabalho 10.302.2015.20R4.0001 - Apoio à Implementação da Rede Cegonha. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 53, II)

Art. 33. O repasse dos recursos financeiros de que trata este Título está condicionado à disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 54)

Art. 34. A constituição, a habilitação e o funcionamento dos CPN deverão atender as regras e diretrizes técnicas fixadas pelo Ministério da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/redecegonha, sem prejuízo de outras regras previstas na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 55)

Art. 35. Os estabelecimentos de saúde já tratados como CPN nos termos da Portaria nº 985/GM/MS, de 5 de agosto de 1999, que não se adequam aos requisitos deste Título, continuarão classificados como CPN e apresentando informações de sua produção no âmbito do SUS por meio de AIH, sem alteração na forma de financiamento. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 56)

TÍTULO III

DAS DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Art. 36. Ficam instituídos os princípios e diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e definidos os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha, na forma dos Anexos 10 e 11 do Anexo II desta Portaria e do Anexo LXII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco deve ser compreendida como o conjunto de ações e serviços que abrange a atenção à gestante de alto risco, ao recém-nascido de risco e à puérpera de risco, na forma do Anexo 11 do Anexo II . (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 1º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 1020/2013, CAPÍTULO I)

Art. 37. Para os fins deste Título, serão consideradas as seguintes definições: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2º)

I - gestação, parto e nascimento: fenômenos fisiológicos que devem ser parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2º, I)

II - gestação, parto e puerpério de risco: situações nas quais a saúde da mulher apresenta complicações no seu estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2º, II)

III - risco materno: risco avaliado a partir das probabilidades de repercussões desfavoráveis no organismo da mulher em consequência das condições identificadas no inciso II do "caput" deste artigo; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2º, III)

IV - risco fetal: risco avaliado a partir das condições de risco materno e da pesquisa de vitalidade, maturidade, desenvolvimento e crescimento fetal; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2º, IV)

V - risco neonatal: risco avaliado a partir da conjugação de situações de riscos sociais e pessoais maternos com as condições do recém-nascido, com maior risco de evolução desfavorável de sua saúde; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2º, V)

VI - encaminhamento responsável na gestação de alto risco: processo pelo qual a gestante de alto risco é encaminhada a um serviço de referência, tendo o cuidado garantido no estabelecimento de origem até o momento do encaminhamento, com o trânsito facilitado entre os serviços de saúde de forma a ter assegurado o atendimento adequado; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2º, VI)

VII - acolhimento: processo constitutivo das práticas que implicam a responsabilização da equipe de saúde pela gestante, puérpera, e pelo recém-nascido, desde a chegada ao estabelecimento de saúde até a sua alta, garantindo bem estar e inclusão. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2º, VII)

Art. 38. A Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco observará os seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º)

I - universalidade, equidade e integralidade; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º, I)

II - humanização da atenção, ofertando atenção adequada, em tempo oportuno na gestação de acordo com suas necessidades e condições clínicas; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º, II)

III - atenção à saúde baseada nos direitos sexuais e reprodutivos, em consonância com a Política de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PNAISM) e com a Política Nacional de Humanização (PNH), ambas disponíveis no endereço eletrônico www.saude.gov.br, e com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) previstas no documento "Assistência ao parto normal: um guia prático - 1996"; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º, III)

IV - acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade em todos os pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º, IV)

V - regionalização da atenção à saúde, com articulação entre os diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme pactuação local; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º, V)

VI - atenção multiprofissional e interdisciplinar, com práticas clínicas compartilhadas e baseadas em evidências; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º, VI)

VII - regulação de acesso; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º, VII)

VIII - controle social. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º, VIII)

Art. 39. A organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco deve contemplar todos os níveis de complexidade, com definição dos pontos de atenção e competências correspondentes, considerando a importância da abordagem integral às gestantes conforme suas especificidades relacionadas às condições clínicas, socioeconômicas e demográficas. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 4º)

CAPÍTULO II

DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

(Origem: PRT MS/GM 1020/2013, CAPÍTULO II)

Art. 40. A atenção ao pré-natal de alto risco será realizada de acordo com as singularidades de cada usuária, com integração à atenção básica, a qual cabe a coordenação do cuidado, com garantia de atenção à saúde progressiva, continuada e acessível a todas as mulheres. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 5º)

§ 1º O encaminhamento ao pré-natal de alto risco será realizado, prioritariamente, pela atenção básica, que deverá assegurar o cuidado da gestante até sua vinculação ao serviço referenciado para alto risco. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 5º, § 1º)

§ 2º A equipe de atenção básica deverá realizar o monitoramento da efetiva realização do pré-natal de alto risco no estabelecimento referenciado. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 5º, § 2º)

Art. 41. O serviço de pré-natal deverá manter formalizada a referência da maternidade que fará o atendimento da gestante de alto riso sob sua responsabilidade na hora do parto. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 6º)

Parágrafo Único. A gestante deverá estar vinculada e informada quanto à maternidade que realizará seu parto, de modo a evitar peregrinação. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 42. São atribuições da atenção básica no pré-natal de alto risco: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º)

I - captação precoce da gestante de alto risco, com busca ativa das gestantes; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, I)

II - estratificação de risco; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, II)

III - visitas domiciliares às gestantes de sua população adscrita; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, III)

IV - acolhimento e encaminhamento responsável ao estabelecimento que realiza o pré-natal de alto risco, por meio da regulação; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, IV)

V - acolhimento e encaminhamento responsável de urgências e emergências obstétricas e neonatais; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, V)

VI - vinculação da gestante ao pré-natal de alto risco; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, VI)

VII - coordenação e continuidade do cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, VII)

VIII - acompanhamento do plano de cuidados elaborado pela equipe multiprofissional do estabelecimento que realiza o pré-natal de alto risco. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, VIII)

§ 1º Uma vez encaminhada para o acompanhamento em serviço ambulatorial especializado em pré-natal de alto risco, a gestante será orientada a não perder o vínculo com a equipe de atenção básica que iniciou o seu acompanhamento. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, § 1º)

§ 2º O serviço ambulatorial especializado em pré-natal de alto risco manterá a equipe da atenção básica informada acerca da evolução da gravidez e dos cuidados à gestante encaminhada. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, § 2º)

Art. 43. O pré-natal de alto risco poderá ser realizado nos seguintes estabelecimentos: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 8º)

I - Unidade Básica de Saúde (UBS), quando houver equipe especializada ou matriciamento; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 8º, I)

II - ambulatórios especializados, vinculados ou não a um hospital ou maternidade. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 8º, II)

Parágrafo Único. A organização da atenção referente ao pré-natal de alto risco em cada um dos estabelecimentos previstos nos incisos do caput, com fluxos, regulação e financiamento, será objeto de portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 44. Os estabelecimentos de saúde que realizam pré-natal de alto risco deverão: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º)

I - acolher e atender a gestante de alto risco referenciada; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, I)

II - elaborar e atualizar, por meio de equipe multiprofissional, o Projeto Terapêutico Singular e o Plano de Parto, segundo protocolo específico a ser instituído por cada estabelecimento; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, II)

III - garantir maior frequência nas consultas de pré-natal para maior controle dos riscos, de acordo com Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, III)

IV - realizar atividades coletivas vinculadas à consulta individual para trocas de experiências com outras gestantes e acompanhantes; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, IV)

V - garantir a realização dos exames complementares de acordo com evidências científicas e parâmetros estabelecidos em regulamentação específica, incluindo exames específicos para o pai, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, V)

VI - garantir o acesso aos medicamentos necessários, procedimentos diagnósticos e internação, de acordo com a necessidade clínica de cada gestante e com diretrizes clínicas baseadas em evidências em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, VI)

VII - manter as vagas de consultas de pré-natal disponíveis para regulação pelas Centrais de Regulação; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, VII)

VIII - assegurar o encaminhamento, quando for o caso, ao centro de referência para atendimento à gestante portadora de HIV/Aids; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, VIII)

IX - alimentar os sistemas de informação disponibilizados pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, IX)

CAPÍTULO III

DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DE REFERÊNCIA À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

(Origem: PRT MS/GM 1020/2013, CAPÍTULO III)

Seção I

Disposições Gerais

(Origem: PRT MS/GM 1020/2013, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 45. São atribuições dos serviços hospitalares de referência à Atenção à Gestação de Alto Risco: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10)

I - cumprir os requisitos vigentes para a atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, I)

II - adequar a ambiência da maternidade às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, II)

III - receber todas as gestantes vinculadas pela atenção básica e/ou aquelas encaminhadas pela Central de Regulação para atender as intercorrências durante a gestação e realização de parto; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, III)

IV - implantar o acolhimento com classificação de risco (ACCR); (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, IV)

V - adotar boas práticas de atenção ao parto e nascimento, segundo as recomendações do Manual Técnico publicado pelo Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas, e protocolos para a atenção à gestante de risco, contemplando Plano de Parto, de acordo com a estratificação de risco; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, V)

VI - estimular a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, VI)

VII - disponibilizar métodos farmacológicos de alívio da dor; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, VII)

VIII - permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher em todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, VIII)

IX - apresentar planos de adequação aos índices de cesariana, episiotomia e ocitocina recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no documento "Assistência ao parto normal: um guia prático -1996", e definidos neste Título; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, IX)

X - garantir a privacidade da mulher durante o período de trabalho de parto e parto; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, X)

XI - estimular a realização do parto, em todas as suas fases, quais sejam pré-parto, parto e puerpério imediato, em um único ambiente, com opção de adoção de posições que proporcionem maior conforto para a mulher, resguardada a possibilidade de transferência da puérpera para alojamento conjunto no pós-parto; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XI)

XII - disponibilizar área para deambulação durante o trabalho de parto; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XII)

XIII - utilizar metodologias que garantam assistência segura no aborto espontâneo, incluindo-se o Método de Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) até a 12ª semana; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XIII)

XIV - apoiar e promover o aleitamento materno, com adoção dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XIV)

XV - estimular a constituição de Colegiado Gestor Materno-Infantil, conforme previsto no Anexo II; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XV)

XVI - desenvolver atividades de educação permanente para as equipes multiprofissionais, por iniciativa própria ou por meio de cooperação; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XVI)

XVII - fornecer ações e serviços de orientação de planejamento reprodutivo pós-parto e pós-abortamento à puérpera no momento da alta hospitalar, assim como encaminhamento para consulta de puerpério e puericultura após a alta hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XVII)

XVIII - realizar ações e serviços de vigilância e investigação do óbito materno, fetal e infantil; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XVIII)

XIX - alimentar e atualizar os sistemas de informação obrigatórios do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XIX)

XX - realizar pesquisas de satisfação da usuária, abordando, entre outros temas, a violência institucional. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XX)

Seção II

Da Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência à Gestação de Alto Risco

(Origem: PRT MS/GM 1020/2013, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 46. Considerada a capacidade tecnológica e o perfil de recursos humanos dos serviços de Atenção à Gestação de Alto Risco, e em conformidade com os critérios dispostos neste Título, os estabelecimentos de saúde de referência na Atenção à Gestação de Alto Risco classificam-se como: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 11)

I - Tipo 1; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 11, I)

II - Tipo 2. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 11, II)

Parágrafo Único. A classificação em Tipo 1 ou Tipo 2 refere-se exclusivamente à estrutura do serviço, não havendo hierarquização entre eles. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 47. São critérios para habilitação de estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco, independentemente da classificação: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12)

I - apresentar relatório de vistoria realizada in loco pela Vigilância Sanitária local, com avaliação das condições de funcionamento do estabelecimento hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, I)

II - ter constituídas e em permanente funcionamento as comissões obrigatórias pertinentes aos estabelecimentos hospitalares; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, II)

III - realizar atendimento em urgência e emergência obstétrica nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, III)

IV - fornecer retaguarda às urgências e emergências obstétricas e neonatais atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede Cegonha em sua Região de Saúde e garantir o encaminhamento responsável; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, IV)

V - implantar protocolo de acolhimento com classificação de risco no atendimento às urgências obstétricas, ginecológicas e neonatal; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, V)

VI - estruturar equipe horizontal gestora do cuidado em obstetrícia e neonatologia, com, no mínimo, médico obstetra, enfermeiro e médico pediatra; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, VI)

VII - manter todos os leitos cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS) disponíveis para regulação pelas Centrais de Regulação; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, VII)

VIII - alimentar e atualizar os sistemas de informação obrigatórios do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, VIII)

IX - garantir vinculação de vaga para gestante, recém-nascido e puérpera de risco, com estabelecimento de fluxo e encaminhamento responsável; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, IX)

X - implantar Método Canguru, nos termos do Título II do Anexo X da Portaria de Consolidação nº 2, e do Título IV; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, X)

XI - manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe, sempre que possível; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, XI)

XII - proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável nos casos de internação, inclusive nas hipóteses de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo); (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, XII)

XIII - manter taxa de ocupação mínima de oitenta e cinco por cento para os leitos obstétricos e noventa por cento para os leitos de UTI, UCI Neonatal Convencional e UCI Neonatal Canguru (UCINCa); (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, XIII)

XIV - disponibilizar hemocomponentes nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana, com apresentação do documento de formalização de seu fornecimento, nos termos da Portaria nº 1.353/GM/MS, de 13 de junho de 2011, e da Resolução da Diretoria Colegiada nº 151, de 21 de agosto de 2001, da ANVISA;(Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, XIV)

XV - apresentar o número total de partos realizados nos últimos dois anos, conforme Banco de Dados Nacional do Sistema de Informação Hospitalar, com seus respectivos desfechos; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, XV)

XVI - constituir e manter em funcionamento o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, nos termos das normas de vigilância em saúde vigentes; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, XVI)

Art. 48. Para serem habilitados como estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 1, além dos critérios previstos no art. 47, os estabelecimentos hospitalares deverão cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13)

I - comprovar taxa de cirurgia cesariana menor ou igual a trinta por cento ou apresentar um plano de redução das taxas de cirurgias cesarianas em dez por cento ao ano até atingir a taxa estabelecida; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, I)

II - manter quantidade de leitos de gestação de alto risco para atendimento ao SUS, conforme necessidade estabelecida pela programação da Rede Cegonha e contemplada no Plano de Ação Regional; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, II)

III - disponibilizar Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), nos termos do Título IV, no prazo de até um ano da data da habilitação do estabelecimento hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, III)

IV - dispor de um leito equipado para estabilização da gestante ou puérpera até transferência para UTI Adulto de referência, pactuada em outro estabelecimento, quando não contar com UTI Adulto própria; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, IV)

V - dispor da seguinte infraestrutura para exames e serviços no estabelecimento hospitalar em período integral, nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, V)

a) ultrassonografia; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, V, a)

b) eletrocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, V, b)

c) cardiotocografia; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, V, c)

d) serviço de radiologia; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, V, d)

e) laboratório clínico; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, V, e)

f) posto de coleta de leite humano; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, V, f)

VI - garantir o acesso à ultrassonografia com "doppler", caso necessário; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VI)

VII - dispor de equipe para a atenção à Gestação de Alto Risco composta pelos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII)

a) assistente social; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, a)

b) enfermeiro, de preferência enfermeiro obstetra; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, b)

c) médico anestesiologista; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, c)

d) médico obstetra; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, d)

e) médico pediatra; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, e)

f) nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, f)

g) psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, g)

h) farmacêutico; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, h)

i) técnico de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, i)

VIII - garantir acesso nas especialidades médicas e demais procedimentos diagnósticos de acordo com a necessidade e quadro clínico da usuária. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VIII)

§ 1º Excepcionalmente, em situações nas quais a maternidade se configura como a única referência regional para gestação de alto risco, a redução anual prevista no Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá ser ajustada para cinco por cento ao ano, desde que pactuado com o gestor de saúde local. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, § 1º)

§ 2º A critério do gestor de saúde local, o Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá contemplar também o acompanhamento das taxas municipais e regionais, além das taxas específicas por estabelecimento. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, § 2º)

§ 3º Os profissionais enfermeiro, médico anestesiologista, médico obstetra, médico pediatra e técnico de enfermagem deverão estar disponíveis nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, § 3º)

Art. 49. Para serem habilitados como estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 2, além dos critérios previstos no art. 47, os estabelecimentos hospitalares de saúde deverão cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14)

I - comprovar taxa de cirurgia cesariana menor ou igual a trinta e cinco por cento ou apresentar um plano de redução das taxas de cirurgias cesarianas em dez por cento ao ano até atingir a taxa estabelecida; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, I)

II - dispor de equipe para a atenção à gestante, à puérpera e ao recém-nascido, composta pelos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II)

a) assistente social; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, a)

b) enfermeiro obstetra; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, b)

c) fisioterapeuta; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, c)

d) fonoaudiólogo; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, d)

e) médico anestesiologista; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, e)

f) médico clínico geral; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, f)

g) médico obstetra; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, g)

h) médico neonatologista ou intensivista pediatra; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, h)

i) médico pediatra; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, i)

j) nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, j)

k) farmacêutico; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, k)

l) psicólogo; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, l)

m) técnico de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, m)

III - dispor da seguinte infraestrutura para exames e serviços no estabelecimento em período integral de vinte e quatro horas durante sete dias da semana: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, III)

a) ultrassonografia com doppler; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, III, a)

b) eletrocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, III, b)

c) cardiotocografia; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, III, c)

d) serviço de radiologia; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, III, d)

e) laboratório clínico;e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, III, e)

f) Banco de Leite Humano, ou posto de coleta com referência pactuada a um Banco de Leite Humano, com fluxos e rotinas de encaminhamentos descritos e aprovados pela Vigilância Sanitária local; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, III, f)

IV - garantir acesso de apoio nas especialidades médicas e demais procedimentos diagnósticos de acordo com a necessidade e quadro clínico da usuária; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, IV)

V - disponibilizar UTIN, nos termos do Título IV, no prazo de até doze meses, contado da data de habilitação do estabelecimento hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, V)

§ 1º Excepcionalmente, em situações nas quais a maternidade se configura como a única referência regional para Gestação de Alto Risco, a redução anual prevista no Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá ser ajustada para cinco por cento ao ano, desde que pactuado com o gestor de saúde local. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, § 1º)

§ 2º A critério do gestor de saúde local, o Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá contemplar também o acompanhamento das taxas municipais e regionais, além das taxas específicas por estabelecimento. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, § 2º)

§ 3º Os profissionais enfermeiro, médico anestesiologista, médico clínico geral, médico obstetra, médico neonatologista ou intensivista pediatra, médico pediatra e técnico de enfermagem deverão estar disponíveis nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, § 3º)

Art. 50. A solicitação de habilitação será encaminhada à Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres (CGSM/DAPES/SAS/MS) pelo gestor de saúde estadual, do Distrito Federal ou municipal, acompanhada dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 15) (com redação dada pela PRT MS/GM 1376/2014) (com redação dada pela PRT MS/GM 1536/2016)

I - ofício de solicitação, cujo modelo de formulário para solicitação de habilitação do estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 1 ou Tipo 2 será disponibilizados no endereço eletrônico do Ministério da Saúde, em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1747.(Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 15, I)

II - resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), que contemple a inclusão do estabelecimento hospitalar na Rede Cegonha e pactuação de atendimento em UTI Adulto, quando necessária; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 15, II)

III - declaração do gestor de saúde estadual, do Distrito Federal ou Municipal que ateste a existência dos recursos humanos e da infraestrutura para o funcionamento do serviço hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco solicitado, de acordo com os critérios de habilitação previstos neste Título; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 15, III)

IV - relatório de vistoria realizada in loco pela Vigilância Sanitária local. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 15, IV)

Parágrafo Único. A CGSM/DAPES/SAS/MS emitirá parecer conclusivo sobre a solicitação de habilitação encaminhada. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 15, Parágrafo Único) (com redação dada pela PRT MS/GM 1536/2016)

Art. 51. A habilitação dos estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco poderá ser cancelada ou suspensa a qualquer momento se descumprido qualquer requisito previsto neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 16)

CAPÍTULO IV

DA CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUERPERA (CGBP)

(Origem: PRT MS/GM 1020/2013, CAPÍTULO IV)

Art. 52. A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) é uma residência provisória de cuidado à gestação de alto risco para usuárias em situação de risco, identificadas pela Atenção Básica ou Especializada, e terá as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17)

I - capacidade para acolhimento de dez, quinze ou vinte usuárias, entre gestantes, puérperas com recém-nascidos e puérperas sem recém-nascidos; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, I)

II - vinculação a um estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo1 ou Tipo 2; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, II)

III - situar-se preferencialmente nas imediações do estabelecimento hospitalar ao qual pertence, em um raio igual ou inferior a cinco quilômetros do estabelecimento ao qual esteja vinculada (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, III)

§ 1º A responsabilidade técnica e administrativa pela CGBP é do estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada, incluindo o transporte para a gestante, recém-nascido e puérpera para atendimento imediato às intercorrências, de acordo com a necessidade clínica. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, § 1º)

§ 2º Excepcionalmente, a CGBP poderá ser instalada a uma distância superior a cinco quilômetros do estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada, desde que observados os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, § 2º)

I - localização no mesmo Município do estabelecimento hospitalar de referência; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, § 2º, I)

II - justificativa e pactuação prévia na CIB; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, § 2º, II)

III - encaminhamento para conhecimento da CGHOSP/DAE/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, § 2º, III)

§ 3º A CGBP deverá dispor de ambientes específicos, tais como dormitório, banheiro, sala e cozinha, todos separados entre si, adequados ao número de usuários previsto. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, § 3º)

Art. 53. A CGBP tem como objetivo apoiar o cuidado às gestantes, recém-nascidos e puérperas em situação de risco, contribuindo para um cuidado adequado às situações que demandem vigilância e proximidade dos serviços hospitalares de referência, embora não haja necessidade de internação hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 18)

§ 1º A CGBP deve contribuir para a utilização racional dos leitos hospitalares obstétricos e neonatais nos estabelecimentos hospitalares de referência à Gestação de Alto Risco ao qual estejam vinculadas, com vistas à redução da morbimortalidade materna e perinatal. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 18, § 1º)

§ 2º A CGBP somente admitirá usuários que se enquadrem nas situações descritas no caput, não se confundindo com Abrigo, Albergue ou Casa de Passagem. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 18, § 2º)

Art. 54. A CGBP deverá garantir: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19)

I - acolhimento, orientação, acompanhamento, hospedagem e alimentação às gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de risco que necessitem de acompanhamento supervisionado pela equipe de referência do estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19, I)

II - assistência à saúde garantida pelo estabelecimento hospitalar durante a permanência na CGBP, de acordo com as necessidades clínicas dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19, II)

III - visita aberta, com horários ampliados e flexíveis; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19, III)

IV - acompanhamento por enfermeiro de segunda à sexta-feira, em regime de quarenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19, IV)

V - acompanhamento por técnico de enfermagem nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19, V)

VI - cuidados na prevenção e tratamento da infecção puerperal e ações da primeira semana direcionadas à puérpera e recém-nascidos; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19, VI)

VII - insumos, materiais, suprimentos e limpeza da CGBP;e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19, VII)

VIII - manutenção da estrutura física e dos equipamentos. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19, VIII)

Art. 55. A equipe da CGBP deverá ser composta, no mínimo, por: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 20)

I - um coordenador técnico-administrativo; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 20, I)

II - enfermeiro responsável disponível de segunda a sexta-feira, com supervisão do enfermeiro do hospital de referência no final de semana e no período da noite; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 20, II)

III - técnico de enfermagem disponível nas vinte e quatro horas do dia durante os sete dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 20, III)

IV - auxiliar de limpeza durante sete dias da semana; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 20, IV)

V - visita médica, de acordo com o quadro clínico, segundo o plano de cuidados, ou quando solicitada pela equipe de enfermagem. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 20, V)

Parágrafo Único. O enfermeiro responsável poderá acumular a função de coordenador técnico-administrativo. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 20, Parágrafo Único)

Art. 56. A inclusão da gestante, do recém-nascido e da puérpera na CGBP será feita pelo estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada, a partir de demanda da Atenção Básica ou da Atenção Especializada, de acordo com os critérios de regulação estabelecidos pelo gestor de saúde local, observando os seguintes critérios:(Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21)

I - para a gestante: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, I)

a) necessitar de atenção diária pela equipe de saúde, por apresentar situação de vulnerabilidade; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, I, a)

b) necessitar de vigilância mais frequente de suas condições de saúde em regime ambulatorial, acompanhada de dificuldade de deslocamento frequente em decorrência de distância e/ou outros obstáculos ao deslocamento; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, I, b)

II - para o recém-nascido clinicamente estável: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, II)

a) estar em recuperação nutricional, necessitando de atenção diária da equipe de saúde, embora sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, II, a)

b) necessitar de adaptação de seus cuidadores no manejo de cuidados específicos que serão realizados, posteriormente, no domicílio; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, II, b)

III - para a puérpera: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, III)

a) necessitar de atenção diária à saúde, sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, III, a)

b) quando o recém-nascido encontrar-se internado em UTIN ou UCIN no estabelecimento hospitalar e houver dificuldade para o deslocamento frequente da mãe. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, III, b)

Parágrafo Único. Preferencialmente, as vagas para as puérperas que necessitem permanecer na CGBP em razão de internação do recém-nascido na UTIN ou na UCINCo não ultrapassarão trinta por cento da capacidade de ocupação da CGBP, devendo-se garantir a disponibilidade da permanência da mãe ao lado do recém-nascido em período integral durante a internação. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, Parágrafo Único)

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 57. O estabelecimento hospitalar responsável pela CGBP deverá registrar e atualizar as seguintes informações das gestantes, bebês e puérperas: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 22)

I - nome; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 22, I)

II - endereço completo, incluindo o Município de origem; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 22, II)

III - motivo da admissão; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 22, III)

IV - taxa de ocupação; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 22, IV)

V - tempo médio de permanência; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 22, V)

VI - média de ganho de peso diário do bebê durante a permanência na CGBP. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 22, VI)

Art. 58. O gestor de saúde responsável solicitará à CGSM/DAPES/SAS/MS pedido de habilitação da CGBP, com o encaminhamento dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 23) (com redação dada pela PRT MS/GM 1536/2016) (com redação dada pela PRT MS/GM 1376/2014)

I - comprovação dos requisitos previstos nos arts. 52 e 55 do Anexo II ; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 23, I)

II - Declaração do gestor de saúde acerca do cumprimento dos requisitos previstos no art. 54. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 23, II)

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 1020/2013, CAPÍTULO VI)

Art. 59. Cada Unidade da Federação deverá pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) a implantação de pelo menos um serviço de atenção às mulheres em situação de violência sexual, incluindo-se a interrupção da gravidez prevista em lei, observadas as seguintes regras: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 34)

I - Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento e Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, do Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 34, I)

II - Portaria nº 1.508/GM/MS, de 1º de setembro de 2005, que dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 34, II)

Art. 60. Fica alterado, para 31 de dezembro de 2017, o prazo para atualização da habilitação dos estabelecimentos anteriormente habilitados como referência em Gestação de Alto Risco pela Portaria nº 3.477/GM/MS, de 20 de agosto de 1998. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 37) (com redação dada pela PRT MS/GM 1536/2016) (com redação dada pela PRT MS/GM 1481/2017)

Parágrafo Único. As maternidades que não atualizarem a habilitação no prazo estabelecido perderão a habilitação como referência para Gestação de Alto Risco e, consequentemente, a condição de registro de AIH para partos e cesarianas em gestação de alto risco (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 37, Parágrafo Único) (com redação dada pela PRT MS/GM 1481/2017)

Art. 61. O Ministério da Saúde publicará um modelo de Plano de Ação para redução de taxas de cirurgias cesarianas. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 38)

Art. 62. O modelo de formulário para solicitação de habilitação do estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 1 ou Tipo 2 será disponibilizado no endereço eletrônico do Ministério da Saúde: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1747. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 39)

Art. 63. Fica determinado que a habilitação de novas maternidades de referência em Gestação de Alto Risco não possui prazo determinado e devem seguir as diretrizes, critérios e parâmetros da Portaria nº 1.020/GM/MS, de 29 de maio de 2013. (Origem: PRT MS/GM 1481/2017, Art. 2º)

TÍTULO IV

DAS DIRETRIZES E OBJETIVOS PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL E HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO GRAVE OU POTENCIALMENTE GRAVE E OS CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE LEITOS DE UNIDADE NEONATAL NO ÂMBITO DO SUS

Art. 64. Este Título define as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidades Neonatal no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 1º)

Art. 65. Para os fins deste Título, considera-se recém-nascido a criança com idade entre 0 (zero) a 28 (vinte e oito) dias de vida. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 2º)

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES E OBJETIVOS DA ATENÇÃO INTEGRAL E HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO GRAVE OU POTENCIALMENTE GRAVE

(Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO I)

Art. 66. São diretrizes para a atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 3º)

I - o respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 3º, I)

II - promoção da equidade; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 3º, II)

III - integralidade da assistência; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 3º, III)

IV - atenção multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 3º, IV)

V - atenção humanizada; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 3º, V)

VI - estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 3º, VI)

Art. 67. São objetivos da atenção integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 4º)

I - organizar a Atenção a Saúde Neonatal para que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 4º, I)

II - priorizar ações que visem à redução da morbimortalidade perinatal e neonatal e que possibilitem o desenvolvimento saudável do recém-nascido e sua integração na família e sociedade; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 4º, II)

III - garantir acesso aos diferentes níveis da assistência neonatal, por meio da melhoria da organização do acesso aos serviços e ampliação da oferta de leitos em unidades neonatal; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 4º, III)

IV - induzir a formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao recém-nascido, que deverá ultrapassar exclusivamente a preocupação técnica/tecnológica, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 4º, IV)

V - induzir a implantação de mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves no SUS. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 4º, V)

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DOS LEITOS DE UNIDADES NEONATAL

(Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO II)

Art. 68. A Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos.(Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 5º)

§ 1º As Unidades Neonatal devem articular uma linha de cuidados progressivos, possibilitando a adequação entre a capacidade instalada e a condição clínica do recém-nascido. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Os recém-nascidos que necessitem dos cuidados específicos de Unidade Neonatal e que se encontrem em locais que não disponham destas unidades devem receber os cuidados necessários até sua transferência para uma Unidade Neonatal, que deverá ser feita após estabilização do recém-nascido e com transporte sanitário adequado, realizado por profissional habilitado. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 5º, § 2º)

Art. 69. As Unidades Neonatal são divididas de acordo com as necessidades do cuidado, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 6º)

I - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 6º, I)

II - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 6º, II)

a) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 6º, II, a)

b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 6º, II, b)

Parágrafo Único. Poderá ser implantada, alternativamente, uma Unidade Neonatal de 10 (dez) leitos com um subconjunto de leitos, na proporção de 4 (quatro) leitos de UTIN para 4 (quatro) leitos de UCINCo e 2 (dois) leitos de UCINCa. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 6º, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3389/2013)

Art. 70. O número de leitos de Unidades Neonatal atenderá ao seguinte parâmetro de necessidade populacional: para cada 1000 (mil) nascidos vivos poderão ser contratados 2 (dois) leitos de UTIN, 2 (dois) leitos de UCINCo e 1 (um) leito de UCINCa. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 7º)

§ 1º A UCINCa somente funcionará em unidade hospitalar que conte com UCINCo, de forma anexa ou como subconjunto de leitos de uma UCINCo. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 7º, § 1º)

§ 2º O conjunto de leitos de Cuidados Intermediários, UCINCo e UCINCa, conterá, no mínimo, 1/3 (um terço) de leitos de UCINCa. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 7º, § 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 3389/2013)

§ 3º A Unidade Neonatal que contar com leitos de UTIN, UCINco e UCINca deverá contar com, no mínimo, 10 (dez) leitos totais em ambiente contíguo, compartilhando a mesma equipe prevista para UTIN de que trata os arts. 76 e 77 do Anexo II . (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 7º, § 3º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3389/2013)

§ 4º Na abertura de Unidades Neonatais que contar com leitos de UTIN, UCINco e UCINca com módulos de 10 (dez) leitos, deverá ser considerada a proporção prevista no art. 69, parágrafo único. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 7º, § 4º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3389/2013)

§ 5º A Unidade Neonatal terá custeio de acordo com a tipologia de cada leito, na proporção de 4 (quatro) leitos de UTIN para 4 (quatro) leitos de UCINCo e 2 (dois) leitos de UCINCa. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 7º, § 5º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3389/2013)

Art. 71. Para novos estabelecimentos de saúde que disponham de maternidade e que possuam também UTIN ou UCIN é obrigatória a previsão, no projeto arquitetônico de sua área física, de alojamento para as mães cujos recém-nascidos estiverem internados em UTIN ou UCIN, de forma a garantir condições para o cumprimento do direito do recém-nascido a acompanhante em tempo integral. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 8º)

Art. 72. Serão habilitadas pelo Ministério da Saúde as novas Unidades Neonatal, bem como as já existentes que se adequarem aos requisitos deste Título. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 9º)

Seção I

Do Serviço de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)

(Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 73. UTIN são serviços hospitalares voltados para o atendimento de recém-nascido grave ou com risco de morte, assim considerados: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 10)

I - recém-nascidos de qualquer idade gestacional que necessitem de ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória com FiO2 maior que 30% (trinta por cento); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 10, I)

II - recém-nascidos menores de 30 semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento menor de 1.000 gramas; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 10, II)

III - recém-nascidos que necessitem de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 10, III)

IV - recém-nascidos que necessitem de nutrição parenteral; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 10, IV)

V - recém-nascidos que necessitem de cuidados especializados, tais como uso de cateter venoso central, drogas vasoativas, prostaglandina, uso de antibióticos para tratamento de infecção grave, uso de ventilação mecânica e Fração de Oxigênio (FiO2) maior que 30% (trinta por cento), exsanguineotransfusão ou transfusão de hemoderivados por quadros hemolíticos agudos ou distúrbios de coagulação. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 10, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 3389/2013)

Art. 74. As UTIN deverão cumprir os seguintes requisitos de Humanização: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 11)

I - controle de ruído; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 11, I)

II - controle de iluminação; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 11, II)

III - climatização; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 11, III)

IV - iluminação natural, para as novas unidades; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 11, IV)

V - garantia de livre acesso a mãe e ao pai, e permanência da mãe ou pai; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 11, V)

VI - garantia de visitas programadas dos familiares; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 11, VI)

VII - garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 11, VII)

Art. 75. Para fins de habilitação como UTIN, o serviço hospitalar deverá dispor de equipe multiprofissional especializada, equipamentos específicos próprios e tecnologia adequada ao diagnóstico e terapêutica dos recém-nascidos graves ou com risco de morte. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 12) (com redação dada pela PRT MS/GM 3389/2013)

Parágrafo Único. A UTIN poderá ser dos tipos II e III. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 12, Parágrafo Único)

Subseção I

Da UTIN Tipo II

(Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO II, Seção I, Subeção I)

Art. 76. Para habilitação como a UTIN tipo II, o serviço hospitalar deverá contar com a seguinte estrutura mínima: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13)

I - funcionar em estabelecimento hospitalar cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e que possuam no mínimo 80 (oitenta) leitos gerais, dos quais 20 leitos obstétricos, com a seguinte estrutura mínima: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, I)

a) centro cirúrgico; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, I, a)

b) serviço radiológico convencional; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, I, b)

c) serviço de ecodopplercardiografia; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, I, c)

d) hemogasômetro 24 horas; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, I, d)

e) Banco de Leite Humano ou unidade de coleta; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, I, e)

II - contar com ambiência e estrutura física que atendam às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, II)

III - dispor dos seguintes materiais e equipamentos: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III)

a) material e equipamento para reanimação: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos, de acordo com o estabelecido no Anexo 12 do Anexo II ; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, a)

b) monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura: 1 (um) para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, b)

c) ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 1 (um) para cada 2 (dois) leitos, com reserva operacional de 1 (um) equipamento para cada 5 (cinco) leitos, devendo dispor cada equipamento de, no mínimo, 2 (dois) circuitos completos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, c)

d) ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria: 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, d)

e) equipamento para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão"): 3 (três) equipamentos por leito, com reserva operacional de 1 (um) para cada 3 (três) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, e)

f) conjunto de nebulização, em máscara: 1 (um) para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, f)

g) conjunto padronizado de beira de leito contendo estetoscópio, fita métrica, ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com máscara e reservatório: 1 (um) conjunto para cada leito, com reserva operacional de 1 (um) para cada 2 (dois) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, g)

h) bandejas contendo material apropriado para os seguintes procedimentos: punção lombar; drenagem liquórica em sistema fechado, diálise peritoneal, drenagem torácica com sistema fechado; traqueostomia; acesso venoso profundo, incluindo cateterização venosa central de inserção periférica (PICC), flebotomia, cateterismo de veia e artéria umbilical; exsanguíneo transfusão; punção pericárdica; cateterismo vesical de demora em sistema fechado e curativos em geral; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, h)

i) eletrocardiógrafo portátil disponível na unidade; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, i)

j) materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, j)

k) oftalmoscópio e otoscópio: no mínimo 2 (dois); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, k)

l) negatoscópio, foco auxiliar portátil e aspirador cirúrgico portátil: 1 (um) por UTIN; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, l)

m) equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos ou fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, m)

n) estadiômetro ou fita métrica: 1 por unidade; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, n) (com redação dada pela PRT MS/GM 3389/2013)

o) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, o)

p) equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva: 1(um) para cada 5 (cinco) leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não-invasiva; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, p)

q) materiais de interface facial para ventilação pulmonar não-invasiva (máscara ou pronga); 1 (um) por leito, devendo a UTIN dispor de todos os tamanhos: 00, 0, 1, 2, 3, e 4; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, q)

r) fototerapia, capacete/capuz de acrílico e tenda para oxigenioterapia: 1 (um) para cada 3 (três) leitos/fração, com reserva operacional de 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, r)

s) incubadora com parede dupla: 1 (um) por paciente de UTIN, dispondo de berços aquecidos de terapia intensiva para no mínimo 10% (dez por cento) dos leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, s)

t) incubadora para transporte completa, com monitorização contínua, suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos, com bateria, de suporte para cilindro de oxigênio, cilindro transportável de oxigênio e kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, t)

u) balança eletrônica portátil: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, u)

v) poltronas removíveis, com revestimento impermeável, para acompanhante: 1 (uma) para cada 4 (quatro) leitos ou fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, v)

w) refrigerador com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com conferência e registro de temperatura a intervalos máximos de 24 horas: 1 (um) por UTIN; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, w)

x) materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, x)

IV - garantia de acesso aos seguintes serviços à beira do leito, prestados por meios próprios ou por serviços terceirizados: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV)

a) assistência nutricional; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, a)

b) terapia nutricional (enteral e parenteral); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, b)

c) assistência farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, c)

d) assistência clinica vascular e cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, d)

e) assistência clinica neurológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, e)

f) assistência clinica ortopédica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, f)

g) assistência clinica urológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, g)

h) assistência clinica gastroenterológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, h)

i) assistência clínica nefrológica, incluindo terapia renal substitutiva; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, i) (com redação dada pela PRT MS/GM 3389/2013)

j) assistência clinica hematológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, j)

k) assistência clinica hemoterapica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, k)

l) assistência clinica oftalmológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, l)

m) assistência clinica otorrinolaringológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, m)

n) assistência clinica de infectologia; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, n)

o) assistência clinica cirúrgica pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, o)

p) assistência psicológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, p)

q) assistência endocrinológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, q)

r) serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, r)

s) serviço de radiografia móvel; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, s)

t) serviço de ultrassonografia portátil; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, t)

u) serviço de endoscopia digestiva alta e baixa; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, u)

v) serviço de fibrobroncoscopia; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, v)

w) serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, w)

x) serviço de eletroencefalografia; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, x)

y) serviço de assistência social; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, y) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3389/2013)

V - garantia de acesso, no próprio estabelecimento hospitalar ou em outro com acesso formalizado, aos seguintes serviços de diagnóstico e terapêutica: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V)

a) cirurgia cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, a)

b) cirurgia vascular; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, b)

c) cirurgia neurológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, c)

d) cirurgia ortopédica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, d)

e) cirurgia urológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, e)

f) ressonância magnética; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, f)

g) tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, g)

h) anatomia patológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, h)

i) agência transfusional 24 horas; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, i)

j) assistência clinica de genética; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, j)

VI - equipe mínima formada nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI)

a) 1 (um) médico responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias com certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Especialista em Medicina Intensiva Pediátrica fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou Residência Médica em Neonatologia reconhecida pelo Ministério da Educação ou Residência Médica em Medicina Intensiva Pediátrica reconhecida pelo Ministério da Educação; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, a)

b) 1 (um) médico com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, com certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Especialista em Pediatria (TEP) fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou Residência Médica em Neonatologia ou Residência Médica em Medicina Intensiva Pediátrica reconhecida pelo Ministério da Educação ou Residência Médica em Pediatria, reconhecida pelo Ministério da Educação, para cada 10 (dez) leitos ou fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, b)

c) 1 (um) médico plantonista com Título de Especialista em Pediatria (TEP) e com certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Especialista em Pediatria (TEP) fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou Residência Médica em Medicina Intensiva Pediátrica reconhecida pelo Ministério da Educação ou Residência Médica em Neonatologia ou Residência Médica em Pediatria, reconhecida pelo Ministério da Educação, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, c)

d) 1 (um) enfermeiro coordenador com jornada horizontal diária de 8 horas com habilitação em neonatologia ou no mínimo 2 (dois) anos de experiência profissional comprovada em terapia intensiva pediátrica ou neonatal; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, d)

e) 1 (um) enfermeiro assistencial para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, e)

f) 1 (um) fisioterapeuta exclusivo para cada 10 leitos ou fração, em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, f)

g) 1 (um) fisioterapeuta coordenador com, no mínimo, 2 anos de experiência profissional comprovada em unidade terapia intensiva pediátrica ou neonatal, com jornada horizontal diária mínima de 6 (seis) horas; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, g)

h) técnicos de enfermagem, no mínimo, 1 (um) para cada 2 (dois) leitos em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, h)

i) 1 (um) funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, i)

j) 1 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, j)

§ 1º O mesmo profissional médico poderá acumular, na mesma unidade neonatal, a responsabilidade técnica e o papel de médico com jornada horizontal de 04 (quatro) horas, previstos nos incisos I e II do 'caput'. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 3389/2013)

§ 2º O coordenador de fisioterapia poderá ser um dos fisioterapeutas assistenciais. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, § 2º)

Subseção II

Da UTIN Tipo III

(Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO II, Seção I, Subeção II)

Art. 77. Para habilitação como UTIN tipo III, o serviço hospitalar deverá contar com toda a estrutura mínima prevista no art. 76 e mais o seguinte: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 14)

I - no mínimo 50% (cinquenta por cento) dos plantonistas devem ter certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Medicina Intensiva Pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 14, I)

II - enfermeiro coordenador com título de especialização em terapia intensiva/terapia intensiva neonatal ou no mínimo 5 (cinco) anos de experiência profissional comprovada de atuação na área; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 14, II)

III - 1 (um) enfermeiro plantonista assistencial por turno, exclusivo da unidade, para cada 5 (cinco) leitos ou fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 14, III)

IV - coordenador de fisioterapia com título de especialização em terapia intensiva pediátrica ou neonatal ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 14, IV)

V - bombas de infusão: 4 (quatro) por leito ou fração; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 14, V)

VI - ventilador mecânico microprocessado: 1 (um) para cada leito. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 14, VI)

Seção II

Do Serviço de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)

(Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 78. As UCINCo, também conhecidas como Unidades Semi-Intensiva, são serviços em unidades hospitalares destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 15)

Parágrafo Único. As UCINCo poderão configurar-se como unidades de suporte às UTIN ou de forma independente, obedecendo à rotina de cada serviço. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 79. As UCINCo serão responsáveis pelo cuidado de recém-nascidos nas seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 16)

I - recém-nascido que após a alta da UTIN ainda necessite de cuidados complementares; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 16, I)

II - recém-nascido com desconforto respiratório leve que não necessite de assistência ventilatória mecânica ou CPAP ou Capuz em Fração de Oxigênio (FiO2) elevada (FiO2 > 30%); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 16, II)

III - recém-nascido com peso superior a 1.000g e inferior a 1.500g, quando estáveis, sem acesso venoso central, em nutrição enteral plena, para acompanhamento clínico e ganho de peso; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 16, III)

IV - recém-nascido maior que 1.500g, que necessite de venóclise para hidratação venosa, alimentação por sonda e/ou em uso de antibióticos com quadro infeccioso estável; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 16, IV)

V - recém-nascido em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 16, V)

VI - recém-nascido submetido a procedimento de exsanguineotransfusão, após tempo mínimo de observação em UTIN, com níveis de bilirrubina descendentes e equilíbrio hemodinâmico; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 16, VI)

VII - recém-nascido submetido à cirurgia de médio porte, estável, após o pós-operatório imediato em UTIN. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 16, VII)

Art. 80. Para habilitação como UCINCo, o serviço hospitalar deverá contar com a seguinte estrutura mínima: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17)

I - funcionar em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES, com garantia de referência para serviços de maior complexidade, para o atendimento de recém-nascido que necessite de cuidados de tratamento intensivo e cirurgia pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, I)

II - contar com ambiência e estrutura física que atendam às normas estabelecidas pela ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, II)

III - dispor dos seguintes equipamentos: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III)

a) berço de calor radiante em no mínimo 10% (dez por cento) dos leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, a)

b) incubadoras simples em no mínimo 60% (sessenta por cento) dos leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, b)

c) berços de acrílico em no mínimo 30% (trinta por cento) dos leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, c)

d) monitor multiparâmetros: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, d) (com redação dada pela PRT MS/GM 3389/2013)

e) ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com reservatório e válvula e máscaras para prematuros e recém-nascido a termo: 1 (um) para cada 3 (três) recém-nascidos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, e)

f) capacetes/ capuz para oxigênio: 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, f)

g) termômetro digital individual: 1 (um) para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, g)

h) estetoscópio individual: 1 (um) para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, h)

i) esfignomanômetro - 1 (um) para 15 (quinze) leitos ou menor fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, i)

j) otoscópio e oftalmoscópio - 1 (um) para 15 (quinze) leitos ou menor fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, j)

k) material e equipamento para reanimação: 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos, de acordo com o estabelecido no Anexo 12 do Anexo II ; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, k)

l) conjunto de nebulizador e máscara: 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, l)

m) aspirador portátil: 1 (um) por unidade. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, m)

n) bomba de infusão: 1 (uma) para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, n)

o) aparelhos de fototerapia: 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, o)

p) balança eletrônica: 1 (uma) para cada 15 (quinze) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, p)

q) negatoscópio ou sistema informatizado para visualizar Raio X: 1 (um) por unidade; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, q)

r) relógios e calendário de parede visíveis; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, r)

s) poltronas removíveis, com revestimento impermeável: 1 (uma) por leito (para realização de contato pele a pele/posição canguru); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, s)

t) oxímetro de pulso: 1 (um) para cada leito; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, t) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3389/2013)

u) termômetro: 1 (um) para cada leito. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, u) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3389/2013)

IV - equipe mínima formada nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV)

a) 1 (um) responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias, com certificado de habilitação em neonatologia fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) ou título de especialista em pediatria fornecido pela SBP ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecidas pelo Ministério da Educação; permitido acumular responsabilidade técnica ou coordenação no máximo em duas unidades como UCINCo e UCINCa ou UTIN, podendo acumular a função de médico com jornada horizontal; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, a)

b) 1 (um) médico com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecidas pelo Ministério da Educação, para cada 15 (quinze) leitos ou fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, b)

c) 1 (um) médico plantonista com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria (TEP) fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecidas pelo Ministério da Educação, para cada 15 (quinze) leitos ou fração em cada turno;(Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, c)

d) 1 (um) enfermeiro coordenador, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou no mínimo 2 anos de experiência profissional comprovada, com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, podendo acumular responsabilidade técnica ou coordenação de, no máximo, duas unidades como UCINCo e UCINCa;(Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, d)

e) 1 (um) enfermeiro assistencial, para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, e)

f) 1 (um) técnico de enfermagem para cada 5 (cinco) leitos, em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, f)

g) 1 (um) fisioterapeuta para cada 15 leitos ou fração em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, g)

h) 1 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, h)

i) 1 (um) funcionário responsável pela limpeza em cada turno. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, i)

Parágrafo Único. Em unidades hospitalares que disponham de UCINCo e UTIN, o responsável técnico médico e o enfermeiro coordenador responderão pelas duas unidades, favorecendo a linha de cuidado progressivo. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, Parágrafo Único)

Art. 81. Quando não fizer parte de uma Unidade Neonatal com UTIN, a UCINCo deverá contar ainda com os seguintes equipamentos: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18)

I - ventilador pulmonar microprocessado: 1 (um) para 15 (quinze) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, I)

II - bandejas para procedimentos de punção lombar, drenagem torácica, curativos, flebotomia, acesso venoso, sondagem vesical e traqueostomia; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, II)

III - incubadora de transporte com cilindro de oxigênio e ar comprimido; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, III)

IV - equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva: 1 (um) para 15 (quinze) leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não-invasiva; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, IV)

V - materiais de interface facial para ventilação pulmonar não-invasiva (máscara ou pronga); 1 (um) por leito, devendo a UCINCo dispor de todos os tamanhos: 00, 0, 1, 2, 3, e 4; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, V)

VI - garantia de acesso aos seguintes serviços à beira do leito, prestados por meios próprios ou por serviços terceirizados: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI)

a) assistência nutricional; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, a)

b) terapia nutricional (enteral e parenteral); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, b)

c) assistência farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, c)

d) assistência clinica vascular e cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, d)

e) assistência clinica neurológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, e)

f) assistência clinica ortopédica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, f)

g) assistência clinica urológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, g)

h) assistência clinica gastroenterológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, h)

i) assistência clinica nefrológica, incluindo hemodiálise; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, i)

j) assistência clinica hematológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, j)

k) assistência clinica hemoterapica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, k)

l) assistência clinica oftalmológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, l)

m) assistência clinica otorrinolaringológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, m)

n) assistência clinica de infectologia; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, n)

o) assistência clinica cirúrgica pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, o)

p) assistência psicológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, p)

q) assistência endocrinológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, q)

r) serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, r)

s) serviço de radiografia móvel; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, s)

t) serviço de ultrassonografia portátil; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, t)

u) serviço de endoscopia digestiva alta e baixa; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, u)

v) serviço de fibrobroncoscopia; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, v)

w) serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, w)

x) serviço de eletroencefalografia; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, x)

y) serviço de assistência social. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, y) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3389/2013)

VII - garantia de acesso, no próprio estabelecimento hospitalar ou em outro com acesso formalizado, aos seguintes serviços de diagnóstico e terapêutica: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII)

a) cirurgia cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, a)

b) cirurgia vascular; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, b)

c) cirurgia neurológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, c)

d) cirurgia ortopédica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, d)

e) cirurgia urológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, e)

f) ressonância magnética; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, f)

g) tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, g)

h) anatomia patológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, h)

i) agência transfusional 24 horas; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, i)

j) assistência clinica de genética. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, j)

Art. 82. A UCINCo cumprirá os seguintes requisitos de Humanização: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 19)

I - controle de ruído; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 19, I)

II - controle de iluminação; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 19, II)

III - climatização; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 19, III)

IV - iluminação natural, para as novas unidades; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 19, IV)

V - garantia de livre acesso a mãe e ao pai, e permanência da mãe ou pai; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 19, V)

VI - garantia de visitas programadas dos familiares; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 19, VI)

VII - garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 19, VII)

Seção III

Do Serviço de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)

(Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 83. As UCINCa são serviços em unidades hospitalares cuja infraestrutura física e material permita acolher mãe e filho para prática do método canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 (vinte e quatro) horas por dia, até a alta hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 20)

Parágrafo Único. As UCINCa possuirão suporte assistencial por equipe de saúde adequadamente treinada, que possibilite a prestação de todos os cuidados assistenciais e a orientação à mãe sobre sua saúde e a do recém-nascido. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 20, Parágrafo Único)

Art. 84. As UCINCa serão responsáveis pelo cuidado de recém-nascidos com peso superior a 1.250g, clinicamente estável, em nutrição enteral plena, cujas mães manifestem o desejo de participar e tenham disponibilidade de tempo. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 21)

Art. 85. A UCINCa somente funcionará em unidade hospitalar que conte com UCINCo. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 22)

Art. 86. Para habilitação como UCINCa, a unidade hospitalar deverá contar com a estrutura física mínima prevista pela Portaria nº 1.016/GM/MS, de 26 de agosto de 1993. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23)

§ 1º Além da estrutura física mínima prevista no caput, a UCINCa deverá dispor dos seguintes equipamentos: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º)

I - incubadoras simples em pelo menos 20% (vinte por cento) dos leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, I)

II - berços de acrílico em pelo menos 80% (oitenta por cento) dos leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, II)

III - ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com reservatório e válvula e máscaras para prematuros e recém-nascido a termo: 1 para cada 5 (cinco) recém-nascidos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, III)

IV - termômetro digital individual: 1 (um) para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, IV)

V - estetoscópio individual: 1 (um) para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, V)

VI - material e equipamento para reanimação: 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos, de acordo com o estabelecido no Anexo 12 do Anexo II ; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, VI)

VII - aspirador portátil: 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, VII)

VIII - balança eletrônica: 1 (uma) para cada 15 (quinze) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, VIII)

IX - relógios e calendários de parede visíveis; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, IX)

X - poltronas removíveis, com revestimento impermeável: 1 (uma) por leito. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, X)

§ 2º A incubadora de transporte, o esfignomanômetro, o otoscópio, o oftalmoscópio e o conjunto de nebulizador e máscara poderão ser compartilhados entre as UCINCo e UCINCa, guardando a proporção em relação ao número de leitos. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 2º)

Art. 87. O atendimento na UCINCa será feito pela(s) equipe(s) responsável(eis) pela CINCo. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 24)

Parágrafo Único. Para fins de formação da equipe mínima da UCINCo, nos termos do art. 80, IV, serão somados os leitos de UCINCo e de UCINCa disponíveis na mesma unidade hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 24, Parágrafo Único)

Art. 88. A UCINCa cumprirá os mesmos requisitos de Humanização previstos para a UCINCo, conforme art. 82. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 25)

CAPÍTULO III

DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO III)

Art. 89. O processo de habilitação das Unidades Neonatal, de qualquer das tipologias descritas neste Título, seguirá o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26)

I - envio do pedido de habilitação pela unidade hospitalar ao respectivo gestor de saúde municipal (Municípios em gestão plena), estadual ou distrital; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, I)

II - análise do pedido pela Secretaria de Saúde Municipal (Municípios em gestão plena), Estadual ou do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, II)

III - em caso de análise favorável, encaminhamento de proposta pelo gestor de saúde municipal (Municípios em gestão plena), estadual ou distrital à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGHOSP/DAHU/SAS/MS), com a seguinte documentação: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, III)

a) declaração assinada pelo gestor de saúde responsável, comprovando o cumprimento das exigências de habilitação previstas neste Título e atestando que o estabelecimento de saúde cumpre com as normativas sanitárias ou que foi pactuado um plano de ações corretivas com cronograma de adequação entre o estabelecimento de saúde e a vigilância sanitária competente; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, III, a) (com redação dada pela PRT MS/GM 159/2015) (com redação dada pela PRT MS/GM 3389/2013)

b) aprovação do credenciamento da Unidade Neonatal interessada pela Comissão Intergestores Regional (CIR), se houver, e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, III, c)

c) atualização das informações referentes ao estabelecimento hospitalar no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, III, d)

IV - análise da proposta e da respectiva documentação pela CGHOSP/DAHU/SAS/MS, que poderá realizar vistoria in loco para a habilitação ou a qualquer tempo; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, IV)

V - em caso de análise favorável, publicação de portaria de habilitação pela SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, V)

§ 1º No caso de processo formalizado por Secretaria de Saúde de Município em gestão plena, deverá constar, além do parecer do gestor de saúde municipal, o parecer do gestor de saúde estadual, que será responsável pela integração da Unidade Neonatal à rede estadual/regional, com a definição dos fluxos de referência e contrarreferência dos pacientes. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, § 1º)

§ 2º A análise do pedido pela Secretaria de Saúde responsável ficará na posse do gestor de saúde estadual, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, § 2º)

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO IV)

Art. 90. As Secretarias de Saúde dos estados em conjunto com as Secretarias de Saúde municipais e do Distrito Federal estabelecerão planejamento regional de atenção em terapia intensiva e cuidados intermediários neonatais, com a finalidade de incrementar, quantitativa e qualitativamente, o acesso dos pacientes usuários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 28)

Art. 91. Caberá à Coordenação-Geral de Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (CGSI/DRAC/SAS/MS) adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS da Secretaria-Executiva (DATASUS), para o cumprimento do disposto neste Título.(Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 29)

TÍTULO V

DO ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

Art. 92. Este Título regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o SUS. (Origem: PRT MS/GM 2418/2005, Art. 1º)

§ 1º Para efeito deste Título entende-se o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico. (Origem: PRT MS/GM 2418/2005, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, cabendo ao gestor a devida formalização dessa autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar (AIH). (Origem: PRT MS/GM 2418/2005, Art. 1º, § 2º)

§ 3º No valor da diária de acompanhante, estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições. (Origem: PRT MS/GM 2418/2005, Art. 1º, § 3º)

TÍTULO VI

DA EXCLUSÃO DA CRÍTICA NO SIH/SUS PARA REGISTRO DE CESARIANAS DOS ESTADOS QUE NÃO FORMALIZARAM A ADESÃO AO PACTO PELA REDUÇÃO DA TAXA DE CESARIANA

Art. 93. Fica determinada a exclusão da crítica no SIH/SUS para registro de cesarianas dos Estados que não formalizaram a adesão ao Pacto pela Redução da Cesariana. (Origem: PRT MS/GM 1084/2017, Art. 1º)

Art. 94. Fica estabelecida como competência dos gestores municipais, estaduais e distrital a definição e adoção de estratégias para a obtenção de redução da realização do parto cesariano e da sistemática de acompanhamento, avaliação e controle do desenvolvimento dessas estratégias, conforme as diretrizes para a operação cesariana no Brasil. (Origem: PRT MS/GM 1084/2017, Art. 2º)

Art. 95. Caberá a Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, por meio da Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação, tomar as medidas necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS para cumprir o disposto neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1084/2017, Art. 3º)

Anexo 1 do Anexo II

MATRIZ DIAGNÓSTICA (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Anexo 1)

MATRIZ DIAGNÓSTICA

A Matriz é composta por quatro grupos de indicadores:

1º GRUPO: Indicadores de Mortalidade e Morbidade

Incidência de sífilis congênita (Indicador 7 do Pacto pela Vida)

Taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal)

Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24 anos) por Município

Nascidos vivos segundo idade da mãe, segundo IG (< 37 semanas)

% de óbitos infantis-fetais investigados

% de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigados

2º GRUPO: Indicadores de Atenção

Número de nascidos vivos e % de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal

Cobertura de equipes de Saúde da Família

Tipo de parto: % de partos cesáreos e partos normais. Cesárea em primípara. Idade da mãe

% de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação

% de crianças com consultas preconizadas até 24 meses

% de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada

% de gestantes com todos os exames preconizados

3º GRUPO: Situação da Capacidade Hospitalar Instalada

Número de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde

Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém nascido e crianças de alto risco

Identificação dos leitos UTI neonatal existentes

Identificação dos leitos UTI adulto existentes em hospitais que realizam parto

4º GRUPO: Indicadores de Gestão

% de investimento estadual no setor saúde

PDR atualizado

PPI atualizada

Identificação de centrais de regulação: (i) urgências; (ii) de internação; e (iii) ambulatorial

Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital

Anexo 2 do Anexo II

NOVOS EXAMES DE PRÉ-NATAL (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Anexo 3)

NOVOS EXAMES DE PRÉ-NATAL

No componente pré-natal estão previstos novos exames financiados pelo Ministério da Saúde a partir da adesão à Rede Cegonha:

Teste rápido de gravidez;

Teste rápido de sífilis

Teste rápido de HIV

Cultura de bactérias para identificação (urina)

Acréscimo de mais um exame de hematócrito, hemoglobina,

Ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes

Proteinúria (teste rápido)

Teste indireto de antiglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo

Exames adicionais para gestantes de alto-risco:

Contagem de plaquetas

Dosagem de proteínas (urina 24 horas)

Dosagens de uréia, creatinina e ácido úrico

Eletrocardiograma Ultrassom obstétrico com Doppler

Cardiotocografia ante-parto

Anexo 3 do Anexo II

KIT PARA AS UBS (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Anexo 4)

KIT PARA AS UBS

1 sonar

1 fita métrica

1 gestograma

1 Caderno de Atenção Básica/CAB - Pré-natal

Balança adulto

Anexo 4 do Anexo II

KIT PARA AS GESTANTES (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Anexo 5)

KIT PARA AS GESTANTES

Bolsa Rede Cegonha;

e Trocador de fralda.

Anexo 5 do Anexo II

KIT PARA AS PARTEIRAS TRADICIONAIS (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Anexo 6)

KIT PARA AS PARTEIRAS TRADICIONAIS

Bolsa para acondicionar os materiais

Tesoura curva em inox, ponta romba, para uso exclusivo no parto

Caixa em inox ou em alumínio, para guardar a tesoura de inox

Balança de tração com gancho e suporte "tipo cegonha"

Lanterna média a dínamo

Fraldas de algodão

Guarda-chuva e capa de chuva

Bacia de alumínio

Toalha para enxugar as mãos

Estetoscópio de Pinard de plástico

Fita métrica

Pacotes com gaze

Escova de unha

Sabão líquido

Rolo de barbante para ligadura do cordão umbilical

Luvas descartáveis

Álcool a 70%

Saco plástico transparente (polietileno)

Almontolia ou pinceta média, para acondicionar o álcool

Tesoura comum para uso pessoal

Livro da Parteira

Lápis/caneta e borracha

Caderno pequeno para anotações

Balão auto-inflável com válvula reguladora

Máscaras para balão

Bulbo ou pêra de borracha

Estetoscópio adulto

Gorro/toca capilar

Coberta de flanela para o recém-nascido

??????Avental plástico

Forro protetor

Anexo 6 do Anexo II

ESTRUTURA FÍSICA DO CENTRO DE PARTO NORMAL (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Anexo 1)

ESTRUTURA FÍSICA DO CENTRO DE PARTO NORMAL

A planta física para este caso deverá conter os seguintes espaços físicos abaixo (a serem distribuídos de acordo com as especificidades do terreno ou estabelecimento):

	AMBIENTES	Quantificação (mínima - un)	Dimensão (mínima - m)	Área Unitária (mínima-m²)
	AMBIENTES FINS			
1	Sala de Registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante *	1	-	12,00
2	Sala de exames e admissão de parturientes*	1	-	9,00
3	Sanitário anexo à sala de exames *	1	1,20	2,40
4	Quartos para pré-parto/parto/pós-parto - PPP (sem banheira)	2	3,20	14,50
5	Quartos para pré-parto/parto/pós-parto - PPP (com banheira)	1	3,20	18
6	Banheiro anexo ao quarto PPP	3	1,70	4,80
7	Área para deambulação (Varanda/solário) - interna e/ou externa.	1	-	20,00
8	Posto de enfermagem *	1	-	2,50
9	Sala de serviço *	1	-	5,70
	AMBIENTES DE APOIO			
10	Sala de utilidades	1	1,50	6,00
11	Quarto de plantão para funcionários	1	2,00	5,00
12	Banheiro anexo ao quarto de plantão	2	-	2,30
13	Rouparia	-	-	-
14	Depósito de Material de Limpeza	1	1,00	2,00
15	Depósito de equipamentos e materiais	1	-	3,50
16	Copa	1	1,15	4,00
17	Refeitório	1	-	12,00
18	Área para guarda de macas r cadeiras de rodas (ambiente opcional)	-	-	-

* Como unidade Intra-hospitalar tipo II, o CPN poderá compartilhar também estes ambientes fins com outros setores do estabelecimento ao qual pertence desde que sejam de fácil acesso e possuam dimensões compatíveis com a demanda de serviços a serem atendidos.

Observação: Ao somatório da metragem específica de todos os ambientes deve ser acrescido 30% (trinta por cento), referente às áreas de circulação e elementos construtivos (paredes). Planta recomendada pela Área Técnica de Saúde da Mulher/MS encontra-se no site: www.saude.gov.br/redecegonha

AMBIENTES FINS

1.Sala de recepção acolhimento e registro (parturiente e acompanhante): ambiente destinado a recepcionar e encaminhar parturientes e acompanhantes. Para este ambiente adotou-se área mínima de 12,00m² para receber uma maca e área para registro de paciente (mesa e prontuários).

2.Sala de exames e admissão de parturientes com sanitário anexo: ambiente destinado a realização de exames, apresentando área mínima de 9,00m² e ser provido de bancada com pia com ponto de água fria e quente.

3.Sanitário anexo à sala de exames: ambiente com dimensão mínima de 1,20m e área mínima de 2,40m².

4.Quarto de Pré-parto, Parto e Pós-Parto (PPP): ambiente com capacidade para 1 (uma) parturiente e seu acompanhante e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

5.Quarto PPP sem banheira: o ambiente deve apresentar área mínima de 14,50m², sendo 10,5m² para o leito e área de 4m² para cuidados de recém-nascido (RN), com dimensão mínima de 3,2m, com previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada com pia, provida de ponto de água fria e quente. Cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 (opcional).

6.Quarto PPP com banheira: o ambiente deve apresentar área mínima de 18,00m², sendo 10,5m² para o leito, área de 4m² para cuidados de RN e 3,50m² para instalação de banheira (com largura mínima de 0,90m e com altura máxima de 0,43m, no caso de utilização de banheira de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível o modo de hidromassagem não deve ser ativado). O ambiente deverá possuir dimensão mínima de 3,2m, com previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada com pia, provida de ponto de água fria e quente. Cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 (opcional).

7.Nos quartos PPP's devem ser previstas instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem. Esse ambiente deve ser projetado a fim de proporcionar à mulher e recém-nascido bem-estar e segurança, criando um ambiente familiar diferindo-o de uma sala cirúrgica, permitindo também a presença, bem como, a participação do acompanhante em todo o processo.

8.Banheiro anexo ao quarto PPP para parturiente: o banheiro anexo ao quarto PPP deve ter área mínima de 4,8m², com dimensão mínima de 1,70m. O Box para chuveiro deve ter dimensão mínima de 0,90x1,10m com instalação de barra de segurança. Deve ser provido ponto de água fria e quente.

9.Área de deambulação: espaço destinado à deambulação e estar das parturientes. Sugere-se que este seja interno, ligado a uma área externa provida de paisagismo, preferencialmente coberta a fim de ser utilizada independente das condições climáticas. Esse ambiente deve apresentar área mínima de 20m².

10.Posto de enfermagem: ambiente destinado a realizar relatórios de enfermagem e registro de parto. Deve apresentar área mínima de 2,5m², provido de ponto de água fria e elétrica de emergência.

11.Sala de serviço: realizar procedimentos de enfermagem. Deve ser previsto uma sala de serviço a cada posto de enfermagem, com área mínima de 5,70m², provido de ponto de água fria e elétrica de emergência.

AMBIENTES DE APOIO

12.Sala de utilidades: esse ambiente é destinado à recepção, lavagem, descontaminação e abrigo temporário de materiais e roupa suja. Deve ser provido de bancada com pia e uma pia de despejo, com acionamento por válvula de descarga e tubulação de 75mm, provido de ponto de água fria e água quente. Deve possuir área mínima de 6,00m², com dimensão mínima de 1,50m.

13.Quarto de plantão para funcionários com banheiros (feminino e masculino): esse ambiente é destinado ao repouso dos funcionários presentes na unidade em regime de plantão. Deve apresentar área mínima de 5 m².

14.Banheiros (masculino e feminino) do quarto de plantão de funcionários: ambiente com área mínima de 2,3m² para cada unidade, provido de ponto de água quente e fria.

15.Rouparia: essa área será destinada ao armazenamento de roupas limpas (fornecidas pela unidade vinculada), para esta pode ser previsto um armário com duas portas.

16.Depósito de Material de Limpeza (DML): ambiente de apoio destinado à guarda de materiais de limpeza. Deve apresentar área mínima de 2,00m², dimensão mínima de 1,0m e estar provido ponto de água fria.

17.Depósito de equipamentos e materiais: ambiente destinado a armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo. Para este ambiente adotou-se área mínima de 3,5m².

18.Copa: esse ambiente é destinado à recepção e distribuição da dieta das parturientes e acompanhantes. Deve apresentar área mínima de 4m² e ser provido de ponto de água fria.

19.Refeitório: essa área poderá estar contígua à copa, destinada à realização de refeições/lanches fora do quarto, pode constituir-se de um espaço aberto, não necessariamente um ambiente fechado. Deve apresentar área mínima de 12,00m² e ser provido de ponto de água fria.

20.Área para guarda de macas e cadeira de rodas: Armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo.

AMBIENTES FINS

1.Sala de recepção acolhimento e registro (parturiente e acompanhante): ambiente destinado a recepcionar e encaminhar parturientes e acompanhantes. Para este ambiente adotou-se área mínima de 12,00m² para receber uma maca e área para registro de paciente (mesa e prontuários).

2.Sala de exames e admissão de parturientes com sanitário anexo: ambiente destinado a realização de exames, apresentando área mínima de 9,00m² e ser provido de bancada com pia com ponto de água fria e quente.

3.Sanitário anexo à sala de exames: ambiente com dimensão mínima de 1,20m e área mínima de 2,40m².

4.Quarto de Pré-parto, Parto e Pós-Parto (PPP): ambiente com capacidade para 1 (uma) parturiente e seu acompanhante e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

5.Quarto PPP sem banheira: o ambiente deve apresentar área mínima de 14,50m², sendo 10,5m² para o leito e área de 4m² para cuidados de recém-nascido (RN), com dimensão mínima de 3,2m, com previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada com pia, provida de ponto de água fria e quente. Cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 (opcional).

6.Quarto PPP com banheira: o ambiente deve apresentar área mínima de 18,00m², sendo 10,5m² para o leito, área de 4m² para cuidados de RN e 3,50m² para instalação de banheira (com largura mínima de 0,90m e com altura máxima de 0,43m, no caso de utilização de banheira de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível o modo de hidromassagem não deve ser ativado). O ambiente deverá possuir dimensão mínima de 3,2m, com previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada com pia, provida de ponto de água fria e quente. Cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 (opcional).

7.Nos quartos PPP's devem ser previstas instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem. Esse ambiente deve ser projetado a fim de proporcionar à mulher e recém-nascido bem-estar e segurança, criando um ambiente familiar diferindo-o de uma sala cirúrgica, permitindo também a presença, bem como, a participação do acompanhante em todo o processo.

8.Banheiro anexo ao quarto PPP para parturiente: o banheiro anexo ao quarto PPP deve ter área mínima de 4,8m², com dimensão mínima de 1,70m. O Box para chuveiro deve ter dimensão mínima de 0,90x1,10m com instalação de barra de segurança. Deve ser provido ponto de água fria e quente.

9.Área de deambulação: espaço destinado à deambulação e estar das parturientes. Sugere-se que este seja interno, ligado a uma área externa provida de paisagismo, preferencialmente coberta a fim de ser utilizada independente das condições climáticas. Esse ambiente deve apresentar área mínima de 20m².

10.Posto de enfermagem: ambiente destinado a realizar relatórios de enfermagem e registro de parto. Deve apresentar área mínima de 2,5m², provido de ponto de água fria e elétrica de emergência.

11.Sala de serviço: realizar procedimentos de enfermagem. Deve ser previsto uma sala de serviço a cada posto de enfermagem, com área mínima de 5,70m², provido de ponto de água fria e elétrica de emergência.

AMBIENTES DE APOIO

12.Sala de utilidades: esse ambiente é destinado à recepção, lavagem, descontaminação e abrigo temporário de materiais e roupa suja. Deve ser provido de bancada com pia e uma pia de despejo, com acionamento por válvula de descarga e tubulação de 75mm, provido de ponto de água fria e água quente. Deve possuir área mínima de 6,00m², com dimensão mínima de 1,50m.

13.Quarto de plantão para funcionários com banheiros (feminino e masculino): esse ambiente é destinado ao repouso dos funcionários presentes na unidade em regime de plantão. Deve apresentar área mínima de 5 m².

14.Banheiros (masculino e feminino) do quarto de plantão de funcionários: ambiente com área mínima de 2,3m² para cada unidade, provido de ponto de água quente e fria.

15.Rouparia: essa área será destinada ao armazenamento de roupas limpas (fornecidas pela unidade vinculada), para esta pode ser previsto um armário com duas portas.

16.Depósito de Material de Limpeza (DML): ambiente de apoio destinado à guarda de materiais de limpeza. Deve apresentar área mínima de 2,00m², dimensão mínima de 1,0m e estar provido ponto de água fria.

17.Depósito de equipamentos e materiais: ambiente destinado a armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo. Para este ambiente adotou-se área mínima de 3,5m².

18.Copa: esse ambiente é destinado à recepção e distribuição da dieta das parturientes e acompanhantes. Deve apresentar área mínima de 4m² e ser provido de ponto de água fria.

19.Refeitório: essa área poderá estar contígua à copa, destinada à realização de refeições/lanches fora do quarto, pode constituir-se de um espaço aberto, não necessariamente um ambiente fechado. Deve apresentar área mínima de 12,00m² e ser provido de ponto de água fria.

20.Área para guarda de macas e cadeira de rodas: Armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo.

Anexo 7 do Anexo II

INDICADORES DO CENTRO DE PARTO NORMAL (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Anexo 2)

Indicadores a serem monitorados mensalmente pelos gestores dos estabelecimentos responsáveis pelo CPN:

1) Dados dos partos:

a) Total de partos realizados no CPN intra-hospitalar tipos I e II e CPN peri-hospitalar

b) Percentual de partos realizados por cada profissional: enfermeiro (a) e médico (a)

c) Percentual de partos em adolescentes

d) Percentual de partos na água

e) Percentual de partos em posição vertical

2) Percentual de episiotomia

3) Percentual de Laceração 1º e 2º grau

4) Percentual de Laceração 3º e 4º grau

5) Percentual de RAM (Rotura Artificial de Membrana)

6) Percentual de parto com ocitocina no 2º estágio

7)Percentual de mulheres com acompanhante durante o TP/Parto/Puerpério

8)Percentual de mulheres assistidas com 6 ou mais consultas de Pré Natal

9)Dados do Recém-Nascido (RN):

a) Percentual de RN com peso ao nascer < 2.500 g e > 4.000g

b)Percentual de RN com idade gestacional < 37 semanas e > 41 semanas

c)Percentual de RN com Apgar < 7 no 5º minuto

d)Percentual de RN com contato pele a pele ininterrupto imediato após o nascimento

10) Percentual de transferência de parturientes do CPN para outros setores do estabelecimento, discriminado por motivo da transferência

11) Percentual de transferência da puérpera e do RN do CPN para outros setores do estabelecimento, discriminado por motivos da transferência

12) Percentual de avaliação/procedimento médico obstétrico ou pediátrico na unidade

Anexo 8 do Anexo II

REQUISITOS COMPLEMENTARES PARA CONSTITUIÇÃO COMO CENTRO DE PARTO NORMAL (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Anexo 3)

REQUISITOS COMPLEMENTARES PARA CONSTITUIÇÃO COMO CENTRO DE PARTO NORMAL

1.Infra-estrutura destinada especificamente ao seu funcionamento constituída por:

1.1.Sala de Registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante;

1.2.Sala de exames e admissão de parturientes;

1.3.Sanitário anexo à sala de exames;

1.4.Três a 5 (cinco) quartos PPP para CPN peri-hospitalar, sendo 1 (um) com banheira; e 3 (três) a 5 (cinco) quartos PPP para CPN intra-hospitalar, sendo 1 (um) com banheira; Cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 (opcional), com arco e perneiras removíveis;

1.5.Banheiro anexo ao quarto PPP;

1.6.Área para deambulação (interna e/ou externa);

1.7.Varanda /solário;

1.8.Posto de enfermagem; e

1.9.Sala de serviço.

2.Possuir os seguintes ambientes de apoio:

2.1.Sala de utilidades;

2.2.Quarto de plantão para funcionários;

2.3.Banheiros anexo ao quarto de plantão (masculino e feminino);

2.4.Rouparia (não necessariamente se constitui em um ambiente);

2.5.Depósito de material de limpeza;

2.6.Depósito de equipamentos e materiais;

2.7.Copa;

2.8.Refeitório das parturientes (para CPN intra-hospitalar este espaço é opcional);e

2.9.Área para guarda de macas e cadeiras de rodas (ambiente opcional).

OBS.: Como unidade intra-hospitalar, o CPN poderá compartilhar os ambientes de apoio com outros setores do estabelecimento ao qual pertence desde que estejam situados em local próximo, de fácil acesso e possuam dimensões compatíveis com a demanda de serviços a serem atendidos.

3. Equipamentos Mínimos do Centro de Parto Normal:

3.1.Estetoscópio clínico;

3.2.Esfigmomanômetro;

3.3.Fita métrica;

3.4.Estetoscópio sonar, 01 (um) por quarto PPP;

3.5.Amnioscópio com fonte de luz;

3.6.Mesa auxiliar;

3.7.Foco de luz móvel;

3.8.Instrumental para exame ginecológico incluindo especulo vaginal e pinça de Cheron;

3.9.Materiais para alívio não farmacológico da dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto, tais como:

3.9.1.Barra fixa ou escada de Ling;

3.9.2.Bola de Bobat e cavalinho;

3.9.3.Arco de suporte (acoplável e removível na cama de alvenaria) que possibilite a adoção da posição de cócoras pela mulher;

3.9.4.Banheira ou piscina para o trabalho de parto/parto;

3.10.Perneira para adoção da posição ginecológica pela mulher (acoplável e removível na cama de alvenaria);

3.11.Instrumental para parto normal com clampeador de cordão;

3.12.Mesa para refeição;

3.13.Colchão de 1,28m x 1,88m, D33 revestido com material lavável para quarto PPP

3.14.Banquetas e/ou cadeiras para o parto vertical;

3.15.Relógio de parede com marcador de segundos, 01 (um) por quarto PPP;

3.16.Balança para recém-nascido;

3.17.Oxímetro de pulso;

3.18.Berço aquecido para reanimação com fonte de calor radiante;

3.19.Berço de acrílico, 01 (um) por quarto PPP;

3.20.Material para aspiração: sondas traqueais sem válvula números 4, 6, 8, 10, 12 e 14; sondas de aspiração gástrica números 6, 8 e 10. Dispositivo para aspiração de mecônio na traquéia;

3.21.Material para ventilação: balão auto-inflável de 500 ml e de 750 ml, reservatório de oxigênio aberto ou fechado, com válvula de segurança com escape entre 30-40 cm H2O e/ou manômetro, máscaras faciais para recém-nascidos a termo;

3.22.Capacete HOOD para oxigenioterapia de RN;

3.23.Plástico protetor para evitar perda de calor;

3.24.Maleta de reanimação com material para intubação: laringoscópio com lâminas retas tamanhos 0 e 1, cânulas traqueais de diâmetro uniforme sem balonete, tamanhos 2,5 - 3,0 - 3,5 - 4,0 mm;

3.25.Material para cateterismo umbilical;

3.26.Incubadora de transporte (caso o estabelecimento não possua);

3.27.Fonte de oxigênio;

3.28.Poltrona reclinável para acompanhante;

3.29.Mesa para exame ginecológico;

3.30.Escadinha de dois lances; e

3.31.Computador com impressora;

3.32.Cardiotocógrafo

Equipamentos e Materiais Opcionais do Centro de Parto Normal:

4.1.Camas PPP;

4.2.Mesa de cabeceira; e

4.3.Equipamento áudio-visual.

Anexo 9 do Anexo II

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O PROCEDIMENTO DE PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN) (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Anexo 4)

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O PROCEDIMENTO DE PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN)

Procedimento	03.10.01.005-5 - PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN)
Descrição	PARTO NORMAL DE GESTANTE DE RISCO HABITUAL
Origem	03.10.01.003-9
Modalidade	Hospitalar
Instrumento de registro	AIH (Proc. Principal)
Complexidade	Média Complexidade
Tipo de financiamento	Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Serviço Ambulatorial	R$ 0,00
Valor Serviço Ambulatorial Total	R$ 0,00
Valor Serviço Hospitalar	R$ 267,60
Valor Serviço Profissional	R$ 175,80
Valor Hospitalar Total	R$ 443,40
Atributo complementar	Exige VDRL na AIH
Sexo	Feminino
Idade mínima	15 anos
Idade máxima	40 anos
Média de permanência	2
Leito	02 - Obstétrico
CBO	2231F9, 223545, 225250
CID	O631, O800, O801, O808, O809, P95
Habilitação	14.03 Unidade que realiza assistência ao parto sem distócia por enfermeiro obstetra ou obstetriz; 14.10 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar Tipo I com 3PPP 14.11 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar Tipo I 5PPP 14.12 Unidade de Centro de Parto Normal peri-hospitalar com 5 PPP
	14.17 Unidade de Centro de Parto Normal peri-hospitalar com 3 PPP 14.18 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar Tipo II com 3PPP 14.19 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar Tipo II 5PPP

Anexo 10 do Anexo II

TABELA COM CÁLCULO DO DIMENSIONAMENTO MÍNIMO DOS AMBIENTES (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Anexo 2)

TABELA COM CÁLCULO DO DIMENSIONAMENTO MÍNIMO DOS AMBIENTES

1) ÁREA MÍNIMA DOS AMBIENTES OBRIGATÓRIOS	m2/ocupante	nºde mulheres/bebês acolhidas		
	m²	10	15	20
Espaço de Estar das usuárias multiuso	1,50	15,00	22,50	30,00
Cozinha/copa	1,20	12,00	18,00	24,00
Quartos para alojamento	6,00	60,00	90,00	120,00
Sala de atendimento multiprofissional	12,00	12,00	12,00	12,00
Área de Serviço	0,70	7,00	10,50	14,00
Banheiros para gestantes e puérperas: 1cd/ 5 mulher	3,80	7,60	11,40	15,20
Sanitário para visitantes e funcionários : 1 masc. e 1 fem. Cd/ 20 ocupantes	3,60	3,60	3,60	3,60
2)TOTAL PARCIAL		127,20	183,00	238,80
3) ÁREA MÍNIMA DA ÁREA DE CIRCULAÇÃO + PAREDES - valor a ser acrescido sobre área mínima dos ambientes obrigatórios (25%)		31,8	45,75	59,7
4) ÁREA MÍNIMA TOTAL DA CASA		159,00	228,75	298,50

Anexo 11 do Anexo II

ESTRUTURA DA CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Anexo 3)

ESTRUTURA DA CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA

As novas construções e reformas de CGBP deverão possuir estrutura proporcional à sua capacidade de ocupação, conforme os requisitos a seguir:

1. espaço de estar das usuárias com 1,5m² por usuária da CGBP;

2. cozinha/copa com 1,2m² por ocupante da CGBP;

3. quartos para alojamento de gestantes, de recém-nascidos e de puérperas, totalizando dez, quinze ou vinte camas, de acordo com o número de usuárias da casa, com área mínima de 6,0m² por usuária da CGBP;

4. sala de atendimento multiprofissional com área mínima de 12m²;

5. área de serviços com 0,70m² por usuária da CGBP;

6. área para lazer na parte externa da CGBP com incidência direta de sol e com espaço para poltronas de descanso e deambulação livre, quando houver espaço disponível;

7. banheiros para usuárias: 1 (um) banheiro contendo 1 (um) vaso sanitário, 1(uma) pia e 1 (um) chuveiro, com, no mínimo, 3,8m² para 1 (um) grupo de 5 usuárias da CGBP;

8. banheiros para visitantes e funcionários: 1 (um) banheiro para uso masculino e 1 (um) banheiro para uso feminino contendo, cada um deles, 1 (um) vaso sanitário e 1(uma) pia, com, no mínimo, 3,6m² cada:

a) O somatório da metragem específica de todos os ambientes deve ser acrescido em 25% (vinte e cinco por cento), referente às áreas de circulação e elementos construtivos (paredes);

b) as camas podem ser distribuídas em três, quatro ou cinco cômodos, observado o parâmetro de metragem;

c) nos quartos de alojamento do recém-nascido deverão estar contemplados espaços para o berço do recém-nascido e a cama da mãe ou acompanhante, com vistas a garantir que mães puérperas sejam alojadas necessariamente junto com seus filhos recém-nascidos;

d) o banheiro poderá ser ampliado, num mesmo espaço ou em espaços diretamente ligados, para atender mais grupos de 5 (cinco) usuárias, desde que contemplado, proporcionalmente, com a metragem mínima aplicável ao número de usuárias atendidas e o número de vasos sanitários, pias e chuveiros para sua utilização;

e) o banheiro para visitantes e usuários poderá ser ampliado, num mesmo espaço ou em espaços diretamente ligados, para atender mais visitantes e funcionários, desde que contemplado, proporcionalmente, com a metragem mínima aplicável ao número de visitantes e funcionários e o número de vasos sanitários e pias para sua utilização; e

f) as normas de acessibilidade deverão ser respeitadas em todos os cômodos da CGBP;

9. A CGBP deverá contar, no mínimo, com os seguintes equipamentos, materiais e mobiliários:

a) balança antropométrica;

b) balança neonatal;

c) estetoscópio adulto e neonatal;

d) esfigmomanômetros;

e) cama;

f) berço;

g) armário;

h) sofá;

i) escada de dois degraus;

j) mesa para refeição;

k) geladeira;

l) fogão;

m) lavadora de roupas;

n) televisão; e

o) computador.

10. Quando houver área para lazer na parte externa, a CGBP deverá contar com poltrona e/ou rede para banho de sol do recém-nascido e puérpera ou gestante.

Anexo 12 do Anexo II

MATERIAL NECESSÁRIO PARA A REANIMAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Anexo 1)

MATERIAL NECESSÁRIO PARA A REANIMAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO (KIT carrinho)

I - Sala de parto e/ou de reanimação com temperatura ambiente de 26ºC e:

a) mesa de reanimação com acesso por 3 lados;

b) monte de calor radiante;

c) fontes de oxigênio umidificado e de ar comprimido, com fluxômetros;

d) aspirador a vácuo com manômetro;

e) relógio de parede com ponteiro de segundos; e

f) termômetro digital para mensuração da temperatura ambiente.

II - Material para aspiração:

a) Sondas: traqueais Nº 6, 8 e 10 e gástricas curtas Nº 6 e 8;

b) Dispositivo para aspiração de mecônio; e

c) Seringa de 20 ml.

III - Material para ventilação:

a) reanimador manual neonatal (balão auto-inflável com volume máximo de 750 ml, reservatório de O2 e válvula de escape com limite de 30-40 cm H2O e/ou manômetro);

b) ventilador mecânico manual neonatal em T;

c) máscaras redondas com coxim para prematuros tamanho 00 e 0 e de termo 1;

d) blender para mistura oxigênio/ar; e

e) oxímetro de pulso com sensor neonatal e bandagem elástica escura.

IV - Material para intubação traqueal:

a) laringoscópio infantil com lâmina reta nº 00, 0 e 1;

b) cânulas traqueais sem balonete, de diâmetro uniforme 2,5/3,0/ 3,5 e 4,0 mm;

c) material para fixação da cânula: tesoura, fita adesiva e algodão com SF 0,9%; e

d) pilhas e lâmpadas sobressalentes.

V - Medicações:

a) adrenalina (diluir em SF 0,9% a 1/10.000 em seringa de 5,0 ml para uso endotraqueal);

b) adrenalina (diluir em SF 0,9% a 1/10.000 em seringa de 1,0 ml para uso endovenoso); e

c) expansor de volume (SF 0,9% ou Ringer-lactato) em 2 seringas de 20 ml.

VI - Material para cateterismo umbilical:

a) campo fenestrado esterilizado, cadarço de algodão e gaze;

b) pinça tipo kelly reta de 14 cm e cabo de bisturi com lâmina Nº 21;

c) porta agulha de 11 cm e fio agulhado mononylon 4.0; e

d) cateter umbilical 5F ou 8F de PVC ou poliuretano.

VII - Outros:

a) luvas e óculos de proteção individual;

b) compressas e gazes esterilizadas;

c) estetoscópio neonatal;

d) saco de polietileno de 30x50 cm e touca para proteção térmica do prematuro; e

e) tesoura de ponta romba e clampeador de cordão umbilical.

Anexo III

Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) (Origem: PRT MS/GM 1600/2011)

Art. 1º Este Anexo institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 1º)

LIVRO I

DAS DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

(Origem: PRT MS/GM 1600/2011, CAPÍTULO I)

Art. 2º Constituem-se diretrizes da Rede de Atenção às Urgências: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º)

I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, I)

II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes); (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, II)

III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, III)

IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, IV)

V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clinicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, V)

VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, VI)

VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, VII)

VIII - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, VIII)

IX - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, IX)

X - articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, X)

XI - participação e controle social dos usuários sobre os serviços; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, XI)

XII - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, XII)

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, XIII)

XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, XIV)

Art. 3º Fica organizada, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 3º)

§ 1º A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A Rede de Atenção às Urgências deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A Rede de Atenção às Urgências priorizará as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 3º, § 4º)

Art. 4º A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º)

I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, I)

II - Atenção Básica em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, II)

III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, III)

IV - Sala de Estabilização; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, IV)

V - Força Nacional de Saúde do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, V)

VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, VI)

VII - Hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, VII)

VIII - Atenção Domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, VIII)

LIVRO II

DOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E SEUS OBJETIVOS

(Origem: PRT MS/GM 1600/2011, CAPÍTULO II)

Art. 5º O Componente Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 5º)

Art. 6º O Componente Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 6º)

Art. 7º O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 7º)

Parágrafo Único. O Componente de que trata o caput deste artigo pode se referir a atendimento primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas que necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 8º O Componente Sala de Estabilização deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde pela central de regulação das urgências. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 8º)

Parágrafo Único. O Componente de que trata o caput deste artigo não se caracteriza como novo serviço de saúde para assistência a toda demanda espontânea, mas sim para garantir a disponibilidade de atendimento para estabilização dos agravos críticos à saúde. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 9º O Componente Força Nacional de Saúde do SUS objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 9º)

Art. 10. O Componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas está assim constituído: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 10)

I - a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 10, I)

II - as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 10, II)

Art. 11. O Componente Hospitalar será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 11)

Art. 12. O Componente Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 12)

TÍTULO I

DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO ÂMBITO DO SUS

Art. 13. O Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências será estruturado de forma articulada e integrada a todos os outros componentes dessa Rede, a partir do Plano de Ação Regional, conforme Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 2º)

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS E DIRETRIZES DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

(Origem: PRT MS/GM 2395/2011, CAPÍTULO I)

Art. 14. São objetivos do Componente Hospitalar da Rede Atenção às Urgências: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 3º)

I - organizar a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 3º, I)

II - garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 3º, III)

III - garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de leitos de Cuidados Prolongados e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 3º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2809/2012)

Art. 15. Constituem diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 4º)

I - universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 4º, I)

II - humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 4º, II)

III - atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 4º, III)

IV - regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 4º, IV)

V - atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 4º, V)

CAPÍTULO II

DAS PORTAS DE ENTRADA HOSPITALARES DE URGÊNCIA

(Origem: PRT MS/GM 2395/2011, CAPÍTULO II)

Art. 16. Para efeito deste Título, são Portas de Entrada Hospitalares de Urgência os serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 5º)

§ 1º Atendimento ininterrupto é aquele que funciona nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, objeto deste Título, devem estar instaladas em unidades hospitalares estratégicas para a rede de atenção às urgências. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 5º, § 2º)

§ 3º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de atendimento exclusivo de obstetrícia e psiquiatria não estão incluídas no conjunto de Portas de Entrada Hospitalares de Urgência previstas neste Título. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 5º, § 3º)

Art. 17. São consideradas unidades hospitalares estratégicas para a Rede de Atenção às Urgências aquelas que se enquadrarem nos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º)

I - ser referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios, conforme registro no Sistema de Informação Hospitalar (SIH); (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, I)

II - ter no mínimo 100 (cem) leitos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, II)

III - estar habilitada em pelo menos uma das seguintes linhas de cuidado: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, III)

a) cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, III, a)

b) neurologia/neurocirurgia; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, III, b)

c) pediatria; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, III, c)

d) traumato-ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, III, d)

§ 1º As instituições hospitalares que não se enquadrarem estritamente nos requisitos estabelecidos neste artigo, mas que, excepcionalmente, forem consideradas estratégicas para a referência regional no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências poderão se beneficiar dos investimentos estabelecidos neste Título.(Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, § 1º)

§ 2º A caracterização de unidades hospitalares como excepcionalmente estratégicas para a referência regional do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências será pactuada na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e avaliada pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, § 2º)

CAPÍTULO III

DOS LEITOS DE RETAGUARDA

(Origem: PRT MS/GM 2395/2011, CAPÍTULO III)

§ 1º Os novos leitos de retaguarda poderão localizar-se nas unidades hospitalares estratégicas, definidas pelo art. 17, ou em outros hospitais de retaguarda localizados nas regiões de saúde em que estejam situadas as unidades hospitalares estratégicas. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 11, § 2º)

Art. 18. O Componente Hospitalar de Atenção às Urgências deverá garantir e organizar a retaguarda de leitos para a Rede de Atenção às Urgências, por meio da ampliação e qualificação de enfermarias clínicas de retaguarda, leitos de Cuidados Prolongados e leitos de terapia intensiva. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 11) (com redação dada pela PRT MS/GM 2809/2012)

§ 2º O número de novos leitos de retaguarda de enfermarias clínicas e terapia intensiva (UTI) será calculado de acordo com parâmetros de necessidade, por tipo de leito, conforme definido na Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 11, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2809/2012)

§ 3º O número de novos leitos de Cuidados Prolongados será calculado de acordo com parâmetros de necessidade definidos em ato específico. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 11, § 3º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2809/2012)

CAPÍTULO IV

DOS SISTEMAS ESTADUAIS DE REFERÊNCIA HOSPITALAR EM ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Art. 19. Ficam criados mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 1º)

Art. 20. Ficam estabelecidos os seguintes critérios para classificação e inclusão dos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, que farão jus à remuneração adicional estabelecida no art. 22: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º)

§ 1º Hospitais Tipo I - são hospitais especializados, que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria ou traumato-ortopedia ou cardiologia. Devem dispor de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º)

I - área física e instalações - compatíveis com as normas do Ministério da Saúde e adequadas para o acolhimento e atendimento especializado aos portadores de danos e/ou agravos específicos em situação de urgência/emergência. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, I)

II - recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis - propedêuticos e/ou terapêuticos, existentes no hospital para o atendimento das urgências/emergências especializados em: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II)

a) cardiologia: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a)

1. radiologia convencional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 1)

2. análises clínicas laboratoriais; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 2)

3. eletrocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 3)

4. ultra-sonografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 4)

5. ecocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 5)

6. hemodinâmica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 6)

7. angiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 7)

8. cirurgia cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 8)

9. unidade de terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 9)

10. agência transfusional, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 10)

11. anestesiologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 11)

b) pediatria: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b)

1. radiologia convencional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 1)

2. análises clínicas laboratoriais; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 2)

3. eletrocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 3)
4. ultra-sonografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 4)
5. unidade de terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 5)
6. cirurgia pediátrica , e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 6)
7. anestesiologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 7)
c) traumato-ortopedia: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, c)
1. radiologia convencional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, c, 1)
2. análises clínicas laboratoriais; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, c, 2)
3. intensificador de imagem, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, c, 3)
4. anestesiologia. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, c, 4)
III - outros recursos tecnológicos acessíveis e/ou alcançáveis sob a forma de contrato, convênio, comodato, parceria ou compra direta de serviço, com identificação do prestador, próprios dos hospitais de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III)
a) cardiologia: tomografia computadorizada (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, a)
b) pediatria: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, b)
1. agência transfusional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, b, 1)
2. tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, b, 2)
3. broncoscopia, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, b, 3)
4. endoscopia. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, b, 4)
c) traumato-ortopedia: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c)
1. tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c, 1)
2. cirurgia vascular; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c, 2)
3. cirurgia bucomaxilofacial; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c, 3)
4. cirurgia geral; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c, 4)
5. neurocirurgia, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c, 5)
6. agência transfusional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c, 6)
IV - recursos humanos mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências específicas nas áreas de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV)
a) cardiologia: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a)
1. cardiologista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 1)
2. hemodinamicista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 2)
3. angiografista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 3)
4. cirurgião cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 4)
5. intensivista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 5)
6. ecocardiografista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 6)
7. imagenologista, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 7)
8. anestesiologista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 8)
b) pediatria: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, b)
1. pediatra; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, b, 1)
2. intensivista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, b, 2)
3. cirurgião pediátrico, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, b, 3)
4. anestesista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, b, 4)
c) traumato-ortopedia: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, c)
1. ortopedista e traumatologista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, c, 1)
2. clínico geral; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, c, 2)
3. anestesista. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, c, 3)
V - outros recursos humanos alcançáveis, identificados por especialidade e capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas áreas de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V)
a) cardiologia: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, a)
1. imagenologista, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, a, 1)
2. hematologista. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, a, 2)
b) pediatria: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, b)
1. imagenologista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, b, 1)
2. hematologista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, b, 2)
3. broncoscopista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, b, 3)
4. endoscopista, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, b, 4)
5. neuropediatria. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, b, 5)
c) Traumato-ortopedia: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c)
1. imagenologista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c, 1)
2. cirurgião vascular; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c, 2)
3. cirurgião bucomaxilofacial; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c, 3)
4. cirurgião geral; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c, 4)
5. neurocirurgião, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c, 5)
6. hematologista. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c, 6)
§ 2º Hospitais Tipo II - são hospitais gerais que dispõem de unidade de urgência/emergência e de recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento geral das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica. Devem dispor de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º)
I - área física e instalações - compatíveis com as normas do Ministério da Saúde e adequadas para o acolhimento e atendimento dos portadores de danos e/ou agravos caracterizados como urgência/emergência clínica e cirúrgica. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, I)
II - recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis existentes no hospital - para propedêutica e/ou terapêutica dos atendimentos de urgência/emergência, a saber: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II)
a) radiologia convencional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, a)
b) ultra-sonografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, b)
c) análises clínicas laboratoriais; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, c)
d) eletrocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, d)
e) terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, e)
f) tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, f)
g) endoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, g)
h) agência transfusional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, h)
i) anestesiologia. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, i)
III - outros recursos tecnológicos - próprios ou de terceiros, acessíveis sob a forma de contrato, convênio, comodato, parceria ou compra direta de serviço, com identificação dos prestadores, a saber: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II)
a) broncoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, a)
b) hemodinâmica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, b)
c) angiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, c)
d) ecocardiografia, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, d)
e) terapia renal substitutiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, e)
IV - recursos humanos mínimos e indispensáveis - presentes no hospital, capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas áreas de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III)
a) clínica médica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III, a)
b) clínica pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III, b)
c) cirurgia geral; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III, c)
d) ortopedia e traumatologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III, d)
e) anestesia, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III, e)
f) tratamento intensivo. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III, f)
V - outros recursos humanos alcançáveis, identificados por especialidade, capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas áreas de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV)
a) oftalmologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, a)
b) endoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, b)
c) broncoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, c)
d) otorrinolaringologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, d)
e) cardiologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, e)
f) odontologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, f)
g) hemodinâmica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, g)
h) neurologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, h)
i) neurocirurgia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, i)
j) angiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, j)
k) psiquiatria; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, k)
l) gineco-obstetrícia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, l)
m) hematologista, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, m)
n) cirurgia pediátrica. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, n)
§ 3º Hospitais Tipo III - são hospitais gerais caracterizados como aqueles que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento geral das urgências/emergências clínicas, cirúrgicas e traumatológicas, desempenham ainda as atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos envolvidos com as atividades meio e fim da atenção às urgências/emergências. Devem dispor de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º)
I - área física e instalações - compatíveis com as normas do Ministério da Saúde e adequadas para acolhimento e atendimento dos portadores de danos e/ou agravos caracterizados como pequenas, médias ou grandes urgências/emergências, de natureza clínica ou cirúrgica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, I)
II - recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis - propedêuticos e/ou terapêuticos, existentes no hospital, a saber: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II)
a) análises clínicas laboratoriais; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, a)
b) radiologia convencional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, b)
c) ultra-sonografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, c)
d) eletrocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, d)
e) unidade de terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, f)
f) tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, g)
g) agência transfusional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, h)
h) endoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, i)
i) broncoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, j)
j) terapia renal substitutiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, k)
k) anestesiologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, l)
l) neurocirurgia, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, m)
m) Ecocardiografia. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, n)
III - outros recursos tecnológicos - próprios ou de terceiros, acessíveis sob a forma de contrato, convênio, comodato, parceria ou compra direta de serviço, com identificação dos prestadores, a saber: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, III)
a) hemodinâmica, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, III, a)
b) angiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, III, b)
IV - recursos humanos mínimos e indispensáveis - presentes no hospital, capacitados nas áreas de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV)
a) clínica médica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, a)
b) clínica pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, b)
c) cirurgia geral adulto e pediátrico; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, c)
d) ortopedia e traumatologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, d)
e) anestesia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, e)
f) terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, f)
g) odontologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, g)
h) radiologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, h)
i) cardiologista, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, i)
j) neurologista (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, j)
V - outros recursos humanos - alcançáveis, mediante indicação dos profissionais, capacitados nas áreas de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V)
a) cirurgia vascular; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, a)
b) toxicologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, b)
c) oftalmologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, c)

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

d) hemodinâmica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, d)

e) angiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, e)

f) endoscopia digestiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, f)

g) broncoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, g)

h) otorrinolaringologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, h)

i) cirurgia bucomaxilofacial.; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, i)

j) cirurgia plástica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, j)

k) gineco-obstetrícia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, k)

l) psiquiatria; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, l)

m) cirurgia torácica, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, m)

n) neurocirurgião. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, n)

§ 4º Ficam entendidos como recursos tecnológicos e humanos acessíveis/alcançáveis aqueles que são necessários ao atendimento aos pacientes em situação de urgência/emergência e pelos quais a unidade hospitalar se responsabiliza, garantindo com recursos do próprio hospital o acesso ao serviço ou profissional. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 4º)

Art. 21. As Unidades Hospitalares que preencherem os requisitos constantes do art. 20 e participarem das Centrais de Regulação ou de Mecanismos de Garantia de Referência, passarão a dispor das condições para integrar o Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 3º)

Art. 22. Os hospitais integrantes do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências receberão remuneração adicional, relativa aos procedimentos de internação hospitalar de emergência listados no Anexo 1 do Anexo III , de conformidade com a seguinte classificação e respectivos percentuais: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 4º)

I - Hospital Tipo I - 20%; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 4º, I)

II - Hospital Tipo II - 35%, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 4º, II)

III - Hospital Tipo III - 50%. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 4º, III)

Parágrafo Único. Os atendimentos às urgências/emergências psiquiátricas somente farão jus à remuneração adicional quando realizadas nos hospitais gerais, sejam tipo II ou III. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 23. Para a efetivação do pagamento do adicional, de que trata o art. 22, deverá ser lançado no campo específico da AIH para CARÁTER DE INTERNAÇÃO, o dígito 2 - Emergência em Unidade de Referência. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 5º)

Art. 24. Ficam definidos os procedimentos passíveis de cobrança, na forma dos artigos anteriores, os quais constam do Anexo 1 do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 6º)

Parágrafo Único. A Secretaria de Atenção à Saúde fica autorizada a emitir portarias, incluindo ou excluindo procedimentos objeto deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 25. O gestor estadual/municipal deverá realizar supervisão nas AIH emitidas, bem como programar e executar a realização de auditorias. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 7º)

Art. 26. O adicional de que trata o art. 22 não será cumulativo com o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E). (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 8º)

Art. 27. Não serão passíveis de adicional as órteses, próteses e materiais especiais, hemoterapia e procedimentos de alta complexidade em Neurocirurgia. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 9º)

Art. 28. Cada Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências contará com um número máximo de Unidades Hospitalares Tipos I, II e III, a ser definido pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), com base em estudos realizados em conjunto com a respectiva secretaria estadual de saúde, em indicadores populacionais e disponibilidade de recursos. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 10)

Art. 29. Cabe ao gestor estadual, após aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite, o encaminhamento da proposta de seu Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências à Secretaria de Atenção à Saúde que, após análise, providenciará o correspondente reajuste financeiro. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 11)

Art. 30. A classificação dos hospitais, bem como sua consequente remuneração adicional, é dinâmica, pressupondo, portanto, que as Comissões Intergestores Bipartite possam solicitar reenquadramento de unidades à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 12)

§ 1º Nos casos de reavaliação, a mesma será efetuada considerando o cumprimento integral do disposto neste Capítulo, assim como a disponibilidade de recursos. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 12, § 1º)

§ 2º Caso as Secretarias Estaduais de Saúde já tenham enviado a relação de unidades hospitalares para habilitação, com base nos critérios exigidos pela Portaria GM/MS/Nº 2925/98, revogada pelo art. 15 deste ato, e não tenham solicitado alteração no prazo de 30 (trinta) dias, a SAS/MS procederá à análise documental e à visita de inspeção, definindo a classificação de acordo com os critérios deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 12, § 2º)

§ 3º Para efeito de programação e elaboração dos projetos, o Ministério da Saúde deverá informar a cada estado os recursos financeiros estimados para remuneração adicional de custeio. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 12, § 3º)

Art. 31. As secretarias estaduais ou municipais de saúde realizarão avaliações semestrais nas unidades, podendo solicitar o descredenciamento, caso seja constatado o não cumprimento das exigências deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 13)

Art. 32. Nos casos em que todas as unidades indicadas já sejam dotadas dos requisitos de qualificação tecnológica exigidos para as unidades hospitalares do tipo III, parcela dos recursos de investimento poderá ser utilizada em unidades hospitalares estratégicas, que façam parte do Sistema Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências, medida que deverá ser devidamente justificada pela Comissão Intergestores Bipartite e aprovada pela SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 14)

CAPÍTULO V

DO PROGRAMA DE APOIO À IMPLANTAÇÃO DOS SISTEMAS ESTADUAIS DE REFERÊNCIA HOSPITALAR PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Art. 33. Fica instituído o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência. (Origem: PRT MS/GM 2923/1998, Art. 1º)

Art. 34. Este programa contará com recursos que deverão se alocados de acordo com as necessidades da Unidade Federativa: (Origem: PRT MS/GM 2923/1998, Art. 2º)

I - na área de Assistência Pré-hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 2923/1998, Art. 2º, I)

II - nas Centrais de Regulação; (Origem: PRT MS/GM 2923/1998, Art. 2º, II)

III - nos Hospitais de Referência do Sistema Estadual, e (Origem: PRT MS/GM 2923/1998, Art. 2º, III)

IV - em treinamento das respectivas equipes. (Origem: PRT MS/GM 2923/1998, Art. 2º, IV)

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 2395/2011, CAPÍTULO V)

Art. 35. Para garantir a qualidade da gestão das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e dos leitos de retaguarda, as instituições hospitalares contempladas por este Título criarão Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar, compostos por: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 27)

I - coordenador da Urgência/Emergência; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 27, I)

II - coordenador da UTI; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 27, II)

III - coordenador das Unidades de internação; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 27, III)

IV - coordenador da central de internação do hospital; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 27, IV)

V - representante do gestor local. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 27, V)

Art. 36. Compete aos Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28)

I - garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares, promovendo a interface com as Centrais de Regulação de urgência e internação; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, I)

II - promover a permanente articulação entre a unidade de urgência e as unidades de internação; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, II)

III - monitorar o tempo de espera para atendimento na emergência e para internação; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, III)

IV - propor mecanismos de avaliação por meio de indicadores clínicos e administrativos; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, IV)

V - propor e acompanhar a adoção de Protocolos clínicos; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, V)

VI - acompanhar o processo de cuidado do paciente, visando ao atendimento no local mais adequado às suas necessidades; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, VI)

VII - articular o conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como as equipes multiprofissionais, garantindo a integralidade do cuidado intra-hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, VII)

VIII - manter a vigilância da taxa média de ocupação e da média de permanência; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, VIII)

IX - garantir uso racional, universal e equitativo dos recursos institucionais, por meio do controle sobre os processos de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, IX)

X - atuar junto às equipes na responsabilização pela continuidade do cuidado, por meio da articulação e encaminhamento aos demais serviços da rede; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, X)

XI - monitorar o agendamento cirúrgico, com vistas à otimização da utilização das salas; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, XI)

XII - agilizar a realização de exames necessários; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, XII)

XIII - definir critérios de internação e alta; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, XIII)

XIV - responder às demandas do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, XIV)

Parágrafo Único. Para o alcance dos objetivos estabelecidos neste artigo, cada membro do grupo terá funções específicas cotidianas relativas ao funcionamento do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar, articuladas entre si e com o conjunto de coordenadores das diversas especialidades, com agenda conjunta periódica para avaliação das atividades desenvolvidas. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, Parágrafo Único)

Art. 37. A SAS/MS publicará portaria específica com os critérios para a reorganização das Linhas de Cuidado Prioritárias. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 29)

Art. 38. Este Título organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 1º)

Parágrafo Único. A organização dar-se-á por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, dos leitos de Cuidados Prolongados e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular, de acordo com os critérios estabelecidos neste Título. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 1º, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2809/2012)

TÍTULO II

DO COMPONENTE DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES PARA A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192) E SUA CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS, COMPONENTE DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Art. 39. Este Capítulo define as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componentes da Rede de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 1º)

Seção I

Das Definições

(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO I)

Art. 40. Para efeito deste Capítulo, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º)

I - SAMU 192: componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, I)

II - Central de Regulação das Urgências: estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, II)

III - Base Descentralizada: infraestrutura que garante tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 regional ou sediado em Município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s); (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, III)

IV - incentivo: modalidade de repasse de recurso financeiro a ser utilizado tanto para investimento, quanto para custeio; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, IV)

V - investimento: modalidade de repasse de recurso financeiro para construção, compra de unidades móveis, aquisição de equipamentos permanentes de saúde, de tecnologia de informação e mobiliário; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, V)

VI - custeio: modalidade de repasse de recurso financeiro para capacitação e educação permanente, manutenção das equipes efetivamente implantadas, reformas, insumos, manutenção de equipamentos e das unidades móveis de urgência; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, VI)

VII - habilitação: processo pelo qual o SAMU 192 e as Centrais de Regulação das Urgências cumprem determinados requisitos do processo de habilitação, tornando-se aptos ao recebimento dos incentivos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde, tanto para investimento quanto para custeio; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, VII)

VIII - qualificação: processo pelo qual o componente SAMU 192 regional já habilitado cumpre requisitos de qualificação estabelecidos neste Capítulo, passando a fazer jus a novos valores de custeio; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, VIII)

IX - Indicadores do SAMU 192: situações utilizadas pelo Ministério da Saúde para avaliação do funcionamento do SAMU 192 no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, IX)

X - Coordenador do Serviço: profissional oriundo da área da saúde, com experiência e conhecimento comprovados na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, X)

XI - Responsável Técnico: profissional médico responsável pelas atividades médicas do serviço; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, XI)

XII - Responsável de Enfermagem: profissional enfermeiro responsável pelas atividades de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, XII)

XIII - Médicos Reguladores: profissionais médicos que, com base nas informações colhidas dos usuários, quando estes acionam a central de regulação, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, XIII)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300211

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Parágrafo Único. Os indicadores do SAMU 192 são: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - número geral de ocorrências atendidas no período; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - tempo mínimo, médio e máximo de resposta; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

III - identificação dos motivos dos chamados; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, III)

IV - quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de Unidade de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB); (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, IV)

V - localização das ocorrências; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, V)

VI - idade e sexo dos pacientes atendidos; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, VI)

VII - identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, VII)

VIII - identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, VIII)

IX - pacientes (número absoluto e percentual) referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, IX)

Seção II

Da Composição do Componente SAMU 192

(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO II)

Subseção I

Da Central de Regulação das Urgências

(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 41. A Central de Regulação das Urgências terá equipe composta por: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 3º)

I - Médicos com capacitação em regulação médica das urgências (MR); (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 3º, I)

II - Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM); e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 3º, II)

III - Radio-Operador (RO). (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 3º, III)

Art. 42. As Centrais de Regulação das Urgências deverão seguir os quantitativos mínimos de profissionais estabelecidos no Anexo 3 do Anexo III e totais de profissionais estabelecidos no Anexo LXXXIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 4º)

Subseção II

Das Bases Descentralizadas

(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 43. As Bases Descentralizadas poderão existir sempre que se fizer necessária infraestrutura que garanta tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 regional ou sediado em Município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s). (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 5º)

Parágrafo Único. As Bases Descentralizadas deverão seguir a estrutura física padronizada pelo Ministério da Saúde, incluída a padronização visual. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 5º, Parágrafo Único)

Subseção III

Das Unidades Móveis

(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 44. As unidades móveis para atendimento de urgência podem ser das seguintes espécies: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º)

I - Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, I)

II - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, II)

III - Equipe de Aeromédico: composta por no mínimo um médico e um enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, III)

IV - Equipe de Embarcação: composta por no mínimo 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida;(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, IV)

V - Motolância: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, V)

VI - Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, VI)

Parágrafo Único. Situações excepcionais serão analisadas pela área técnica da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGUE/DAHU/SAS/MS), no sentido de se disponibilizar o tipo de unidade móvel mais adequado às peculiaridades regionais. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

Seção III

Da Regionalização

(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO III)

Art. 45. O componente SAMU 192 será regionalizado, a fim de ampliar o acesso às populações dos municípios em todo o território nacional, por meio de diretrizes e parâmetros técnicos definidos pelo Capítulo I do Título II do Livro II. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 7º)

§ 1º Cada região terá um Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, nos termos definidos em ato do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Para o planejamento, implantação e implementação da regionalização, interiorização e ampliação do acesso ao SAMU 192, deverá ser utilizado, prioritariamente, o parâmetro de tempo-resposta, ou seja, o tempo adequado tecnicamente transcorrido entre a ocorrência do evento de urgência e emergência e a intervenção necessária. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 7º, § 2º)

Art. 46. A regionalização é pré-requisito para análise do componente SAMU 192 do Plano de Ação Regional e poderá ocorrer das seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 8º)

I - regionalização do SAMU 192 com proposta de agrupamento de Centrais de Regulação das Urgências municipais ou regionais já existentes; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 8º, I)

II - regionalização do SAMU 192 com proposta de incorporação de novos Municípios às Centrais de Regulação das Urgências já existentes; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 8º, II)

III - implantação de novas Centrais Regionais de Regulação das Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 8º, III)

§ 1º O componente SAMU 192 contemplará a rede de urgência em caráter regional, corroborando os propósitos da assistência nas redes de atenção e de acordo com o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, garantindo a integralidade do cuidado e a melhoria do acesso. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 8º, § 1º)

§ 2º A Rede de Atenção às Urgências estará integrada por sistemas de informação e comunicação que lhe permita a perfeita compreensão das várias situações, o exercício da Telessaúde e, consequentemente, a adequada atenção aos pacientes. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 8º, § 2º)

Art. 47. Os municípios com população igual ou superior a 500.000 (quinhentos mil) habitantes que já possuem SAMU 192 poderão constituir por si só uma região, para fins de implantação de Central de Regulação das Urgências, desde que todos os Municípios do seu entorno já estejam cobertos por outra Central de Regulação das Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 9º)

Art. 48. Projetos regionais com população inferior a 350.000 (trezentos e cinquenta mil) habitantes serão analisadas pela área técnica da CGUE/DAHU/SAS/MS, no sentido de se buscar a adequação da cobertura do componente SAMU 192 às peculiaridades regionais que estarão detalhadas no respectivo projeto. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 10)

Seção IV

Da Capacitação

(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO IV)

Art. 49. O componente SAMU 192 deverá dispor de programa de capacitação permanente. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 11)

Parágrafo Único. A capacitação será promovida preferencialmente de forma direta pela Rede de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 11, Parágrafo Único)

Seção V

Das Disposições Gerais

(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO VII)

Art. 50. A doação das unidades móveis se dará na fase de implantação do componente SAMU 192, mediante análise pela área técnica da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGUE/DAHU/SAS/MS).(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 42)

Parágrafo Único. As solicitações de ampliação e renovação de frota e reserva técnica serão analisadas pela área técnica da CGUE/DAHU/SAS/MS e poderão ser atendidas quando houver disponibilidade por parte do Ministério da Saúde, desde que estejam em conformidade com a legislação de regência e com os critérios constantes do endereço eletrônico www.saude.gov.br/samu. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 42, Parágrafo Único)

Art. 51. Compete à CGUE/DAHU/SAS/MS adotar todas as providências necessárias à plena aplicação das recomendações contidas neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 43)

Art. 52. As regras e fluxos para os processos de recursos referentes ao processo de negociação, análise, aprovação e implantação deste componente serão aquelas vigentes no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 44)

Art. 53. Para os efeitos do disposto neste Capítulo, ao Distrito Federal compete os direitos e obrigações reservados aos Estados e Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 45)

Art. 54. Fica determinada a inserção das Centrais de Regulação das Urgências e das Unidades Móveis da Rede de Atenção às Urgências no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme a Portaria nº 804/SAS/MS, de 2011. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 46)

§ 1º As Centrais de Regulação das Urgências e as Unidades Móveis da Rede de Atenção às Urgências serão consideradas estabelecimentos de saúde do SUS na área de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 46, § 1º)

§ 2º A SAS/MS editará ato específico contendo orientações para o cumprimento do disposto no "caput" e no § 1º. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 46, § 2º)

§ 3º Os estabelecimentos de saúde descritos no § 1º deste artigo deverão adequar o cadastramento no SCNES, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, após a publicação do ato referido no § 2º. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 46, § 3º)

§ 4º Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (CGSI/DRAC/SAS/MS) efetivar os procedimentos necessários junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), para o cumprimento do disposto neste artigo. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 46, § 4º)

CAPÍTULO II

DAS ATRIBUIÇÕES DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIAS E O DIMENSIONAMENTO TÉCNICO PARA A ESTRUTURAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS CENTRAIS SAMU-192

Art. 55. Ficam estabelecidos, na forma do Anexo 4 do Anexo III , as atribuições gerais e específicas das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192. (Origem: PRT MS/GM 2657/2004, Art. 1º)

Art. 56. A Secretaria de Atenção à Saúde, em seu âmbito de atuação, adotará as providências necessárias à plena aplicação do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 2657/2004, Art. 2º)

CAPÍTULO III

DO VEÍCULO MOTOCICLETA - MOTOLÂNCIA COMO INTEGRANTE DA FROTA DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA EM TODA A REDE SAMU 192 E DEFINE CRITÉRIOS TÉCNICOS PARA SUA UTILIZAÇÃO

Art. 57. Ficam instituídas as motocicletas (motolâncias) como mais um recurso móvel disponível e integrado à frota do SAMU 192, para o atendimento rápido, principalmente das pessoas acometidas por agravos agudos (tempo-dependentes) e ficam aprovados os Anexos 5, 6 e 7 do Anexo III , tendo como complemento o Caderno de Orientações Técnicas da Urgência e Emergência. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 1º)

§ 1º O quantitativo de motocicletas a ser distribuído acompanhará o número de ambulâncias habilitadas em cada serviço, preferencialmente, à proporção de uma motocicleta para cada Unidade de Suporte Avançado (USA) e uma a cada duas Unidades de Suporte Básico (USB). (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Poderão ser adicionadas unidades à frota de cada serviço considerando-se a realidade e a necessidade técnica de acordo com a especificidade de cada SAMU 192. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 1º, § 2º)

§ 3º As motocicletas deverão ser utilizadas exclusivamente em intervenções do SAMU 192, sob regulação médica, de acordo com as orientações contidas no Anexo 7 do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 1º, § 3º)

Art. 58. As motolâncias serão adquiridas pelo Ministério da Saúde e cedidas mediante termo de doação, aos SAMU 192, conforme diretrizes e parâmetros gerais estabelecidos pelo Capítulo III do Título II do Livro II. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 2º)

Art. 59. As motocicletas deverão dispor, minimamente, dos seguintes equipamentos e materiais: (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º)

I - cilindro de oxigênio de alumínio compatível com o volume do baú de carga ou da mochila própria para transporte; Colar cervical (P, M, G); (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, I)

II - desfibrilador externo automático (DEA); (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, II)

III - luvas de procedimento e estéreis; (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, III)

IV - ataduras, compressas, gazes; (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, IV)

V - talas de imobilização de diversos tamanhos; (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, V)

VI - material de venopunção (incluindo seringas e cateteres de diversos tamanhos); (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, VI)

VII - material de via aérea básica (cânula de Guedel, máscara de oxigênio com reservatório, cateteres de O^2, ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório); (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, VII)

VIII - estetoscópio e esfigmomanômetro; (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, VIII)

IX - oxímetro portátil; e (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, IX)

X - equipamento de proteção individual completo (tanto os itens previstos para a área da saúde quanto os necessários para a segurança na condução de motocicletas). (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, X)

§ 1º Será fornecido pelo Ministério da Saúde o Desfibrilador Externo Automático (DEA); oxímetro portátil e cilindro de oxigênio de alumínio compatível com o volume do baú de carga ou da mochila própria para transporte. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Medicamentos e soluções poderão ser utilizados, desde que sempre sob orientação do Médico Regulador da Central de Regulação das Urgências (SAMU 192) e de acordo com protocolos padronizados pelo serviço, a fim de propiciar o rápido início do atendimento no local, até a chegada de outras equipes ou conforme o que for determinado pela regulação médica. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, § 2º)

Art. 60. O grafismo da motocicleta do SAMU 192 deverá seguir o padrão definido pelo Ministério da Saúde, conforme modelo constante do Anexo 6 do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 5º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300212

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 61. A Secretaria de Atenção à Saúde, por intermédio da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, adotará as medidas necessárias à plena aplicação das recomendações contidas no ato ora publicado. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 9º)

Art. 62. Para os efeitos do disposto neste Capítulo, o Distrito Federal será tratado como estado, no que couber, e de acordo com suas peculiaridades de ente federado, nos termos da Constituição. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 10)

TÍTULO III

DO COMPONENTE SALA DE ESTABILIZAÇÃO (SE) DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Art. 63. Este Título estabelece as diretrizes e cria mecanismos para implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências no SUS, em conformidade com o Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 1º)

Art. 64. A Sala de Estabilização (SE) é a estrutura que funciona como local de assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos/graves, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde, observadas as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 2º)

I - funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 2º, I)

II - equipe interdisciplinar compatível com suas atividades; e (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 2º, II)

III - funcionamento conforme protocolos clínicos e procedimentos administrativos estabelecidos e/ou adotados pelo gestor responsável. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 2º, III)

§ 1º Paciente crítico/grave é aquele que se encontra em risco iminente de perder a vida ou função de órgão/sistema do corpo humano, bem como aquele em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas a processos que requeiram cuidado imediato clínico, cirúrgico, gineco-obstétrico ou em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Assistência qualificada é a assistência prestada por profissionais de saúde capacitados ao pleno exercício dos protocolos clínicos firmados para o funcionamento adequado da SE. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 2º, § 2º)

Art. 65. A SE deve ser localizada em unidades ou serviços da Rede de Atenção à Saúde, devendo ser observados os seguintes requisitos para a sua implantação: (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º)

I - cobertura regional do componente SAMU 192 para a localidade de instalação da SE ou configuração da SE como base descentralizada do componente SAMU 192, de suporte avançado ou básico de vida, garantindo complementaridade da assistência local ou por telemedicina; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, I)

II - localização da SE em Município que ocupe posição estratégica em relação à Rede de Atenção às Urgências, objetivando menor tempo-resposta para atendimento e encaminhamento aos demais serviços de saúde referenciados do Plano de Ação Regional; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, II)

III - configuração da SE como serviço de apoio ao atendimento, transporte e/ou transferência de pacientes críticos/graves em locais com grande extensão territorial ou de característica rural ou com isolamento geográfico de comunidades; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, III)

IV - instalação da SE em serviços de saúde, públicos ou filantrópicos, preferencialmente em Hospitais de Pequeno Porte, habilitados ou não, com até 30 (trinta) leitos e fora da área de abrangência de UPA 24 horas, podendo também ser instalada em outras unidades tipo Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade Mista, desde que garantidas as condições para seu funcionamento integral por 24 horas em todos os dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, IV)

V - presença de equipe mínima de saúde composta por um médico, um enfermeiro e pessoal técnico com disponibilidade para assistência imediata na SE aos pacientes críticos/graves admitidos, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana; e (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, V)

VI - treinamento e qualificação da equipe atuante na SE para atendimento de urgências. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, VI)

§ 1º A SE deve ser implantada com a observância dos parâmetros constantes do Anexo 9 do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Situações excepcionais serão discutidas e pactuadas na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e posteriormente enviadas para análise do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, § 2º)

Art. 66. A SE deve atender às orientações gerais, diretrizes e parâmetros estabelecidos neste Título e na Política Nacional de Atenção às Urgências, especialmente com relação à: (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 4º)

I - observância do Anexo 8 do Anexo III , no tocante à estrutura física, ao mobiliário e aos materiais e equipamentos mínimos definidos para a SE; e (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 4º, I)

II - observância do modelo definido pelo Ministério da Saúde no tocante à caracterização visual das unidades, conforme disponível no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 4º, II)

Parágrafo Único. As ações das SE devem ser incluídas nos Planos de Ação Regional das Redes de Atenção às Urgências, conforme determina o Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 67. Constituem-se responsabilidades da SE: (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º)

I - articular-se com a Rede de Atenção Básica, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema de saúde da região, construindo fluxos coerentes e efetivos; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, I)

II - fornecer retaguarda aos pacientes críticos e graves atendidos em regime de urgência no âmbito da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, II)

III - realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, III)

IV - encaminhar os pacientes, após estabilização clínica, para internação em serviços hospitalares, por meio do Complexo Regulador, ou para as portas de urgência referenciadas pela Central de Regulação Médica das Urgências; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, IV)

V - prover atendimento e/ou referenciamento adequado a serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à rede Atenção às Urgências da região a partir da complexidade clínica e traumática do usuário; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, V)

VI - referenciar e contrarreferenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede de atenção à saúde, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo; e (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, VI)

VII - solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da SE. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, VII)

Art. 68. Constituem-se responsabilidades do gestor responsável pela SE: (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 6º)

I - garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da SE; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 6º, I)

II - estabelecer e/ou adotar protocolos clínicos e procedimentos administrativos para o adequado funcionamento da SE; e (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 6º, II)

III - implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em concordância e articulação com outras unidades de urgência e de acordo com o Plano de Ação Regional. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 6º, III)

Art. 69. Para os fins do disposto neste Título, ao Distrito Federal competem os direitos e obrigações reservados aos Estados e aos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 12)

TÍTULO IV

DO COMPONENTE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H) E O CONJUNTO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA 24 HORAS

Art. 70. Ficam definidas as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento, como componente da Rede de Atenção às Urgências (RAU), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

(Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO I)

Art. 71. Para os fins deste Título, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º)

I - UPA 24h: estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da RAU; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, I)

II - UPA 24h Nova: UPA 24h construída com recursos de investimento federal; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, II)

III - UPA 24h Ampliada: UPA 24h construída, a partir do acréscimo de área com adequação física dos estabelecimentos de saúde denominados Policlínica; Pronto Atendimento; Pronto socorro Especializado; Pronto Socorro Geral; e, Unidades Mistas, já cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, III)

IV - gestor: Chefe do Poder Executivo estadual, distrital ou municipal ou Secretário de Saúde estadual, distrital ou municipal; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, IV)

V - classificação de Risco: ferramenta de apoio à decisão clínica, no formato de protocolo, com linguagem universal para as urgências clínicas e traumáticas, que deve ser utilizado por profissionais (médicos ou enfermeiros) capacitados, com o objetivo de identificar a gravidade do paciente e permitir o atendimento rápido, em tempo oportuno e seguro de acordo com o potencial de risco e com base em evidências científicas existentes; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, V)

VI - acolhimento: diretriz da Política Nacional de Humanização - PNH que determina o cuidado do paciente que envolva a sua escuta qualificada e o respeito às suas especificidades, com resolutividade e responsabilização; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, VI)

VII - segurança do Paciente: é a redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, VII)

CAPÍTULO II

DAS DIRETRIZES DA UPA 24h

(Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO II)

Art. 72. São diretrizes da UPA 24h: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 3º)

I - funcionamento ininterrupto 24 (vinte e quatro) horas e em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 3º, I)

II - equipe assistencial multiprofissional com quantitativo de profissionais compatível com a necessidade de atendimento com qualidade, considerando a operacionalização do serviço, o tempo - resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade, em conformidade com a necessidade da Rede de Atenção à Saúde - RAS e as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissional; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 3º, II)

III - acolhimento; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 3º, III)

IV - classificação de risco (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 3º, IV)

Art. 73. As ações das UPA 24h deverão fazer parte do planejamento da Rede de Atenção às Urgências (RAU), a qual se encontra vinculada, bem como incluídas no Plano de Ação Regional da RAU, conforme Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 4º)

Art. 74. Considerar-se-á a UPA 24h em efetivo funcionamento quando desempenhar as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º)

I - acolher os pacientes e seus familiares em situação de urgência e emergência, sempre que buscarem atendimento na UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, I)

II - articular-se com a Atenção Básica, o SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, bem como com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação de Urgências e complexos reguladores instalados nas regiões de saúde; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, II)

III - prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o referenciamento dos pacientes que necessitarem de atendimento; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, III)

IV - funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, IV)

V - realizar consulta médica em regime de pronto atendimento nos casos de menor gravidade; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, V)

VI - realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, VI)

VII - prestar apoio diagnóstico e terapêutico conforme a sua complexidade; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, VII)

VIII - manter pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, VIII)

Parágrafo Único. O apoio diagnóstico da UPA 24h poderá ser realizado em outro estabelecimento de saúde, desde que seja justificado pelo gestor, considerando a operacionalização do serviço, o tempo-resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO III

DO MODELO DE ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL DA UPA 24H

(Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO III)

Art. 75. Compete ao gestor responsável pela UPA 24h: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º)

I - implantar diretrizes de acolhimento e classificação de risco, em conformidade com este Título; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º, I)

II - adotar protocolos clínicos de atendimento e de procedimentos administrativos; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º, II)

III - garantir apoio técnico e logístico para o funcionamento adequado da UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º, III)

IV - garantir a continuidade do cuidado do paciente por meio da referência e contrarreferência, articulando com os pontos da RAS, considerando a territorialização; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º, IV)

V - inscrever a UPA 24h no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES e alimentar periodicamente o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), com os dados referentes à assistência prestada, independente dos valores de referência ou da geração de crédito; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º, V)

VI - registrar obrigatoriamente todos os procedimentos realizados na UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º, VI)

CAPÍTULO IV

DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS, EQUIPAMENTOS E RECURSOS HUMANOS DA UPA 24h.

(Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO IV)

Art. 76. A UPA 24h atenderá ao estabelecido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), aos regulamentos técnicos de projetos e às legislações específicas para construções e estruturas físicas de estabelecimentos assistenciais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 7º)

Art. 77. Quanto ao mobiliário, aos materiais e aos equipamentos mínimos obrigatórios, deverá ser observado o disposto no arquivo eletrônico disponível no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), no endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 8º)

Art. 78. A aquisição dos equipamentos médico-hospitalares e mobiliários deverá ocorrer até o início de funcionamento da UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 9º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300213

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Parágrafo Único. Os entes federados beneficiários cadastrarão os equipamentos e mobiliários adquiridos no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 79. A caracterização visual das UPA 24h deverá atender aos padrões visuais constantes do Título IX da Portaria de Consolidação nº 1, que institui a programação visual padronizada das Unidades de Saúde do SUS, bem como no disposto no Manual de Padronização Visual da UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 10)

Parágrafo Único. O gestor deverá adotar a padronização predial, nos termos do Manual de Padronização Visual da UPA 24h, ficando a seu critério a adoção dos demais padrões contidos no referido Manual. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 80. O projeto de arquitetura para construção ou ampliação da UPA 24h deverá seguir o programa arquitetônico mínimo disponibilizado no SISMOB e ser aprovado pelo órgão de vigilância sanitária local. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 11)

Art. 81. Caberá ao gestor definir o quantitativo da Equipe Assistencial Multiprofissional da UPA 24h, tomando como base a necessidade da RAS, bem como as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissionais, devendo manter o quantitativo de profissionais suficiente, de acordo com a capacidade instalada e o quadro de opções de custeio constante dos arts. 889 e 890 da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 12)

CAPÍTULO V

DA QUALIFICAÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO VII)

Art. 82. A qualificação da UPA 24h condiciona-se à apresentação dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29)

I - comprovação da cobertura do SAMU 192, através da portaria de habilitação publicada no Diário Oficial da União (DOU) ou termo de garantia assinado pelo gestor de existência de serviço de atendimento equivalente ao realizado pelo SAMU 192; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, I)

II - comprovação da execução de atividades de educação permanente por iniciativa própria ou por meio de cooperação; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, II)

III - comprovação de cobertura da Atenção Básica à Saúde de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) da população do município sede da UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, III)

IV - relatório padronizado de visita técnica realizada pelo Ministério da Saúde que ateste: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, IV)

a) padronização visual da UPA 24h de acordo com o Título IX da Portaria de Consolidação nº 1; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, IV, a)

b) efetivo funcionamento da grade de referência e contrarreferência instituída nas Centrais de Regulação; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, IV, b)

c) implantação de protocolos de atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, IV, c)

d) Relatório de Agravos de Notificação Compulsória, conforme regras definidas pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, IV, d)

V - declaração do gestor que ateste a conformidade do serviço prestado pela UPA 24h em relação às normas sanitárias vigentes; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, V)

VI - Plano de Ação Regional de Atenção Integral às Urgências ou, na sua ausência, compromisso formal do gestor de que a UPA 24h estará inserida no Plano quando da sua elaboração; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, VI)

VII - comprovação da pactuação do ente federado relativa à grade de referência e contrarreferência, com fluxo estabelecido entre a UPA 24h e os componentes da Rede de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, VII)

VIII - cumprimento da produção assistencial no SIA/SUS atendendo, no mínimo, ao disposto no art. 87. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, VIII)

Art. 83. O processo de qualificação de UPA 24h obedecerá o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30)

I - encaminhamento pelo gestor ao Ministério da Saúde dos documentos descritos no art. 82 por meio do SAIPS; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, I)

II - análise pela CGUE/DAHU/SAS da documentação apresentada; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, II)

III - realização obrigatória de visita técnica na UPA 24h pelo Ministério da Saúde, com emissão de parecer técnico conclusivo a ser inserido no SAIPS; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, III)

IV - aprovação da proposta pela CGUE/DAHU/SAS no SAIPS; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, IV)

V - publicação de portaria de qualificação da UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, V)

§ 1º A qualificação da UPA 24h será válida por 3 (anos) anos, a contar da data de publicação da portaria correlata, podendo ser renovada mediante novo processo de qualificação. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, § 1º)

§ 2º Nos casos em que a qualificação não seja renovada, o repasse do incentivo financeiro cessará de forma automática a contar da data constante da portaria de qualificação da UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, § 2º)

§ 3º É facultado ao Ministério da Saúde a realização de visita técnica para verificação dos requisitos de qualificação durante o terceiro ano de validade da portaria com vistas à instrução do processo de renovação de qualificação. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, § 3º)

§ 4º As propostas de qualificação ou de renovação de qualificação terão validade de 90 (noventa) dias, a contar da data do envio para análise no SAIPS. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, § 4º)

Art. 84. A qualificação da UPA 24h Ampliada exige, além da documentação listada no art. 82, incisos I, II, III, IV, V, VI, VII e VIII do Anexo III , a apresentação do termo de recebimento da obra de ampliação subscrito pelo gestor. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 31)

Art. 85. Para a habilitação de UPA 24h Ampliada a Unidade deverá reunir, ao mesmo tempo, as condições de habilitação e qualificação de tratam o disposto no art. 885 da Portaria de Consolidação nº 6 e no art. 82. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 33)

CAPÍTULO VI

DO MONITORAMENTO

(Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO VIII-A)

Art. 86. A UPA 24h habilitada ou qualificada para custeio deverá ser monitorada, após o primeiro repasse do incentivo de custeio e, deverá ser avaliada de acordo com os critérios descritos neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 37)

Art. 87. A produção mínima para a UPA 24h, registrada no SIA/SUS, deverá ocorrer de acordo com o Anexo LXVI da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 38)

§ 1º Caso a UPA 24h não apresente a produção mínima mensal conforme quadro acima, o gestor deverá apresentar ao Ministério da Saúde justificativa para o funcionamento abaixo do mínimo definido. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 38, § 1º)

§ 2º Caso a justificativa da produção da UPA 24h não seja aceita pelo Ministério da Saúde, o gestor deverá revisar o seu plano de funcionamento, nos termos do previsto no art. 893 da Portaria de Consolidação nº 6, podendo ser suspenso ou restabelecido à condição anterior. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 38, § 2º)

Art. 88. Quanto às UPA 24h qualificadas, o gestor deverá encaminhar anualmente ao Ministério da Saúde declaração de cumprimento dos requisitos de qualificação da UPA 24 h previstos no art. 82. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 39)

Art. 89. O monitoramento do número de atendimentos realizados pela UPA 24h levará em conta os procedimentos definidos no Anexo 12 do Anexo III , a serem registrados no formato Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPA - I. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 40)

§ 1º Os dados gerados de acordo com o previsto neste artigo devem estar atualizados pelo gestor e disponíveis ao Ministério da Saúde, a partir do registro no SIA/SUS, para efeito de monitoramento, controle, avaliação e auditoria. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 40, § 1º)

§ 2º A ausência de registro no SIA/SUS por 3 (três) meses consecutivos implicará a suspensão da transferência de recursos para custeio mensal da UPA 24h, de acordo com a Seção II do Capítulo III do Título VII da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 40, § 3º)

§ 3º A ausência de registro no SIA/SUS por 6 (seis) meses consecutivos acarretará na desabilitação da UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 40, § 4º)

Art. 90. Caso persista a irregularidade de que trata o art. 896 da Portaria de Consolidação nº 6, a UPA 24h será desabilitada no custeio. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 42)

Art. 91. A avaliação realizada anualmente pelo Ministério da Saúde levará em conta o perfil e o papel da UPA 24h na Rede de Atenção às Urgências e Emergências visando alertar o gestor sobre necessidades de adequação da oferta assistencial da unidade bem como orientá-lo para possíveis readequações visando a oferta máxima da sua capacidade operacional e buscando convergência entre oferta e demanda de acordo com o planejado e às necessidades de acesso às urgências na região. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 43)

Art. 92. O monitoramento de que trata este Título não exime o ente federado beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 44)

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO IX)

Art. 93. O pedido novo de implantação de UPA 24h, ficarão sujeitas ao planejamento integrado da despesa de capital e custeio e à análise da proposta inserida no SISMOB, que deverá conter seguintes informações e documentos: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45)

I - compromisso formal do gestor de prover a UPA 24h com Equipe Assistencial Multiprofissional, que deverá contar com a presença médica, de enfermagem, de apoio administrativo e demais profissionais nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos, possibilitando o primeiro atendimento e a estabilização de pacientes acometidos por quaisquer tipos de urgências; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, I)

II - declaração da existência na área de cobertura da UPA 24h, de SAMU 192 habilitado ou, na ausência deste, apresentação de termo de compromisso de implantação ou de cobertura de SAMU 192 dentro do prazo de início de funcionamento da UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, II)

III - cobertura da Atenção Básica à Saúde de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) da população do municípios sede da UPA 24h ou apresentação de termo de compromisso de implantação dessa cobertura; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, III)

IV - compromisso da implantação da classificação de risco no acolhimento dos pacientes na UPA 24h, de acordo com padrões nacionais e internacionais reconhecidos; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, IV)

V - pactuação do ente federado da grades de referência e contrarreferência pactuadas em nível loco-regional com todos os componentes da RAU e, quando houver, com o transporte sanitário; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, V)

VI - compromisso formal subscrito pelo gestor de pelo menos um dos hospitais integrantes da grade de referência de que esse estabelecimento garante a retaguarda hospitalar para a UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, VI)

VII - resolução da Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal com a designação do coordenador da Coordenação da Rede de Urgência, conforme a Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, VII)

VIII - declaração do gestor acerca da exclusividade de aplicação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para implantação da UPA 24h, com garantia da execução desses recursos para este fim; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, VIII)

IX - Plano de Ação Regional de Atenção Integral às Urgências ou, na sua ausência, compromisso formal do gestor que justifique a necessidade de implantação desta unidade na região com o intuito de garantir, ampliar e qualificar o acesso à atenção às urgências e emergências, descrevendo que a nova UPA 24h estará inserida no citado Plano, quando da sua elaboração. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, IX)

§ 1º Além do disposto neste artigo, a proposta para implantação da UPA 24h deverá ser previamente submetida à análise e aprovação do Conselho de Saúde e CIB, respectivos, para posterior avaliação e aprovação do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, § 1º)

§ 2º O projeto de arquitetura para construção ou ampliação de UPA 24h deverá seguir o programa arquitetônico mínimo disponibilizado no SISMOB e ser aprovado pelo órgão de vigilância sanitária local. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, § 2º)

TÍTULO V

DA LINHA DE CUIDADO AO TRAUMA NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Art. 94. Fica aprovada a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 1º)

Art. 95. São objetivos da Linha de Cuidado ao Trauma: (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º)

I - Reduzir a morbimortalidade pelo trauma no Brasil, por meio de ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde e implantação da Linha de Cuidado ao Trauma na RUE; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, I)

II - Desenvolver ações voltadas à vigilância e prevenção do trauma por meio de incentivo para implantação de núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (PVPS) e projetos de prevenção relacionados ao trauma; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, II)

III - Estabelecer a Rede de Atendimento Hospitalar ao Trauma, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e a atenção integral ao paciente traumatizado; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, III)

IV - Estabelecer e implementar a Linha de Cuidado ao Trauma e habilitar Centros de Trauma, para realização do atendimento hierarquizado e referenciado; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, IV)

V - Ampliar o acesso regulado dos pacientes vítimas de trauma aos cuidados qualificados em todos os pontos de atenção da RUE; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, V)

VI - Incentivar processos formativos para os profissionais de saúde envolvidos na atenção ao trauma em todos os níveis e pontos de atenção, inclusive para aqueles que atuem diretamente nas centrais de regulação; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, VI)

VII - Estruturar e descrever a Linha de Cuidado ao Trauma desde a cena à atenção hospitalar e reabilitação, bem como na prevenção ao trauma; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, VII)

VIII - Disseminar o conhecimento de que o trauma é um agravo que se tornou um problema de saúde pública, sendo hoje uma das principais causas de adoecimento e mortalidade da população brasileira e que pode ser prevenido e evitado; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, VIII)

IX - Fortalecer a implantação e implementação da Linha de Cuidado ao Trauma na RUE como prioritária na estruturação da atenção em Urgência no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, IX)

X - Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde que atuam na RUE para a notificação compulsória dos casos de violência doméstica, sexual e outras violências. (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, X)

Art. 96. O conteúdo da Linha de Cuidado ao Trauma, a ser observado por todos os serviços habilitados da RUE, estará disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 3º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300214

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

TÍTULO VI
DOS CENTROS DE TRAUMA
CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO I)

Art. 97. Este Título estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 1º)

Art. 98. Os Centros de Trauma são estabelecimentos hospitalares integrantes da RUE que desempenham o papel de referência especializada para atendimento aos pacientes vítimas de trauma. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 2º)

Art. 99. Os Centros de Trauma têm os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 3º)

I - melhoria do atendimento aos pacientes vítimas de trauma com consequente redução da morbidade e mortalidade; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 3º, I)

II - universalização e padronização de um modelo de atendimento ao paciente vítima de trauma em todas as suas etapas. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 3º, II)

Art. 100. São diretrizes dos Centros de Trauma: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º)

I - organização da rede de atenção ao paciente vítima de trauma, com abrangência definida e definição de níveis de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º, I)

II - disponibilizar o mais rápido possível ao paciente vítima de trauma acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos necessários ao seu atendimento; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º, II)

III - racionalização do custo pela concentração do atendimento ao paciente vítima de trauma nos Centros de Trauma; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º, III)

IV - qualidade do atendimento ao paciente vítima de trauma; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º, IV)

V - universalizar o atendimento de qualidade ao paciente vítima de trauma. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º, V)

Art. 101. Os Centros de Trauma têm as seguintes finalidades: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 5º)

I - diminuição da mortalidade dos pacientes vítimas de trauma; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 5º, I)

II - redução das sequelas dos pacientes vítimas de trauma; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 5º, II)

III - padronização do atendimento ao paciente vítima de trauma. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 5º, III)

CAPÍTULO II
DA ORGANIZAÇÃO DOS CENTROS DE TRAUMA
(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO II)

Art. 102. Os Centros de Trauma são organizados conforme tipologias, sob as seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 7º)

I - Centro de Trauma Tipo I; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 7º, I)

II - Centro de Trauma Tipo II; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 7º, II)

III - Centro de Trauma Tipo III. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 7º, III)

Parágrafo Único. A definição de cada um dos Tipos dos Centros de Trauma tem como parâmetro o dimensionamento da RUE e a localização dos pontos de atenção ao trauma, considerando-se ainda o número de habitantes com cobertura assistencial e o tempo de deslocamento até o respectivo Centro de Trauma. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 7º, Parágrafo Único)

Seção I
Do Centro de Trauma Tipo I
(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 103. O Centro de Trauma Tipo I é um estabelecimento hospitalar que desempenha o papel de referência para atendimento ao paciente traumatizado e identifica-se como Hospital Geral, seguindo as tipologias das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de que trata o Título I do Livro II. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 8º)

Art. 104. Para se habilitar como Centro de Trauma Tipo I, o estabelecimento hospitalar deve cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º)

I - ser referência para, no mínimo, uma região de saúde, conforme o desenho da regionalização definido nos Planos Estaduais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, I)

II - ter estrutura para realizar ações de média complexidade com cobertura populacional até 200.000 (duzentos mil) habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, II)

III - participar da RUE e ser Porta de Entrada Hospitalar de Urgência instalada estrategicamente na citada Rede; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, III)

IV - ser referência regional, com realização de, no mínimo, 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios, conforme registro no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS); (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, IV)

V - possuir, no mínimo, 100 (cem) leitos cadastrados no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, V)

VI - possuir equipe específica na Porta de Entrada Hospitalar de Urgência para atendimento às vítimas de trauma de média complexidade, em regime de plantão 24 (vinte e quatro) horas, composta pelos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI)

a) clínico geral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, a)

b) pediatra, se o estabelecimento hospitalar for referência em atendimento na área de pediatria; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, b)

c) ortopedista; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, c)

d) cirurgião geral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, d)

e) anestesiologista com atividade no centro cirúrgico; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, e)

f) enfermeiros; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, f)

g) técnicos de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, g)

h) equipes para manejo de pacientes críticos. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, h)

VII - possuir equipe suficiente para realização de cirurgias dos casos de trauma que são de competência desse hospital e que não comprometa o atendimento da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VII)

VIII - possuir Centro Cirúrgico e leitos de enfermaria suficientes para o atendimento ao trauma; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VIII)

IX - ter leitos de retaguarda para garantir a atenção integral do Componente Hospitalar da RUE, constituídos nos termos de ato específico do Ministro de Estado da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, IX)

X - ter referência de Centro de Trauma Tipo II e/ou III ou de outro estabelecimento hospitalar para casos de maior complexidade, regulado pela Central de Regulação, após realização de procedimentos mínimos de estabilização do paciente; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, X)

XI - possuir retaguarda de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), regulados na RUE, para cuidado aos pacientes de trauma, sejam adultos e/ou pediátricos, que necessitarem dos cuidados de terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XI)

XII - realizar atendimento de urgência 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XII)

XIII - possuir serviço de diagnose por imagem (radiologia e ultrassonografia); (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XIII)

XIV - ter protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XIV)

XV - possuir serviço de laboratório clínico ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XV)

XVI - ter serviço de hemoterapia ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XVI)

XVII - ter serviço de reabilitação ou disponível; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XVII)

XVIII - garantir acompanhamento ambulatorial dos pacientes atendidos. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XVIII)

§ 1º Para fins do disposto no inciso II do "caput", os requisitos mínimos que compõem a estrutura necessária para realizar ações de média complexidade são: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 1º)

I - serviço de diagnose por imagem (radiologia e ultrassonografia); (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 1º, I)

II - sala cirúrgica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 1º, II)

III - serviço de laboratório clínico ou disponível em tempo integral; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 1º, III)

IV - serviço de Hemoterapia ou disponível em tempo integral. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 1º, IV)

§ 2º Para fins do disposto no inciso III do "caput", considera-se Porta de Entrada Hospitalar de Urgência instalada estrategicamente na RUE aquela que for qualificada conforme as regras previstas no Título I do Livro II, que organiza o Componente Hospitalar da RUE no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 2º)

§ 3º Para fins do disposto no inciso VII do "caput", considera-se equipe suficiente para realização de cirurgias dos casos de trauma aquela composta por, pelo menos, 1 (um) cirurgião ou ortopedista. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 3º)

§ 4º Para fins do disposto no inciso VII do "caput", as cirurgias dos casos de trauma que são de competência do estabelecimento hospitalar são aquelas que podem ser realizadas pelo cirurgião geral e/ou ortopedista e sejam de média complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 4º)

§ 5º Os médicos das equipes de plantão e os das equipes de apoio deverão possuir título de especialista na área de atuação, reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Regional de Medicina (CRM), ou residência médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC). (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 5º)

§ 6º Os prestadores de serviços que se encontrarem disponíveis para o Centro de Trauma Tipo I deverão estar cadastrados no SCNES como terceiros vinculados ao estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 6º)

Art. 105. Os estabelecimentos hospitalares que não se enquadrarem estritamente nos requisitos de que trata o art. 104, mas que, excepcionalmente, forem considerados estratégicos para a referência regional no Plano de Ação Regional da RUE, poderão ser considerados Centro de Trauma Tipo I mediante pactuação na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, se for o caso, no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com posterior avaliação e validação pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 10)

Art. 106. Os municípios ou regiões de saúde com populações de sua área de abrangência menor que 200.000 (duzentos mil) habitantes e localizados a mais de 60 (sessenta) minutos de deslocamento de um Centro de Trauma Tipo I por meio de transporte sanitário mais rápido disponível deverão contar com estrutura ambulatorial ou hospitalar (Unidades de Pronto Atendimento 24 hs (UPA 24hs)) ou Salas de Estabilização (SE) para a garantia do primeiro atendimento e estabilização dos casos de trauma com plantão médico 24 (vinte e quatro) horas. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 11)

Seção II
Do Centro de Trauma Tipo II
(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 107. O Centro de Trauma Tipo II é um estabelecimento hospitalar que desempenha o papel de referência para atendimento ao paciente traumatizado e identifica-se como Hospital Especializado Tipo I, segundo a tipologia das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de que trata o Título I do Livro II. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 12)

Art. 108. Para se habilitar como Centro de Trauma Tipo II, o estabelecimento hospitalar deve cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13)

I - ser referência para, no mínimo, uma região de saúde, conforme o desenho da regionalização definido nos Planos Estaduais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, I)

II - ter estrutura para realizar ações de média e alta complexidade com cobertura populacional de 200.001 (duzentos mil e um) a 500.000 (quinhentos mil) habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, II)

III - possuir pelo menos 1 (uma) habilitação em alta complexidade conferida pelo Ministério da Saúde, qual seja de traumato-ortopedia ou neurocirurgia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, III)

IV - participar da RUE e ser Porta de Entrada Hospitalar de Urgência instalada estrategicamente na citada Rede; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, IV)

V - ser referência regional, com realização de, no mínimo, 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios, conforme registro no SIH/SUS; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, V)

VI - possuir, no mínimo, 100 (cem) leitos cadastrados no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VI)

VII - possuir equipe específica na Porta de Entrada Hospitalar de Urgência para atendimento às vítimas de trauma, em regime de plantão 24 (vinte e quatro) horas, composta pelos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII)

a) clínico geral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII, a)

b) pediatra, se o estabelecimento hospitalar for referência em atendimento na área de pediatria; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII, b)

c) cirurgião; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII, c)

d) ortopedista; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII, d)

e) anestesiologista com atividade no centro cirúrgico; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII, e)

f) enfermeiros; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII, f)

g) técnicos de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII, g)

h) equipes para manejo de pacientes críticos. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII, h)

VIII - possuir equipe suficiente para realização de cirurgia dos casos de trauma que são de competência desse hospital e que não comprometa o atendimento da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VIII)

IX - possuir Centro Cirúrgico e leitos de enfermaria suficientes para o atendimento ao trauma; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, IX)

X - ter leitos de retaguarda para garantir a atenção integral do Componente Hospitalar da RUE, constituídos nos termos de ato específico do Ministro de Estado da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, X)

XI - garantir retaguarda de terapia intensiva para os casos de trauma ou pós-operatório de trauma ou queimadura, quando necessitarem desse cuidado; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XI)

XII - ter disponíveis ou garantir a assistência ao trauma, 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feirados, para as seguintes equipes médicas e de odontologia, de acordo com a necessidade do trauma: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII)

a) neurocirurgia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, a)

b) ortopedia e traumatologia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, b)

c) cirurgia vascular; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, c)

d) cirurgia plástica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, d)

e) cirurgia pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, e)

f) cirurgia crânio-maxilo facial e/ou cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, f)

g) urologia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, g)

h) cirurgia torácica e ginecologia/obstetrícia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, h)

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

i) clínico geral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, i)

j) pediatria, quando referência em atendimento à pediatria; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, j)

k) oftalmologia. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, k)

XIII - possuir leitos de UTI para cuidado aos pacientes de trauma, sejam adultos e/ou pediátricos, que necessitarem de terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XIII)

XIV - realizar atendimento de urgência 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XIV)

XV - possuir serviço de diagnose por imagem com radiologia e ultrassonografia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XV)

XVI - possuir serviço de tomografia computadorizada ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVI)

XVII - garantir acesso à ressonância magnética em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVII)

XVIII - possuir suporte de equipe multiprofissional composta por: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVIII)

a) fisioterapeuta; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVIII, a)

b) assistente social; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVIII, b)

c) nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVIII, c)

d) farmacêutico; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVIII, d)

e) psicólogo. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVIII, e)

XIX - ter protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XIX)

XX - possuir serviço de laboratório clínico ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XX)

XXI - ter serviço de hemoterapia ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XXI)

XXII - possuir serviço de reabilitação ou disponível; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XXII)

XXIII - possuir referência de Centro de Trauma Tipo III ou Hospitais Especializados para os casos de maior complexidade, regulado pela Central de Regulação, após realização de procedimentos mínimos de estabilização do paciente; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XXIII)

XXIV - garantir acompanhamento ambulatorial dos pacientes atendidos. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XXIV)

§ 1º Para fins do disposto no inciso II do "caput", os requisitos mínimos que compõem a estrutura necessária para realizar ações de média e alta complexidade são: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 1º)

I - leitos de UTI; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 1º, I)

II - serviço de diagnóstico por imagem (radiologia, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética); (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 1º, II)

III - sala cirúrgica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 1º, III)

IV - serviço de laboratório clínico; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 1º, IV)

V - serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 1º, V)

§ 2º Para fins do disposto no inciso IV do "caput", considera-se Porta de Entrada Hospitalar de Urgência instalada estrategicamente na RUE aquelas que forem qualificadas conforme regras previstas no Título I do Livro II, que organiza o Componente Hospitalar da RUE no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 2º)

§ 3º Para fins do disposto no inciso VIII do "caput", considera-se equipe suficiente para realização de cirurgias dos casos de trauma aquela composta por, pelo menos, 1 (um) cirurgião ou ortopedista ou neurocirurgião ou cirurgião vascular ou cirurgião plástico ou cirurgião pediatra ou cirurgião crânio-maxilo-facial ou cirurgião e traumatologista buco-maxilo-facial ou urologista ou cirurgião torácico ou ginecologista ou obstetra ou oftalmologista. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 3º)

§ 4º Para fins do disposto no inciso VIII do "caput", as cirurgias dos casos de trauma que são de competência do estabelecimento hospitalar são aquelas que podem ser realizadas pelos especialistas e sejam de média complexidade ou pelo ortopedista e/ou neurocirurgião e sejam de média ou alta complexidade, mediante a habilitação do referido estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 4º)

§ 5º Os médicos das equipes de plantão e os médicos e cirurgiões-dentistas das equipes de apoio deverão possuir título de especialista na respectiva área de atuação, reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina (CRM), Conselho Federal de Odontologia (CFO) ou Conselho Regional de Odontologia (CRO), ou residência médica ou odontológica, de acordo com a respectiva área de atuação, reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC). (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 5º)

§ 6º Os prestadores de serviços que se encontrarem disponíveis para o Centro de Trauma Tipo II deverão estar cadastrados no SCNES como terceiros vinculados ao estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 6º)

Art. 109. Os estabelecimentos hospitalares que não se enquadrarem estritamente nos requisitos de que trata o art. 108, mas que, excepcionalmente, forem considerados estratégicos para a referência regional no Plano de Ação Regional da RUE, poderão ser consideradas Centro de Trauma Tipo II mediante pactuação na CIR e na CIB ou, se for o caso, no CGSES/DF, com posterior avaliação e validação pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 14)

Art. 110. Os Centros de Trauma Tipo II deverão estar localizados numa distância correspondente a um tempo de deslocamento de, no máximo, 60 (sessenta) minutos dos Centros de Trauma Tipo I, medido pelo meio de transporte sanitário mais rápido disponível permanentemente para a maioria dos casos de remoção. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 15)

Seção III

Do Centro de Trauma Tipo III

(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 111. O Centro de Trauma Tipo III é um estabelecimento hospitalar que desempenha o papel de referência para atendimento ao paciente traumatizado e identifica-se como Hospital Especializado Tipo II, segundo a tipologia das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de que trata o Título I do Livro II. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 16)

Art. 112. Para se qualificar como Centro de Trauma Tipo III, o estabelecimento deve cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17)

I - ser referência, com estrutura para realizar ações de média e alta complexidade para uma cobertura populacional de 500.001 (quinhentos mil e um) a 1.500.000 (um milhão e quinhentos mil) habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, I)

II - ter pelo menos 2 (duas) habilitações em alta complexidade, conferidas pelo Ministério da Saúde, sendo obrigatório que uma delas seja de traumato-ortopedia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, II)

III - participar da RUE e ser Porta de Entrada Hospitalar de Urgência instalada estrategicamente na citada Rede; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, III)

IV - ser referência regional, com realização de, no mínimo, 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios, conforme registro no SIH/SUS; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, IV)

V - possuir, no mínimo, 100 (cem) leitos cadastrados no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, V)

VI - ter equipe específica na Porta de Entrada Hospitalar de Urgência para atendimento às vítimas de trauma, em regime de plantão 24 (vinte e quatro) horas, composta pelos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI)

a) clínico geral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, a)

b) pediatra, se o estabelecimento hospitalar for referência em atendimento à pediatria; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, b)

c) cirurgião; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, c)

d) ortopedista; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, d)

e) anestesiologista localizado no centro cirúrgico; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, e)

f) enfermeiros; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, f)

g) técnicos de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, g)

h) equipes para manejo de pacientes críticos e dimensionados para o número de leitos. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, h)

VII - possuir equipe suficiente para realização de cirurgia dos casos de trauma e que não comprometa o atendimento da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VII)

VIII - possuir Centro Cirúrgico e leitos de enfermaria suficientes para o atendimento ao trauma; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VIII)

IX - ter leitos de retaguarda para garantir a atenção integral do Componente Hospitalar da RUE, constituídos nos termos de ato específico do Ministro de Estado da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, IX)

X - garantir retaguarda de terapia intensiva para os casos de trauma ou pós-operatório de trauma ou queimados, quando necessitarem desse cuidado; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, X)

XI - ter disponíveis ou garantir a assistência ao trauma 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feirados, para as seguintes equipes médicas e de odontologia: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI)

a) cirurgia vascular; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, a)

b) cirurgia plástica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, b)

c) cirurgia pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, c)

d) cirurgia de mão; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, d)

e) otorrinolaringologia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, e)

f) oftalmologia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, f)

g) cirurgia crânio-maxilo-facial e/ou cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, g)

h) urologia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, h)

i) cirurgia torácica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, i)

j) endoscopia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, j)

k) ginecologia/obstetrícia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, k)

l) clínica geral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, l)

m) pediatria, quando referência em atendimento à pediatria; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, m)

n) nefrologia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, n)

o) neurocirurgia; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, o)

p) ortopedia e traumatologia. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, p)

XII - realizar atendimento de urgência 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XII)

XIII - possuir serviços de diagnose com radiologia, ultrassonografia e tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XIII)

XIV - possuir ou ter disponível radiologia vascular intervencionista e ressonância magnética; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XIV)

XV - ter protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XV)

XVI - possuir serviço de laboratório clínico ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XVI)

XVII - ter serviço de hemoterapia ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XVII)

XVIII - possuir serviço de reabilitação ou disponível; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XVIII)

XIX - garantir acompanhamento ambulatorial dos pacientes atendidos; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XIX)

XX - ser referência em atenção ao trauma para o gestor de saúde e garantir o desenvolvimento de processos formativos para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XX)

§ 1º Para fins do disposto no inciso I do "caput", os requisitos mínimos que compõem a estrutura necessária para realizar ações de média e alta complexidade são: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 1º)

I - leitos de UTI; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 1º, I)

II - serviço de diagnose por imagem (radiologia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e radiologia intervencionista); (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 1º, II)

III - sala cirúrgica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 1º, III)

IV - laboratório clínico; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 1º, IV)

V - hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 1º, V)

§ 2º Para fins do disposto no inciso III do "caput", considera-se Porta de Entrada Hospitalar de Urgência instalada estrategicamente na RUE aquelas que forem qualificadas conforme regras previstas no Título I do Livro II, que organiza o Componente Hospitalar da RUE no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 2º)

§ 3º Para fins do disposto no inciso VII do "caput", considera-se equipe suficiente para realização de cirurgias dos casos de trauma aquela composta por, pelo menos, 1 (um) cirurgião ou ortopedista ou neurocirurgião ou cirurgião vascular ou cirurgião plástico ou cirurgião pediatra ou cirurgião da mão ou cirurgião crânio-maxilo-facial ou cirurgião e traumatologista buco-maxilo-facial ou urologista ou cirurgião torácico ou ginecologista ou obstetra ou oftalmologista ou otorrinolaringologista ou endoscopista. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 3º)

§ 4º Para fins do disposto no inciso VII do "caput", as cirurgias dos casos de trauma que são de competência do estabelecimento hospitalar são aquelas que podem ser realizadas pelos especialistas e sejam de média complexidade ou pelo ortopedista e/ou neurocirurgião e sejam de média ou alta complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 4º)

§ 5º Os médicos das equipes de plantão e os médicos e cirurgiões-dentistas das equipes de apoio deverão possuir título de especialista na respectiva área de atuação, reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina (CRM), Conselho Federal de Odontologia (CFO) ou Conselho Regional de Odontologia (CRO), ou residência médica ou odontológica, de acordo com a respectiva área de atuação, reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC). (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 5º)

§ 6º Os prestadores de serviços que se encontrarem disponíveis para o Centro de Trauma Tipo III deverão estar cadastrados no SCNES como terceiros vinculados ao estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 6º)

Art. 113. Os estabelecimentos hospitalares que não se enquadrarem estritamente nos requisitos de que trata o art. 112, mas que, excepcionalmente, forem considerados estratégicos para a referência regional no Plano de Ação Regional da RUE, poderão ser considerados Centro de Trauma Tipo III mediante pactuação na CIR e na CIB ou, se for o caso, no CGSES/DF, com posterior avaliação e validação pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 18)

Art. 114. Os Centros de Trauma Tipo III deverão estar localizados numa distância correspondente a um tempo de deslocamento de, no máximo, 60 (sessenta) minutos dos Centros de Trauma Tipo II, medido pelo meio de transporte sanitário mais rápido disponível permanentemente para a maioria dos casos de remoção.(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 19)

CAPÍTULO III
DO REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO III)

Art. 115. Para habilitação de um estabelecimento hospitalar como Centro de Trauma Tipo I, II ou III, o ente federativo interessado, por meio de sua respectiva Secretaria de Saúde, deverá encaminhar requerimento, por meio físico, ao Ministério da Saúde, incluindo-se os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20)

I - cópia do Plano de Ação Regional (PAR) aprovado pela CIB ou documento que comprove a discussão e a implementação do PAR e aprovação da CIB; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, I)

II - expediente que comprove a aprovação da CIR e CIB para a referida implantação da Linha de Cuidado ao Trauma e habilitação do respectivo Centro de Trauma Tipo I, II ou III; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, II)

III - Termo de Compromisso assinado pelo gestor estadual e/ou municipal ou distrital de saúde, por meio do qual se obriga a estabelecer e cumprir a Linha de Cuidado ao Trauma da RUE, aprovada pelo Ministério da Saúde, com realização de ações que permitam sua plena integração com os outros pontos de atenção, nos termos do documento-base da referida linha de cuidado, de modo a garantir o cuidado integral e de qualidade aos pacientes com trauma; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, III)

IV - Formulário para Vistoria do Gestor - Normas de Classificação e Habilitação de Centro de Trauma, assinado pelo gestor estadual e/ou municipal ou distrital de saúde, conforme modelos constantes dos Anexos 13, 14 e 15 do Anexo III , com comprovação documental do atendimento dos requisitos para classificação do estabelecimento hospitalar como Centro de Trauma Tipo I, II ou III. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, IV)

§ 1º Na hipótese de pedido de habilitação de um estabelecimento hospitalar como Centro de Trauma Tipo II ou Tipo III, além dos documentos previstos no "caput" o requerente deverá informar o número de leitos de UTI ou de leitos de retaguarda ao paciente com trauma. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 1º)

§ 2º Na hipótese de algumas atividades exigidas para habilitação serem realizadas por outros estabelecimentos hospitalares, além dos documentos previstos no "caput" o requerente deverá encaminhar termo de compromisso conforme modelo constante do Anexo 16 do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 2º)

§ 3º Os entes federativos e regiões de saúde que ainda não dispuserem de PAR, conforme descrito no inciso I do "caput", mas que forem considerados estratégicos para implantação da Linha de Cuidado ao Trauma conforme pactuação da CIB e CIR, poderão pleitear a habilitação para Centro de Trauma Tipo I, II ou III com dispensa da apresentação do documento de que trata o inciso I do "caput". (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 3º)

§ 4º Para fins do disposto no § 3º e para suprir a dispensa do documento de que trata o inciso I do "caput", o o ente federativo interessado, por meio de sua respectiva Secretaria de Saúde, deverá encaminhar à CGMAC/DARAS/SAS/MS as seguintes documentações específicas: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 4º)

I - comprovação da cobertura do componente SAMU 192 da RUE; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 4º, I)

II - comprovação da existência de pontos de atenção de UPA 24hs e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da RUE; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 4º, II)

III - expediente ou Termo de Compromisso do gestor local de saúde que comprove articulação assistencial entre SAMU 192, UPA 24 horas ou do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da RUE, unidades hospitalares de retaguarda e outros serviços de atenção à saúde para promoção da reabilitação, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrareferência e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica instalados na região. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 4º, III)

Art. 116. O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS), avaliará a documentação encaminhada pela Secretaria de Saúde interessada, sendo que poderá realizar vistoria "in loco" a qualquer tempo para avaliação do cumprimento ou não dos requisitos exigidos para habilitação. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 21)

Parágrafo Único. O Ministério da Saúde poderá efetuar diligências e solicitar do requerente documentos e outras providências para subsidiar a análise do pedido de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 117. Em caso de manifestação favorável da CGMAC/DARAS/SAS/MS a respeito do pedido de habilitação, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotará as providências para a publicação de portaria de habilitação do estabelecimento hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 22)

Art. 118. Em caso de manifestação desfavorável da CGMAC/DARAS/SAS/MS, a SAS/MS comunicará, por expediente físico, o resultado da análise à Secretaria de Saúde interessada. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 23)

CAPÍTULO IV
DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO V)

Art. 119. O Ministério da Saúde monitorará e avaliará periodicamente o atendimento contínuo dos requisitos de habilitação pelos estabelecimentos hospitalares e a efetiva realização dos serviços prestados para manutenção do repasse dos recursos financeiros ao ente federativo beneficiário, além dos seguintes itens de desempenho dos Centros de Trauma: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 28)

I - cumprimento da Linha de Cuidado ao Trauma; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 28, I)

II - submissão à auditoria do gestor local de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 28, II)

III - regulação integral pelas Centrais de Regulação. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 28, III)

Art. 120. O monitoramento e a avaliação a que se refere o art. 119 será realizado com periodicidade máxima de 1 (um) ano, a partir do início do repasse de recursos financeiros previsto neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 29)

Parágrafo Único. Sem prejuízo do disposto no "caput" deste artigo, os Centros de Trauma poderão ser monitorados, em caráter complementar, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 29, Parágrafo Único)

I - visitas "in loco" pelas Secretarias de Saúde estaduais, Distrital e municipais, bem como pelo Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 29, Parágrafo Único, I)

II - atuação, quando couber, do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 29, Parágrafo Único, II)

Art. 121. O repasse do incentivo financeiro será imediatamente interrompido quando constatada, durante o monitoramento, a inobservância dos requisitos de habilitação e das demais condições previstas no art. 119. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 30)

Parágrafo Único. Uma vez interrompido o repasse do incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido após novo procedimento de habilitação de Centro de Trauma, em que fique demonstrado o cumprimento de todos os requisitos previstos neste Título, caso em que o custeio voltará a ser pago, sem efeitos retroativos, a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 30, Parágrafo Único)

TÍTULO VII
DOS CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA (CIATox)

Art. 122. Ficam instituídos os Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) como estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma, da Rede de Atenção as Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 1º)

Parágrafo Único. Nas localidades onde não houver plano da RUE aprovado caberá ao gestor manifestar o interesse pela adesão do CIATox à rede assistencial de urgência e emergência existente. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 123. A integração dos centros à linha de cuidado ao trauma da RUE se dará pela manifestação formal do gestor local junto à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 2º)

Art. 124. Os Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox), constantes do Anexo 17 do Anexo III farão jus ao recebimento do incentivo financeiro, como forma de apoio à manutenção dos respectivos CIATox, nos termos da Seção XIII do Capítulo II do Título VIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 3º)

Art. 125. Para fins do Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox), define-se: (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 4º)

I - Assistência Toxicológica: um conjunto de ações e práticas a nível individual e coletivo, relacionadas às exposições às substâncias químicas, toxinas de animais peçonhentos e plantas tóxicas, envolvendo a promoção e a vigilância da saúde e a prevenção, diagnóstico e tratamento das intoxicações agudas e crônicas. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 4º, I)

II - Intoxicação: é um conjunto de sinais e sintomas provocados pela exposição às substâncias químicas e envenenamento por toxinas de animais peçonhentos e plantas tóxicas; e (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 4º, II)

III - Centro de Informação e Assistência Toxicológica: unidades de saúde, de referência em Toxicologia Clínica no SUS, com atendimento em regime de plantão permanente por teleconsultoria e ou presencial, com o objetivo de prover informação toxicológica aos profissionais de saúde e às instituições e prestar assistência às pessoas expostas e/ou intoxicadas, visando à redução da morbimortalidade. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 4º, III)

Art. 126. São consideradas atividades essenciais dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica: (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º)

I - Produção e disseminação de informações, com destaque para diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção das intoxicações agudas e crônicas e os riscos que elas ocasionam à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º, I)

II - Produção e disseminação de informações para orientação à rede assistencial sobre reações adversas a medicamentos, interações medicamentosas, sobre o uso racional de medicamentos na gestação, lactação, por idosos; (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º, II)

III - Suporte clínico a profissionais de saúde na avaliação de gravidade das intoxicações agudas e crônicas para o correto encaminhamento para unidades referenciadas; (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º, III)

IV - Notificação de eventos de interesse para a Saúde Pública, com destaque para intoxicações agudas e crônicas; (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º, IV)

V - Prevenção de doenças e agravos; e (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º, V)

VI - Promoção da saúde. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º, VI)

Art. 127. São consideradas atividades opcionais dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica: (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 6º)

I - Busca ativa de casos de interesse para Saúde Pública com destaque para intoxicações agudas e crônicas; (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 6º, I)

II - Investigação de eventos de interesse para a Saúde Pública, com destaque para intoxicações agudas e crônicas; (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 6º, II)

III - Suporte e análise laboratorial para os casos de intoxicação agudas e crônicas; e (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 6º, III)

IV - Assistência à saúde da população em geral em casos de intoxicação aguda ou crônica. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 6º, IV)

Art. 128. A Secretaria de Atenção Saúde, do Ministério da Saúde, coordenará o processo de instituição dos CIATox na RUE. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 8º)

TÍTULO VIII
DA LINHA DE CUIDADOS EM AVC E DOS CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES COMO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA AOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC), NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Art. 128. Este Título dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC.(Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 1º)

Art. 129. Os Centros de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC integram a Linha de Cuidados em AVC e são componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 3º)

Art. 130. Para fins de tratamento aos pacientes com AVC, os Centros de Atendimento de Urgência serão classificados como Tipo I, Tipo II ou Tipo III. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 4º)

CAPÍTULO I
DA HABILITAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES COMO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA AOS PACIENTES COM AVC NO ÂMBITO DO SUS
(Origem: PRT MS/GM 665/2012, CAPÍTULO I)

Art. 131. Serão habilitados como Centros de Atendimento de Urgência Tipo I os estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência para atendimento aos pacientes com AVC, que disponibilizam e realizam o procedimento com o uso de trombolítico, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) específico, e que cumpram os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º)

I - realizar atendimento de urgência 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, I)

II - realizar exame de tomografia computadorizada de crânio nas 24 (vinte e quatro) horas do dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, II)

III - dispor de equipe treinada em urgência para atendimento aos pacientes com AVC, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e coordenada por neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Regional de Medicina (CRM) ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, III)

IV - disponibilizar protocolos clínicos e assistenciais escritos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, IV)

V - possuir leitos monitorados para o atendimento ao AVC agudo, com médico 24 (vinte e quatro horas) por dia e equipe treinada para o atendimento, podendo ser no serviço de urgência ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, VI)

VI - realizar serviço de laboratório clínico em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, VIII)

VII - fornecer cobertura de atendimento neurológico, disponível em até 30 (trinta) minutos da admissão do paciente (plantão presencial, sobreaviso à distância ou suporte neurológico especializado por meio da telemedicina/telessaúde); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 800/2015)

VIII - possuir Unidade de Tratamento Intensivo (UTI); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 800/2015)

IX - dispor de equipe neurocirúrgica 24 (vinte e quatro) horas/dia, seja ela própria, presencial ou disponível em até 2 (duas) horas, ou referenciada, disponível em até 2 (duas) horas; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, IX) (com redação dada pela PRT MS/GM 800/2015)

X - realizar tratamento hemoterápico para possíveis complicações hemorrágicas. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, X) (com redação dada pela PRT MS/GM 800/2015)

§ 1º Entende-se por telemedicina/telessaúde para tratamento agudo do AVC a utilização de sistemas de comunicação ou teleconferência que incluam ou não o compartilhamento de vídeo, som e dados de neuroimagem, permitindo a avaliação remota de um paciente com suspeita de AVC por um neurologista com experiência em AVC, preferencialmente vinculado a um Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, § 1º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

§ 2º Na avaliação referida no § 1º do art. 5º, o sistema de comunicação ou teleconferência deve permitir que o neurologista realize: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, § 2º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

I - checagem da história clínica e do exame neurológico, se necessário, do referido paciente, conversando ou visualizando e, sobretudo, interagindo em tempo real com o paciente e a equipe médica à distância para o cuidado ao paciente com AVC; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, § 2º, I)

II - deve-se avaliar, em tempo real, a neuroimagem realizada logo após sua aquisição no equipamento remoto (tomografia computadorizada ou ressonância magnética de crânio), através de um software de transmissão de imagem, com visualizador que tenha ajuste do centro e largura da janela da imagem e transferência de dados segura, quando necessitar de trombólise; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, § 2º, II)

III - todo o cuidado ao paciente com AVC para redução da morbidade e sequelas, considerando seus riscos. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, § 2º, III)

Art. 132. Serão habilitados como Centros de Atendimento de Urgência Tipo II os estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência para atendimento aos pacientes com AVC, que cumpram todos os requisitos exigidos no art. 131 e que disponham de: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º)

I - Unidade de Cuidado Agudo ao AVC (U-AVC Agudo), que deverá: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, I)

a) possuir área física definida com, no mínimo, cinco leitos exclusivamente destinados ao atendimento do paciente com AVC agudo (isquêmico, hemorrágico ou acidente isquêmico transitório); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, I, a)

b) realizar atendimento ao paciente com AVC agudo até setenta e duas horas de internação oferecendo, inclusive, tratamento trombolítico endovenoso para o AVC isquêmico; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, I, b)

c) realizar atendimento de forma multiprofissional, com a inclusão de fisioterapia e fonoaudiologia; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, I, c)

d) garantir que o tratamento de fase aguda seja coordenado por neurologista; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, I, d)

II - realização dos seguintes procedimentos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, II)

a) Eletrocardiograma (ECG); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, II, a)

b) serviço de laboratório clínico em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, II, b)

c) serviço de radiologia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, II, c)

III - garantia do acesso, por intermédio de termo de compromisso, nos termos do Anexo 21 do Anexo III , aos seguintes procedimentos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III)

a) ressonância magnética; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, b)

b) angioressonância; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, c)

c) ecodoppler transcraniano; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, d)

d) neuroradiologia intervencionista; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, e)

e) ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, a) (com redação dada pela PRT MS/GM 800/2015)

f) ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, f) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

g) angiografia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, g) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

§ 1º Entende-se por U-AVC Agudo, unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 5 (cinco) leitos no mesmo espaço físico, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado aos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório), durante a fase aguda (até 72 horas da internação) e oferecer tratamento trombolítico endovenoso. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Cada U-AVC Agudo deve possuir os seguintes recursos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º)

I - recursos humanos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I)

a) um responsável técnico neurologista, com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, a)

b) médico 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, b)

c) enfermeiro 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, c)

d) um técnico de enfermagem exclusivo para cada 4 (quatro) leitos, 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, d)

e) suporte diário de fisioterapeuta; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, e)

f) suporte diário de fonoaudiólogo; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, f)

g) suporte de neurologista, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, inclusive feriados; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, g)

II - recursos materiais: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II)

a) camas hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, a)

b) um estetoscópio por leito; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, b)

c) pelo menos dois equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de um equipamento para cada 3 (três) leitos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, c)

d) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, d)

e) materiais para aspiração; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, e)

f) kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f)

1. equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão autoinflável, com reservatório e máscara facial (ambu); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f, 1)

2. cabos e lâminas de laringoscópio; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f, 2)

3. tubos/cânulas endotraqueais; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f, 3)

4. fixadores de tubo endotraqueal; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f, 4)

5. cânulas de Guedel; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f, 5)

6. fio guia estéril; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f, 6)

g) um equipamento desfibrilador/cardioversor por unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, g)

h) um eletrocardiógrafo portátil por unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, h)

i) um equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar por unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, i)

j) uma maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio para cada 5 (cinco) leitos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, j)

k) cilindro transportável de oxigênio; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, k)

l) uma máscara facial com diferentes concentrações de oxigênio para cada 3 (três) leitos; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, l)

m) um monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura, para cada leito. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, m)

§ 3º As unidades da federação que não cumprirem os critérios de habilitação descritos neste artigo e tiverem necessidade de U-AVC Agudo no contexto da Rede de Urgência e Emergência poderão solicitar a referida habilitação, que será analisada e definida pelo Ministério da Saúde em ato específico. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 3º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

Art. 133. Serão habilitados como Centros de Atendimento de Urgência Tipo III aos pacientes com AVC, os estabelecimentos hospitalares que cumprirem todos os requisitos exigidos nos arts. 131 e 132 do Anexo III e que disponham de: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º)

I - Unidade de Cuidado Integral ao AVC (U-AVC Integral), que inclui a Unidade de Cuidado Agudo ao AVC, podendo compartilhar ou não o mesmo espaço físico; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, I)

II - no mínimo, 10 (dez) leitos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, II)

III - atendimento da totalidade dos casos de AVC agudo admitidos na instituição, exceto aqueles que necessitarem de terapia intensiva e aqueles para os quais for definido por suporte com cuidados paliativos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, III)

IV - tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, IV)

V - ambulatório especializado, preferencialmente próprio, podendo também ser referenciado, para dar suporte à RUE; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, V)

§ 1º Entende-se por U-AVC Integral, unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 10 (dez) leitos, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado dos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório) até 15 (quinze) dias da internação hospitalar, com a atribuição de dar continuidade ao tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 1º)

§ 2º A U-AVC Integral deve possuir os seguintes recursos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º)

I - recursos humanos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I)

a) 1 (um) responsável técnico neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, a)

b) um médico, 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, b)

c) suporte de neurologista, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, inclusive feriados; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, c)

d) um enfermeiro exclusivo na unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, d)

e) um técnico de enfermagem para cada 4 (quatro) leitos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, e)

f) um fisioterapeuta para cada 10 (dez) leitos, 6 (seis) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, f)

g) um fonoaudiólogo para cada 10 (dez) leitos, 6 (seis) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, g)

h) um terapeuta ocupacional para cada 10 (dez) leitos, 6 (seis) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, h)

i) um assistente social, 6 (seis) horas por dia, de segunda a sexta-feira; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, i)

j) suporte de psicólogo, nutricionista e farmacêutico na instituição; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, j)

II - recursos materiais: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II)

a) camas hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, a)

b) um estetoscópio por leito; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, b)

c) 2 (dois) equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de um equipamento para cada 3 (três) leitos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, c)

d) 50% (cinquenta por cento) dos leitos com capacidade para monitoração contínua de frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, eletrocardiografia, temperatura, pressão arterial não invasiva; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, d)

e) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, e)

f) 1 (uma) máscara facial que permite diferentes concentrações de oxigênio para cada 5 (cinco) leitos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, f)

g) materiais para aspiração; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, g)

h) um eletrocardiógrafo portátil por unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, h)

i) kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i)

1. equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão autoinflável, com reservatório e máscara facial (ambu); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i, 1)

2. cabos e lâminas de laringoscópio; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i, 2)

3. tubos/cânulas endotraqueais; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i, 3)

4. fixadores de tubo endotraqueal; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i, 4)

5. cânulas de Guedel; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i, 5)

6. fio guia estéril; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i, 6)

j) 1 (um) equipamento desfibrilador/cardioversor por unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, j)

k) 1 (um) equipamento para aferição de glicemia capilar, específico por unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, k)

l) 1 (uma) maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio para cada 10 (dez) leitos; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, l)

m) cilindro transportável de oxigênio. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, m)

§ 3º A U-AVC Integral deve monitorar e registrar os seguintes indicadores assistenciais e de processo: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º)

I - profilaxia para trombose venosa profunda iniciada até o segundo dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, I)

II - alta hospitalar em uso de antiagregante plaquetário em pacientes com AVC não cardioembólico, salvo situações específicas que dependam da análise do quadro clínico do paciente; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, II)

III - alta hospitalar em uso de anticoagulação oral para pacientes com Fibrilação Atrial (FA) ou "Flutter", salvo contraindicações; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, III)

IV - uso de antiagregantes plaquetários, quando indicado, iniciado até o segundo dia de internação; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, IV)

V - alta hospitalar em uso de estatina para pacientes com AVC aterotrombótico, salvo contraindicações; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, V)

VI - alta hospitalar com plano de terapia profilática e de reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, VI)

VII - porcentagem de pacientes com doença cerebrovascular aguda atendidos na Unidade de AVC; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, VII)

VIII - o tempo de permanência hospitalar do paciente acometido por AVC visando redução do mesmo; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, VIII)

IX - as seguintes complicações: trombose venosa profunda, úlcera de pressão, pneumonia, infecção do trato urinário; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, IX)

X - CID-10 específico do tipo de AVC à alta hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, X)

XI - mortalidade hospitalar por AVC, visando redução da mesma; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, XI)

XII - tempo porta-tomografia < 25 minutos; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, XII)

XIII - tempo porta-agulha < 60 minutos. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, XIII)

§ 4º As unidades da federação que não cumprirem os critérios de habilitação definidos neste artigo e tiverem necessidade de U-AVC Integral no contexto da Rede de Urgência e Emergência poderão solicitar a referida habilitação, que será analisada e definida pelo Ministério da Saúde em ato específico. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 4º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300218

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 134. Para a habilitação em Centro de Atendimento de Urgência Tipo I, II e III aos pacientes com AVC junto ao Ministério da Saúde, os gestores estaduais, do Distrito Federal e municipais deverão encaminhar a respectiva solicitação, por meio de ofício, à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS) com as seguintes documentações: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º)

I - cópia do Plano de Ação Regional (PAR) aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou equivalente, submetido ao Ministério da Saúde, ou expediente que comprove elaboração do PAR da Rede de Urgência e Emergência e a resolução da CIB aprovando a habilitação dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, I)

II - Termo de Compromisso assinado pelo Gestor Municipal e/ou Estadual e do Distrito Federal por meio do qual se obriga a estabelecer e adotar a Linha de Cuidado em AVC e o PCDT - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo, constante do Plano de Ação Regional da RUE, com realização de ações que permitam sua plena integração com os outros pontos de atenção, nos termos do documento base da referida linha de cuidados, de modo a garantir o cuidado integral e de qualidade aos pacientes com acidente vascular cerebral; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, II)

III - Formulário para Vistoria do Gestor - Normas de Classificação e Habilitação de Centro de Atendimento de Urgência assinado pelo Gestor Municipal e/ou Estadual e Distrito Federal do SUS, conforme modelos constantes dos Anexos 18, 19 e 20 do Anexo III , com comprovação do cumprimento das exigências para habilitação; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, III)

IV - atualização das informações no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, IV)

§ 1º Em caso de solicitação de habilitação para Centro de Atendimento de Urgência Tipo II ou Tipo III aos Pacientes com AVC, também deverá ser informado o número de leitos da Unidade de Cuidado Agudo ao paciente com AVC ou da Unidade de Cuidado Integral ao paciente com AVC. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O Ministério da Saúde avaliará a documentação encaminhada pelo Gestor local do SUS, que poderá realizar vistoria in loco para a habilitação a qualquer tempo. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 2º)

§ 3º Caso o resultado da avaliação do pedido de habilitação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotará as providências para a publicação de portaria de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 3º)

§ 4º Em caso de pendências, o Ministério da Saúde encaminhará ao Gestor local do SUS ofício para conhecimento e providências para regularização. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 4º)

§ 5º Caso o resultado da avaliação do pedido de habilitação seja desfavorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) comunicará ao Gestor local do SUS. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 5º)

§ 6º As localidades e regiões que ainda não dispuserem do PAR, conforme descrito em inciso I do "caput", e forem consideradas estratégicas para implantação da Linha de Cuidado ao AVC pelos gestores estaduais e municipais, poderão pleitear habilitação para o Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC Tipo I, II ou III, mediante a apresentação dos documentos descritos no § 7º deste artigo e parecer técnico da CGMAC/DAET/SAS/MS, além do cumprimento das regras desta Portaria, com exceção do inciso I do "caput" do presente artigo. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 6º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

§ 7º Para o cumprimento do § 6º do "caput" deste artigo, os gestores deverão encaminhar à CGMAC/DAET/SAS/MS os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 7º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

I - comprovação da cobertura do componente SAMU 192 da Rede de Urgência e Emergência; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 7º, I)

II - comprovação da existência de pontos de atenção de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou serviços de urgências; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 7º, II)

III - cobertura mínima, pela Atenção Básica, de 50% (cinquenta por cento) da população; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 7º, III)

IV - expediente ou termo de compromisso que comprove articulação com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares de retaguarda e com outros serviços de atenção à saúde para promoção da reabilitação, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência, ordenando tais fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica instaladas na região; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 7º, IV)

V - expediente que comprove a aprovação da CIR e da CIB para a referida implantação da Linha de Cuidado ao AVC e habilitação do respectivo Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC Tipo I, II ou III. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 7º, V)

CAPÍTULO II

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 665/2012, CAPÍTULO III)

Art. 135. A Tabela de Procedimentos, Medicamentos Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS) fica acrescida do procedimento "Tratamento de acidente vascular cerebral isquêmico agudo com uso de trombolítico - Código 03.03.04.030-0", nos termos do Anexo LXXXIX da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 13)

Parágrafo Único. São excludentes entre si os procedimentos 03.03.04.014-9 - Tratamento de acidente vascular cerebral - AVC (isquêmico ou hemorrágico agudo) e 03.03.04.030-0 - Tratamento de acidente vascular cerebral isquêmico agudo com uso de trombolítico, previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 136. Os serviços de saúde autorizados a prestar assistência aos pacientes acometidos por AVC no âmbito do SUS devem submeter-se à regulação, controle e avaliação dos respectivos gestores, os quais são responsáveis por: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14)

I - avaliação permanente da estrutura e equipe dos serviços habilitados para prestar este tipo de atendimento; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, I)

II - avaliação da compatibilidade entre a estrutura e equipe autorizadas a prestar os serviços e a respectiva produção; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, II)

III - avaliação da compatibilidade entre o número de casos esperados para a população atendida, o número de atendimentos realizados e o número de procedimentos, observando-se também a frequência esperada dos procedimentos (consultas e acompanhamentos/tratamentos) correlacionados; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, III)

IV - avalição da qualidade dos serviços prestados. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, IV)

§ 1º Os serviços de saúde autorizados a prestar assistência aos pacientes acometidos por AVC no âmbito do SUS deverão observar a Linha de Cuidados em AVC e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo, instituído por meio da Portaria nº 664/GM/MS, de 12 de abril de 2012. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, § 1º)

§ 2º O controle, a avaliação e a auditoria deverão utilizar como parâmetro a frequência do procedimento 03.03.04.030-0 - Tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico agudo com uso de trombolítico e do procedimento 03.03.04.014-9 - Tratamento de acidente vascular cerebral - AVC (isquêmico ou hemorrágico agudo), devendo a frequência do procedimento 03.03.04.030-0 representar até vinte por cento da soma das duas frequências em cada estabelecimento de saúde habilitado. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, § 2º)

Art. 137. Fica aprovada a Linha de Cuidados em AVC, a ser observada por todos os serviços habilitados nos termos deste Título, cujo conteúdo encontrar-se-á disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 16)

TÍTULO IX

DA LINHA DE CUIDADO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM) E DO PROTOCOLO CLÍNICO SOBRE SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS (SCA)

Art. 138. Fica aprovada a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e do Protocolo Clínico sobre Síndromes Coronarianas Agudas (SCA). (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Linha de Cuidado do IAM e o Protocolo Clínico sobre SCA de que trata este artigo encontram-se disponíveis no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 139. Inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS os procedimentos contidos no Anexo XIV da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 2º)

Parágrafo Único. Os procedimentos indicados pelo Anexo XV da Portaria de Consolidação nº 6 são excludentes entre si. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 140. Altera na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS os atributos dos procedimentos de acordo com o Anexo XVI da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 3º)

Art. 141. Garanti, na alta hospitalar, a continuidade do uso da medicação clopidogrel (75 mg) para que o paciente faça uso diário por trinta (30) dias da referida medicação, conforme protocolo clínico supracitado. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 4º)

Parágrafo Único. : A medicação clopidogrel será fornecida pelo hospital quando da internação do paciente, conforme protocolo clínico, e o hospital deverá fornecê-la ao paciente por mais 30 dias da alta, até que seja adquirido pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 142. Fica instituída, no âmbito do SUS, a Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO), na forma do Anexo XIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 5º)

§ 1º Entende-se por Unidade de Terapia Intensiva Coronariana, ou simplesmente, Unidade Coronariana (UCO), a unidade de terapia intensiva dedicada ao cuidado a pacientes com síndrome coronariana aguda, devendo, necessariamente, dispor de infraestrutura típica de terapia intensiva, mas se localizar em instituição capacitada para fornecer apoio diagnóstico e terapêutico para os pacientes com síndrome coronariana aguda, incluindo recursos humanos qualificados, métodos diagnósticos não invasivos e invasivos e oportunidade de tratamento percutâneo e cirúrgico em caráter de urgência. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 5º, § 1º)

§ 2º A UCO deverá ser habilitada como Leito de Terapia Intensiva Coronariana - UCO tipo II ou tipo III, de acordo com os critérios de habilitação de Unidade de Terapia Intensiva - UTI tipo II ou tipo III dispostos na Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 5º, § 3º)

Art. 143. Será publicada em portaria específica a operacionalização das terapias medicamentosas ora incluídas para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), previstos na Linha de Cuidado do IAM e Protocolo da Síndrome Coronariana Aguda. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 10)

TÍTULO X

DO CUIDADO PROGRESSIVO AO PACIENTE CRÍTICO OU GRAVE

Art. 144. Fica aprovado, na forma do anexo, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas, o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico, Unidade Coronariana, Queimados e Cuidado Intermediário Adulto e Pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 1º)

Parágrafo Único. As Unidades de Terapia Intensiva e as Unidades de Cuidados Intermediários devem articular uma linha de cuidado progressivo, de acordo com a condição clínica e complexidade do cuidado do paciente. (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 145. A Secretaria de Atenção à Saúde regulamentará os procedimentos hospitalares do SIH/SUS das Unidades de Cuidados Intermediário Adulto e Pediátrico. (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 2º)

Art. 146. As habilitações vigentes à data de publicação da Portaria nº 895/GM/MS, de 31 de março de 2017 classificadas como 26.96 - UTI Adulto Tipo I e 26.98 - UTI Pediátrica Tipo I serão classificadas respectivamente em UCI-a e UCI-ped. (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 3º)

Parágrafo Único. Serão excluídos da Tabela de Leitos Complementares do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os tipos de leitos de UTI Adulto Tipo I (26.96) e UTI Pediátrica Tipo I (26.98) e incluídos os tipos de leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Adulto (UCI-a) e Unidade de Cuidados Intermediários Pediátrico (UCI-ped), cabendo ao gestor competente (Estado ou Município) do SUS a inserção dos respectivos leitos no campo Leito Complementar - módulo "Leitos Existentes". (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 147. As Unidades de Terapia Intensiva atualmente habilitadas como Tipo II ou Tipo III, permanecerão como tal. (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 4º)

Art. 148. Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (CGSI/DRAC/SAS/MS) adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS da Secretaria-Executiva (DATASUS), para o cumprimento do disposto neste Título.(Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 5º)

TÍTULO XI

DA ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PROLONGADOS PARA RETAGUARDA À REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE) E DEMAIS REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Art. 149. Este Título estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 1º)

Art. 150. Os Cuidados Prolongados poderão se organizar nas seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 2º)

I - Unidade de Internação em Cuidados Prolongados como serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP); ou (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 2º, I)

II - Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP). (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 2º, II)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE CUIDADOS PROLONGADOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO I)

Art. 151. As UCP e HCP se constituem em uma estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 3º)

Art. 152. Os Cuidados Prolongados destinam-se a usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 4º)

Art. 153. Os Cuidados Prolongados têm como objetivo geral a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo.(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 5º)

Parágrafo Único. São considerados usuários em situação de perda de autonomia aqueles com limitações físicas, funcionais, neurológicas e/ou motoras, restritos ao leito, ou em qualquer condição clínica que indique a necessidade de cuidados prolongados em unidade hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 154. São diretrizes dos Cuidados Prolongados: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º)

I - prestação individualizada e humanizada do cuidado ao usuário hospitalizado que necessite de cuidados em reabilitação intensivos, semi-intensivos ou não intensivos para o reestabelecimento das funções e atividades, bem como para a recuperação de sequelas; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, I)

II - equidade no acesso e atenção prestada em tempo oportuno; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, II)

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

III - garantia de cuidado por equipe multidisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, III)

IV - incentivo à autonomia e autocuidado do usuário; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, IV)

V - articulação entre as equipes multidisciplinares das UCP com as equipes de atenção básica, inclusive atenção domiciliar, centros de referência em reabilitação, bem como com outras equipes que atuem nos demais pontos de atenção do território, permitindo a efetivação da integralidade da assistência e a continuidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, V)

VI - garantia da alta hospitalar responsável e em tempo oportuno, nos termos do Capítulo III do Título XI do Livro II; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, VI)

VII - eficiência e qualidade na prestação dos cuidados; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, VII)

VIII - corresponsabilizaçao da família no cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, VIII)

IX - intersetorialidade; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, IX)

X - acessibilidade. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, X)

Art. 155. Os Cuidados Prolongados têm como finalidade: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º)

I - desenvolver um sistema diferenciado de cuidados por meio da introdução de intervenções inovadoras e adaptadas às novas necessidades sóciodemográficas e epidemiológicas da população; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, I)

II - garantir o acolhimento, acessibilidade e humanização do cuidado ao usuário; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, II)

III - reabilitar o usuário, de forma parcial ou total, e possibilitar a continuidade do cuidado com intervenções terapêuticas que permitam o reestabelecimento de suas funções e atividades, promovendo autonomia e independência funcional, bem como a recuperação de suas sequelas; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, III)

IV - avaliar, de forma global, por meio de atuação multidisciplinar integrada, as necessidades do usuário, considerando sua situação de dependência e os seus objetivos de funcionalidade e autonomia definidos periodicamente; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, IV)

V - incentivar e apoiar a adaptação dos usuários à incapacidade e aprendizagem do autocuidado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, V)

VI - acompanhar o usuário em situação de dependência por meio de Plano Terapêutico, especialmente, quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, devendo ser o resultado da discussão de caso em equipe, com vistas ao seu retorno ao domicílio; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, VI)

VII - promover a continuidade do acompanhamento do usuário após a alta hospitalar, de forma a possibilitar a revisão de diagnóstico, a reavaliação de riscos e a adequação de condutas entre os especialistas envolvidos; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, VII)

VIII - apoiar a manutenção da capacidade funcional do usuário, garantindo os cuidados terapêuticos e o apoio psicossocial necessários, com o intuito de promover a independência funcional e a autonomia; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, VIII)

IX - orientar e apoiar os familiares e cuidadores, em parceria com a atenção básica, inclusive atenção domiciliar, para manutenção e corresponsabilização do cuidado em uma construção progressiva de autonomia e retorno ao convívio social; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, IX)

X - buscar a integralidade da assistência atuando de forma articulada às demais equipes de atenção à saude atuantes no território; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, X)

XI - diminuir a ocupação inadequada de leitos de urgência e de Unidades de Terapia Intensiva (UTI); (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, XI)

XII - reduzir as internações recorrentes ocasionadas por agravamento de quadro clínico dos usuários em regime de atenção domiciliar; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, XII)

XIII - aumentar a rotatividade dos leitos de retaguarda clínica para quadros agudos e crônicos reagudizados. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, XIII)

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PROLONGADOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO II)

Art. 156. Os Cuidados Prolongados poderão se organizar nas seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º)

I - Unidades de Internação em Cuidados Prolongados como Serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP); e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º, I)

II - Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP). (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º, II)

§ 1º As UCP devem possuir entre quinze e vinte e cinco leitos para tratamento prolongado. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O HCP constitui-se em um estabelecimento cuja capacidade instalada total seja direcionada para essa finalidade, com, no mínimo, quarenta leitos. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º, § 2º)

Art. 157. As UCP e o HCP terão acessibilidade e contarão com Sala Multiuso de Reabilitação, espaço destinado ao atendimento do usuário em cuidados prolongados, com vistas à reabilitação precoce e à aceleração do processo de desospitalização pela Equipe Multiprofissional. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 9º)

§ 1º As UCP deverão contar com Sala Multiuso de Reabilitação Tipo I e os HCP deverão contar com Sala Multiuso de Reabilitação Tipo II, de acordo com estabelecido no Anexo 22 do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Para os fins deste Título, acessibilidade é entendida como a presença de condições necessárias para que o usuário realize qualquer movimentação ou deslocamento dentro de suas capacidades individuais, por seus próprios meios ou com o auxílio de um profissional, familiar ou cuidador, em condições seguras, mesmo que para isso necessite de aparelhos ou equipamentos específicos. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 9º, § 2º)

Seção I

Da Equipe Multidisciplinar

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 158. As UCP deverão contar com uma equipe multiprofissional para cada módulo com quinze a vinte e cinco leitos, com as seguintes composição e carga horária mínimas de trabalho dos respectivos profissionais: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10)

I - médico: vinte horas semanais, distribuídas de forma horizontal, de segunda a sexta-feira; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, I)

II - enfermeiro: sessenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, II)

III - técnico de enfermagem: no mínimo um técnico para cada cinco usuários hospitalizados, disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, III)

IV - assistente social: vinte horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, IV)

V - fisioterapeuta: sessenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, V)

VI - psicólogo: vinte horas semanais; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, VI)

VII - fonoaudiólogo: trinta horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, VII)

Parágrafo Único. Os usuários das UCP de que trata este artigo deverão contar com acesso a outras especialidades médicas, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 159. Os HCP deverão possuir toda a estrutura necessária para o funcionamento de um estabelecimento hospitalar, segundo legislação vigente, e para cada módulo com quarenta leitos, uma equipe multiprofissional com as seguintes composição e carga horária mínimas de trabalho dos respectivos profissionais: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11)

I - médico plantonista disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, I)

II - médico: vinte horas semanais, distribuídas de forma horizontal, de segunda a sexta-feira; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, II)

III - enfermeiro: oitenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, III)

IV - enfermeiro plantonista noturno disponível nas vinte e quatro horas do dia e em todos os dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, IV)

V - técnico de enfermagem: no mínimo um técnico para cada cinco usuários hospitalizados, disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, V)

VI - assistente social: quarenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, VI)

VII - fisioterapeuta: cento e vinte horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, VII)

VIII - psicólogo: quarenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, VIII)

IX - fonoaudiólogo: sessenta horas semanais; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, IX)

X - terapeuta ocupacional: trinta horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, X)

Parágrafo Único. Os usuários dos HCP de que trata este artigo deverão contar com acesso a outras especialidades médicas, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 160. As equipes multiprofissionais deverão desenvolver um trabalho articulado, com troca de informações e ações conjuntas que resultem no atendimento humanizado e resolutivo, de acordo com as condições do usuário hospitalizado. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 12)

§ 1º As equipes multiprofissionais serão organizadas de forma horizontalizada e funcionarão nos sete dias da semana, com retaguarda de plantonista médico e enfermeiro no estabelecimento hospitalar durante a noite e nos finais de semana. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 12, § 1º)

§ 2º Entende-se por horizontalizada a forma de organização do trabalho em saúde na qual existe uma equipe multiprofissional de referência que atua diariamente no serviço, em contraposição à forma de organização do trabalho em que os profissionais têm uma carga horária distribuída por plantão. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 12, § 2º)

Art. 161. São atribuições da equipe multidisciplinar: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13)

I - avaliação global do usuário no momento da internação ou reinternação em conjunto, quando couber, com as equipes: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I)

a) da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I, a)

b) do Leito de Retaguarda; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I, b)

c) da Unidade de Pronto Atendimento (UPA); e/ou (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I, c)

d) do Serviço de Atenção Domiciliar; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I, d)

II - utilização de protocolos de acesso regulado, em conformidade com a Política Nacional de Regulação do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, II)

III - elaboração de Plano Terapêutico, quando couber, permitindo-se tratamento e controle de sintomas e/ou sequelas do processo agudo ou crônico, visando à reabilitação funcional parcial ou total; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, III)

IV - utilização de prontuário clínico unificado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, IV)

V - identificação precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá pôr em risco as habilidades e a autonomia dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, V)

VI - articulação conjunta com as equipes de Atenção Básica, inclusive as da Atenção Domiciliar, para o planejamento da alta hospitalar em tempo oportuno; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, VI)

VII - elaboração de relatório que informe as condições atuais do usuário e proposta de cuidados necessários em domicílio; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, VII)

VIII - orientação e apoio à família e ao cuidador para a continuidade dos cuidados do usuário em domicílio; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, VIII)

IX - articulação com demais serviços da rede social de apoio, com proposta de alianças intersetoriais para potencialização do cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, IX)

X - participação nos processos formativos da Educação Permanente em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, X)

§ 1º A Educação Permanente em Saúde da equipe multidisciplinar tem os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º)

I - assegurar que todos os profissionais envolvidos com o cuidado dos usuários hospitalizados nas UCP e HCP e que prestam cuidado direto às pessoas em situação de dependência disponham das competências necessárias ao adequado exercício de suas funções; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, I)

II - contribuir para a formação, capacitação e atualização dos profissionais do SUS, especialmente dos profissionais que: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II)

a) estejam vinculados a Rede de Atenção às Urgências e Emergências; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II, a)

b) estejam vinculados à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II, b)

c) atuem nas demais unidades de internação do hospital onde estará vinculada a UCP; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II, c)

d) atuem na área de Atenção Básica, inclusive atenção domiciliar, na prestação de assistência aos usuários com necessidade de cuidados prolongados; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II, d)

III - integrar a produção de conhecimento científico com vistas à qualificação da equipe multidisciplinar, com temas essenciais para a garantia da qualidade da prestação dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, III)

IV - desenvolver a prática do ato de cuidar, que envolve sentimentos, atitudes e ações, devido ao grande impacto emocional no usuário e sua família. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, IV)

§ 2º Os gestores de saúde e os prestadores de serviços hospitalares são responsáveis pela incorporação de estratégias de educação permanente em saúde para os seus profissionais das UCP e HCP por meio de cursos, oficinas pedagógicas, supervisão e treinamento, com temas relevantes para equipe multidisciplinar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 2º)

Seção II

Da Regulação do Acesso

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 162. Para internação em UCP e HCP, o usuário poderá ser procedente de: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 14)

I - unidades de saúde hospitalares e ambulatoriais diversas; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 14, I)

II - unidades ambulatoriais de reabilitação; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 14, II)

III - atenção básica, incluindo-se a atenção domiciliar, desde que preencha os critérios de elegibilidade para essa tipologia de cuidado estabelecidos por meio de protocolos de acesso regulado. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 14, III)

Art. 163. A internação do usuário em UCP e HCP seguirá as definições estabelecidas pelo gestor local de saúde, observado o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15)

I - a internação será solicitada por uma das unidades de origem descritas no art. 162 à Central de Regulação, ficando a unidade de origem responsável pelo usuário até o desfecho da solicitação, mesmo em caso de regime de atenção domiciliar; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15, I)

II - a Central de Regulação fará a busca da vaga, considerando-se as informações clínicas e de vulnerabilidades do usuário; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15, II)

III - obtida a vaga, a Central de Regulação comunicará à unidade de origem a UCP ou HCP para o qual o usuário deverá ser encaminhado; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15, III)

IV - a Central de Regulação e a unidade de origem indicarão o meio de transporte mais adequado para a transferência do usuário. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15, IV)

Seção III

Da Elegibilidade do Usuário aos Cuidados Prolongados na Rede de Atenção à Saúde

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 164. Poderá ser admitido em UCP e HCP o usuário em situação clínica estável cujo quadro clínico apresente uma das seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16)

I - recuperação de um processo agudo e/ou recorrência de um processo crônico; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, I)

II - necessidade de cuidados prolongados para reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de um processo clínico, cirúrgico ou traumatológico; ou (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, II)

III - dependência funcional permanente ou provisória física, motora ou neurológica parcial ou total. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, III)

§ 1º Além de apresentar pelo menos uma das características descritas no "caput", o usuário elegível para ser admitido em UCP e HCP deverá se enquadrar em pelo menos uma das seguintes situações clínicas: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º)

I - usuários em suporte respiratório, como ventilação mecânica não invasiva, oxigenoterapia ou higiene brônquica; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, I)

II - usuários submetidos a antibioticoterapia venosa prolongada, terapia com antifúngicos, dietoterapia enteral ou nasogástrica, portadores de outras sondas e drenos; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, II)

III - usuários submetidos aos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos que se encontrem em recuperação e necessitem de acompanhamento multidisciplinar, cuidados assistenciais e reabilitação físico-funcional; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, III)

IV - usuários em reabilitação motora por Acidente Vascular Cerebral (AVC), neuropatias, Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Hematoma Sub-Aracnóide Traumático (HSAT), Hematoma Sub-aracnóide Espontâneo (HSAE) e Traumatismo Raquimedular (TRM); (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, IV)

V - usuários traqueostomizados em fase de decanulação; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, V)

VI - usuários que necessitem de curativos em úlceras por pressão grau III e IV; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, VI)

VII - usuários sem outras intercorrências clínicas após procedimento de laparostomia; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, VII)

VIII - usuários com incapacidade transitória de deambulação ou mobilidade; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, VIII)

IX - usuários com disfagia grave aguardando gastrostomia; ou (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, IX)

X - usuários, em fase terminal, desde que com agravamento do quadro, quando não necessitem de terapia intensiva. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, X)

§ 2º Quando houver retaguarda de atenção domiciliar no território, deverá ser realizada avaliação prévia e sistemática quanto à elegibilidade do usuário, garantindo-se a desospitalização em tempo oportuno. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 2º)

Art. 165. São inelegíveis à internação em UCP e HCP os seguintes usuários: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 17)

I - com episódio de doença em fase aguda ou crítica, em quadro clinicamente instável; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 17, I)

II - cujo objetivo da internação seja apenas a avaliação diagnóstica; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 17, II)

III - que necessitem de cuidados que possam ser prestados em domicílio e acompanhados pelas equipes de atenção básica, inclusive atenção domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 17, III)

CAPÍTULO III

DA ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO III)

Art. 166. A alta hospitalar responsável visa preparar o usuário para o retorno ao domicílio com qualidade e segurança para continuidade dos cuidados, promoção da sua autonomia e reintegração familiar e social. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 18)

Parágrafo Único. A avaliação global do usuário para a alta hospitalar responsável será realizada pela equipe multidisciplinar horizontal com vistas a identificar as estratégias mais adequadas e os respectivos riscos potenciais, considerados os aspectos físicos, psicossociais e econômicos, além do ambiente familiar do usuário.(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 18, Parágrafo Único)

Art. 167. São objetivos da alta hospitalar responsável: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19)

I - promover a continuidade do cuidado em regime de atenção domiciliar e/ou ambulatorial; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, I)

II - buscar a melhor alternativa assistencial para o usuário após a alta, garantindo-se a troca de informações, orientações e avaliação sistemática com o ponto de atenção que irá receber o usuário; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, II)

III - dispor das orientações adequadas ao usuário, cuidador e família por meio de relatório sobre a sua condição clínica e psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, III)

IV - otimizar o tempo de permanência do usuário internado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, IV)

V - prevenir o risco de readmissões hospitalares; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, V)

VI - avaliar as necessidades singulares do usuário; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, VI)

VII - prevenir o risco de infecção hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, VII)

CAPÍTULO IV

DOS PARÂMETROS PARA O CÁLCULO DE LEITOS

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO IV)

Art. 168. O cálculo para estabelecer a necessidade de leitos de Cuidados Prolongados será feito de forma regional, de acordo com os seguintes parâmetros: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20)

I - a necessidade de leitos hospitalares gerais é de 2,5 (dois inteiros e cinco décimos) leitos gerais para cada 1.000 (mil) habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, I)

II - os leitos de Cuidados Prolongados corresponderão a 5,62% (cinco inteiros e sessenta e dois décimos por cento) da necessidade total de leitos hospitalares gerais, percentual que deverá ser distribuído da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, II)

a) 60% (sessenta por cento) para internações em UCP e HCP; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, II, a)

b) 40% (quarenta por cento) para cuidados em Atenção Domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, II, b)

§ 1º Em caso de inexistência de Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP), a Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGHOSP/DAHU/SAS/MS) poderá considerar percentual diferenciado de déficit de leitos para internação em UCP ou HCP. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, § 1º)

§ 2º Para os fins do disposto no art. 168, § 1º , o Secretário de Atenção à Saúde editará, para cada caso analisado, ato específico que indique, para a respectiva entidade, qual o percentual diferenciado de déficit de leitos considerado para fins de internação em UCP ou HCP. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, § 2º)

CAPÍTULO V

DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO VI)

Art. 169. O monitoramento consiste na verificação do cumprimento, por UCP e HCP, dos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37)

I - elaboração e/ou adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, I)

II - manutenção de equipe multiprofissional e de suporte para especialidades, conforme descrito neste Título; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, II)

III - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, III)

IV - implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, IV)

V - articulação com a Atenção Básica, inclusive Atenção Domiciliar, de sua Região de Saúde e/ou Município; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, V)

VI - realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, VI)

VII - desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde para as equipes multidisciplinares, por iniciativa das instituições hospitalares em parceria com gestores de saúde locais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, VII)

VIII - disponibilização de ofertas de educação em saúde e autocuidado para os usuários, familiares e cuidadores; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, VIII)

IX - regulação integral dos leitos pelas Centrais de Regulação, de acordo com a Política Nacional de Regulação do SUS e mediante pactuação local; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, IX)

X - taxa média de ocupação de no mínimo 85% (oitenta e cinco por cento); e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, X)

XI - desenvolvimento de ferramentas que auxiliem a clínica ampliada e a gestão da clínica, a exemplo do matriciamento, do Plano Terapêutico, do prontuário clínico unificado e dos protocolos clínicos. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, XI)

§ 1º As UCP e HCP serão monitoradas pelos Grupos Condutores Estaduais da RUE, os quais ficarão responsáveis por: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 1º)

I - avaliar o cumprimento dos requisitos previstos neste Título e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 1º, I)

II - enviar à CGHOSP/DAHU/SAS/MS, no prazo de trinta dias contado da conclusão da avaliação, relatório circunstaciado do que foi constatado nos trabalhos de monitoramento. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 1º, II)

§ 2º O monitoramento a que se refere o art. 169, § 1º será realizado com periodicidade máxima de 1 (um) ano, a partir do início do repasse de recursos previsto neste Título. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 2º)

§ 3º Sem prejuízo do disposto no § 1º deste artigo, as UCP e os HCP serão monitorados, em caráter complementar, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 3º)

I - visitas in loco pelas Secretarias de Saúde municipais, estaduais ou do Distrito Federal, bem como pelo Ministério da Saúde, quando necessárias; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 3º, I)

II - atuação, quando couber, do Sistema Nacional de Auditoria (SNA); e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 3º, II)

III - avaliação do impacto epidemiológico e resolutividade da estratégia por meio de indicadores quanti-qualitativos. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 3º, III)

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO VII)

Art. 170. Ficam incluídas no SCNES as seguintes habilitações: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 39)

I - Código 09.08 - Unidade de Internação em Cuidados Prolongados (UCP); e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 39, I)

II - Código 09.09 - Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP). (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 39, II)

Art. 171. Os leitos de longa permanência estabelecidos na Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, passam a ser denominados leitos de cuidados prolongados, pertencentes ao Componente Hospitalar da RUE. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 40)

Parágrafo Único. Os leitos de que trata este artigo serão organizados em UCP ou HCP, de acordo com o estabelecido neste Título. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 40, Parágrafo Único)

Art. 172. O Ministério da Saúde disponibilizará, no prazo de quarenta dias após a data de publicação da Portaria nº 2809/GM/MS, de 07 de dezembro de 2012, Manual com Diretrizes para Organização dos Cuidados Prolongados no âmbito do SUS, que servirá de apoio à implementação desses serviços. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 41)

Art. 173. Os estabelecimentos hospitalares que contiverem UCP e HCP serão habilitados em Serviços de Assistência em Alta Complexidade em Terapia Nutricional e Enteral/Parenteral, quando prestarem tais serviços. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 42)

Art. 174. O art. 11 da Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, passa a vigorar acrescido do seguinte § 3º: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 45)

LIVRO III

DA OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

(Origem: PRT MS/GM 1600/2011, CAPÍTULO III)

Art. 175. A operacionalização da Rede de Atenção às Urgências dar-se-á pela execução de 5 (cinco) fases: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13)

I - Fase de Adesão e Diagnóstico: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I)

a) apresentação da Rede de Atenção às Urgências nos Estados e no Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, a)

b) realização de diagnóstico e aprovação da região inicial de implementação da Rede de Atenção às Urgências na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nos Estados e no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF); e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, b)

c) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, c)

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, c, 1)

2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, c, 2)

3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, c, 3)

4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, c, 4)

II - Fase do Desenho Regional da Rede: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, II)

a) realização de análise da situação dos serviços de atendimento às urgências, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda das urgências, dimensionamento da oferta dos serviços de urgência existentes e análise da situação da regulação, da avaliação, do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte para as urgências, da auditoria e do controle externo, pela Comissão Intergestores Regional (CIR) e pelo CGSES/DF, com o apoio da Secretaria de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, II, a)

b) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, com detalhamento técnico de cada componente da Rede, contemplando o desenho da Rede Atenção às Urgências, metas a serem cumpridas, cronograma de implantação, mecanismos de regulação, monitoramento e avaliação, o estabelecimento de responsabilidades e o aporte de recursos pela União, Estado, Distrito Federal e Municípios envolvidos; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, II, b)

c) aprovação do Plano de Ação Regional na CIR, no CGSES/DF e na CIB; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, II, c)

d) elaboração dos Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes da CIR, em consonância com o Plano de Ação Regional. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, II, d)

III - Fase da Contratualização dos Pontos de Atenção: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, III)

a) contratualização pela União, pelo Estados, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência, observadas as responsabilidades definidas para cada Componente da Rede de Atenção às Urgências no desenho regional; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, III, a)

b) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe a CIR, com apoio institucional da SES. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, III, b)

IV - Fase da Qualificação dos Componentes: a qualificação dos Componentes da Rede de Atenção às Urgências será definida na portaria específica de cada um dos Componentes, onde constarão as responsabilidades que deverão ser cumpridas e as ações que serão desenvolvidas; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, IV)

V - Fase da Certificação: a certificação será concedida pelo Ministério da Saúde aos gestores do SUS, após a etapa de qualificação dos Componentes da Rede de Atenção às Urgências, com avaliação periódica. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, V)

§ 1º O Grupo Condutor da Rede de Atenção às Urgências no Distrito Federal será composto pela Secretaria de Saúde e pela CG-SES/DF, com apoio institucional do Ministério da Saúde, e terá as mesmas atribuições do Grupo Condutor Estadual, descritas no art. 175, I, alínea c. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, § 1º)

§ 2º O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da Rede de Urgência e Emergência, assim como para o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede pelo Grupo Condutor Estadual e pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, § 2º)

§ 3º A contratualização dos Pontos de Atenção é o meio pelo qual o gestor, seja ele o Município, o Estado, o Distrito Federal ou a União, estabelece metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com o(s) ponto(s) de atenção à saúde da Rede de Atenção às Urgências sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, § 3º)

LIVRO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 1600/2011, CAPÍTULO IV)

Art. 176. Os Comitês Gestores de Atenção às Urgências já existentes deverão ser mantidos e deverão ser apresentadas propostas de estruturação e funcionamento de novos Comitês nos âmbitos Estadual, Regional e Municipal nos locais onde ainda não existem. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14)

§ 1º As Secretarias Municipais de Saúde deverão constituir e coordenar Comitês Gestores Municipais da Rede de Atenção às Urgências, garantindo a adequada articulação entre os entes gestores e os executores das ações e as Secretarias Estaduais de Saúde deverão constituir e coordenar os Comitês Gestores Estaduais e os Comitês Gestores Regionais do Sistema de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 1º)

§ 2º Os Comitês Gestores da Rede de Atenção às Urgências representarão o espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias à permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências, em suas instâncias de representação institucional que permitirão que os atores envolvidos na estruturação da atenção às urgências possam discutir, avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias, subordinadas às estruturas de pactuação do SUS nos seus vários níveis. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 2º)

§ 3º Nos Comitês Gestores Estaduais da Rede de Atenção às Urgências, os indicadores deverão ser analisados segundo critérios de regionalização, buscando-se construir um quadro descritivo completo da atenção estadual às urgências, apontando aspectos positivos, dificuldades, limites e necessidades a serem enfrentadas no contexto da macro e micro regulação (regional e local). (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 3º)

§ 4º O relatório da situação da atenção estadual às urgências elaborado nos termos do art. 176, § 3º será remetido à Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGUE/DAHU/SAS/MS), onde comporá a base nacional de dados relativa à atenção às urgências. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 4º)

§ 5º Fica recomendado que os Comitês Gestores Estaduais da Rede de Atenção às Urgências sejam compostos pelo Coordenador Estadual do Sistema de Atenção às Urgências, pelo COSEMS, representado por Coordenadores Municipais de Atenção às Urgências, pela Defesa Civil Estadual, representantes do Corpo de Bombeiros, da Secretaria Estadual de Segurança Pública e da Polícia Rodoviária e do Conselho Estadual de Saúde, das empresas concessionárias de rodovias, com sugestão de estudar a necessidade ou oportunidade de se incorporarem a eles representantes das Forças Armadas Brasileiras. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 5º)

§ 6º Fica recomendado que os Comitês Gestores das Redes Regionais de Atenção às Urgências, sob coordenação estadual e com fluxo operacional compatível e de acordo com a realidade regional, tenham a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º)

I - Coordenador Regional da Rede de Atenção às Urgências ou outro representante da SES que assuma tal função; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, I)

II - Coordenadores Municipais da Atenção às Urgências; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, II)

III - representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências); (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, III)

IV - representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, onde essas corporações atuem na atenção às urgências; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, IV)

V - representante da Defesa Civil; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, V)

VI - representante dos gestores municipais e estadual da área de trânsito e transportes; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, VI)

VII - conforme a necessidade justificar, representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, VII)

§ 7º Fica recomendado que os Comitês Gestores das Redes Municipais de Atenção às Urgências tenham a seguinte composição mínima: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º)

I - Coordenador Municipal da Rede de Atenção às Urgências; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, I)

II - representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências); (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, II)

III - representante do Conselho Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, III)

IV - representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, Guarda Municipal, onde essas corporações atuem na atenção às urgências; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, IV)

V - representante da Defesa Civil Municipal; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, V)

VI - representante do gestor municipal da área de trânsito; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, VI)

VII - conforme a necessidade justificar, representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, VIII)

Art. 177. Não serão cadastradas UTI do tipo II ou III ou incluídos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, que não comprovem, em seus processos de cadastramento, a criação e funcionamento de suas respectivas Comissões Intra-hospitalares de Transplantes.(Origem: PRT MS/GM 905/2000, Art. 2º)

Parágrafo Único. A comprovação de que trata este artigo se dará pelo envio dos atos de instituição da Comissão, devidamente chancelados pelo responsável pela CNCDO à qual o hospital esteja vinculado, anexos ao processo de cadastramento. (Origem: PRT MS/GM 905/2000, Art. 2º, § 1º)

Art. 178. Não serão cadastradas hospitais para realização de transplantes das classes I, II ou III que não comprovem, em seus processos de cadastramento, a criação e funcionamento de suas respectivas Comissões Intra-hospitalares de Transplantes. (Origem: PRT MS/GM 905/2000, Art. 4º)

Art. 179. Todos os órgãos captados e retirados deverão ser destinados à respectiva Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, que os distribuirá obedecendo às listas únicas de receptores e a legislação em vigor. (Origem: PRT MS/GM 905/2000, Art. 5º)

Anexo 1 do Anexo III

LISTA DOS PROCEDIMENTOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Anexo 1)

Lista dos Procedimentos de Internação Hospitalar de Emergência

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
31000002	Cirurgia múltipla
31002056	Incisão e drenagem de abscesso prostático
31003044	Extração de corpo estranho na uretra com cistoscopia
31003060	Incisão e drenagem de abscesso da bolsa escrotal
31004040	Incisão e drenagem de abscesso da glândula de Cowper
31005012	Lombotomia
31005047	Incisão e drenagem de abscesso periuretral
31006019	Nefrectomia parcial
31006043	Incisão e drenagem de fleimão urinoso
31006086	Incisão e drenagem de abscesso do epidídimo
31007015	Nefrectomia total
31008011	Nefrolitotomia
31009034	Cistorrafia
31010016	Nefrorrafia
31010075	Tratamento cirúrgico da torção do testículo ou do cordão espermático
31011101	Tratamento cirúrgico do priaprismo
31014011	Pieloplastia
31015018	Pielostomia
31015034	Extração de corpo estranho da bexiga
31017045	Uretrorrafia
31020011	Drenagem de abscesso renal ou peri-renal
31023010	Nefrostomia percutânea
32002017	Cardiorrafia
32004010	Cardiotomia e pericardiotomia
32004044	Tratamento cirúrgico do aneurisma da aorta abdominal
32005016	Introdução de eletrodo temporário de marca passo
32005040	Tratamento cirúrgico do aneurisma da aorta torácica com circulação extracorpórea ou circulação assistida
32006047	Tratamento cirúrgico do aneurisma periférico arterial ou venoso
32007043	Tratamento cirúrgico do aneurisma da aorta toráco abdominal com circulação extra corpórea pu coirculação assistida
32008040	Tromboembolectomia de extremidades
32009046	Trombectomia ou embolectomia arterial de extremidade
32011040	Arteriorrafia
32012047	Arteriotomia exploradora de extremidades
32016042	Bypass ou endarterecomia da carótida ou vertebral
32017049	Bypass ou endarterecomia da carótida ou aorto ilíaca
32018045	Bypass ou endarterecomia de ramos supra aórticos por acesso cervical ou torácico
32019041	Bypass ou endarterecomia femoro poplíteia
32020040	Bypass ou endarterectomia renal
32030045	Trombectomia venosa
32031025	Ventriculosseptoplastia (pós infarto do miocárdio)
32031041	Ligadura das artérias ilíacas
32032048	Interrupção da veia cava ou filtro da veia cava
32033044	Ligadura de ramos da aorta abdominal
32034040	Tratamento cirúrgico da fístula artério-venosa congênita ou adquirida
32035047	Ligadura das veias esfagianas
32038046	Ligadura das veias cárdio-tuberositárias
32039042	Plastia das artérias
32040040	Ressecção do arco aórtico com enxerto
32041047	Ressecção da coarctação da aorta com ou sem enxerto
32049048	Ligadura de carótida interna e externa
32050046	Enxertos arteriais
32055048	By pass ou endarterectomia de artérias viscerais
32057040	Instalação de cateter venoso de média permanência totalmente implantável
33002118	Drenagem de abscesso subfrénico
33003033	Incisão e drenagem de abscesso língual e sublíngual
33003041	Esofagectomia
33003092	Pancreatotomia para drenagem
33003106	Esplenectomia
33003114	Herniorrafia com ressecção intestinal (estrangulada
33004099	Pancreatectomia parcial
33004110	Herniorrafia sem ressecção intestinal (estrangulada)
33005036	Glossorrafia
33005044	Esofagogastrectomia
33005060	Apendicectomia
33006059	Gastrorrafia
33006067	Colectomia parcial (hemicolectomia)
33007047	Esofagorrafia cervical
33007055	Gastroenteroanastomose
33007063	Colectomia total
33007110	Herniorrafia diafragmática (via torácica)
33008043	Esofagorrafia torácica
33008060	Enteroanastomose (qualquer segmento)
33008078	Incisão e drenagem de abscesso anal
33010021	Incisão e drenagem de abscesso da parótida
33010064	Enterorrafia (qualquer segmento)
33010080	Hepatectomia parcial
33010087	Hepatotomia e drenagem de abscesso ou cisto
33012083	Hepatorrafia
33013071	Tratamento cirúrgico da imperfuração membranosa do ânus
33014043	Esofagostomia
33014060	Tratamento cirúrgico da má rotação intestinal
33014078	Tratamento cirúrgico do prolapso anal mucoso
33014116	Herniorrafia recidivante
33015066	Jejunostomia
33016046	Tratamento cirúrgico de varizes esofagianas
33016119	Laparotomia exploradora
33021066	Enterectomia
33022119	Ressutura da parede abdominal (por deiscência total ou evisceração)
33023069	Colostomia
33023077	Incisão e drenagem de abscesso isquiorretal
33025061	Redução cirúrgica de volvo por laparotomia
33026076	Retirada de fecaloma
33027064	Ileostomias
33027072	Tratamento cirúrgico da trombose hemorroidária externa
33028079	Tratamento cirúrgico do íleo meconial
33028117	Laparotomia videolaparoscópica para drenagem para drenagem e/ou biópsia
33029075	Tratamento cirúrgico da peritonite meconial
33029113	Drenagem de hematoma ou abscesso retro retal
33030111	Drenagem de hematoma ou abscesso pre-peritoneal
33032114	Drenagem de abscesso pélvico
33034060	Colorrafia por via abdominal
33040060	Excisão e drenagem de abscesso sub mucoso de reto
33041067	Proctoplastia e proctorrafia por via perineal
33044066	Apendicectomia videolaparoscópica

33044074	Tratamento cirúrgico da atresia congênita ânus retal
33045070	Tratamento cirúrgico de outras anomalias congênitas ânus-retal
34011013	Episioperineorrafia não obstétrica
34020039	Curetagem uterina por mola hidatiforme
35011017	Histerectomia puerperal
35016019	Redução manual inversão uterina aguda pós-parto
35018011	Cerclagem de colo uterino
35019018	Sutura de lacerações do trajeto pélvico
36001066	Sutura de esclera
36002038	Retirada de corpo estranho da câmara anterior do olho
36002054	Retirada de corpo estranho intravítreo
36003018	Sutura de conjuntiva
36010090	Drenagem de abscesso palpebral
36013099	Sutura de pálpebra
37001019	Antrotomia da mastoide (drenagem de otite no lactente)
37001035	Incisão e drenagem de abscesso periamigdaliano
37003054	Retirada de corpo estranho na intimidade dos ossos da face
37006037	Drenagem de abscesso faríngeo
37006053	Redução cirúrgica do afundamento do malar, sem fixação
37007050	Redução cirúrgica do afundamento do malar, com fixação
37011057	Redução cirúrgica da fratura dos ossos próprios do nariz
37012045	Laringorrafia
37014056	Redução incruenta do afundamento da apófise zigomática
37015052	Redução incruenta do maxilar
37016059	Redução incruenta da luxação temporo-mandibular
37025058	Tratamento conservador da fratura dos ossos da face
37026054	Tratamento conservador da fratura dos ossos próprios do nariz
38001144	Pequeno queimado
38003147	Médio queimado
38007142	Grande queimado
38008017	Excisão e drenagem de tumor (abscesso e panarício)
38011018	Sutura de ferida com ou sem debridamento
38014017	Incisão e drenagem de fleimão
38018012	Debridamento da fasceite neocrotizante
38025019	Perda de substância cutânea - lesões extensas planos superficial
38027011	Escalpo parcial
38028018	Escalpo total
39000001	Politraumatizado
39001032	Redução cirúrgica da fratura da costela
39001083	Amputação de antebraço
39001105	Amputação ao nível dos metacarpianos
39001164	Amputação ao nível do tornozelo
39001202	Retirada de corpo estranho intra-articular
39001229	Tração continua trans-esquelética
39002039	Redução cirúrgica da fratura do esterno
39002209	Retirada de corpo estranho intra muscular
39003108	Amputação do dedo (cada)
39003159	Amputação da perna
39003205	Retirada de corpo estranho intra- ósseo
39003256	Tratamento conservador da fratura do pé com bota gessada com ou sem salto
39004031	Tratamento conservador de fratura da costela
39004040	Tratamento cirúrgico da avulsão do supra espinhoso
39005038	Tratamento conservador de fratura do esterno
39005054	Desarticulação da articulação escápulo umeral
39005062	Amputação ao nível do braço
39006042	Redução cirúrgica da fratura da clavícula
39006123	Desarticulação da articulação coxo femural
39006140	Desarticulação da articulação do joelho
39006182	Drenagem de abscesso do psoas
39007049	Redução cirúrgica da fratura do colo e cavidade glenoide do omoplata
39007081	Ressecção da cabeça do rádio
39007090	Ressecção do(s) osso(s) do carpo
39007138	Tratamento cirúrgico do deslocamento epifisiário extremidade superior do femur
39008045	Redução cirúrgica da luxação acrômio clavicular
39008096	Redução cirúrgica da(s) fratura(s) do(s) osso(s) do carpo
39008142	Patelectomia
39009041	Redução cirúrgica da luxação esterno clavicular
39009050	Redução incruenta da luxação traumática da articulação escápulo-umeral
39009068	Redução cirúrgica da fratura da diáfase do úmero
39009084	Redução cirúrgica do deslocamento epifisiário dos ossos do antebraço
39009092	Redução cirúrgica da luxação do(s) osso(s) do carpo
39009114	Redução cirúrgica da fratura ao nível da pelve, com fixação
39009122	Redução cirúrgica da luxação coxo femural
39009130	Redução cirúrgica da fratura da diáfise do femur
39010058	Luxação traumática escápulo umeral (cruenta)
39010120	Redução cirúrgica da luxação coxo femoral (congênita)
39011054	Tratamento conservador da artrite piogênica escápulo umeral
39011062	Redução cirúrgica da fratura da extremidade superior do úmero com fixação
39011097	Redução incruenta da(s) fratura(s) do osso(s) do punho
39011127	Redução cirúrgica da luxação coxo femural (traumática)
39011135	Redução cirúrgica de fratura da extremidade do fêmur
39011151	Redução cirúrgica da diáfise da tíbia, com fixação
39011160	Redução cirúrgica da fratura do tornozelo, com fixação
39012050	Tratamento cirúrgico da artrite piogênica escapulo umeral
39012093	Redução incruenta da luxação de osso(s) do carpo
39012115	Redução incruenta da disjunção ao nível da pelve
39012123	Redução incruenta da luxação coxo femoral (central)
39013022	Retirada de corpo estranho da coluna
39013049	Redução incruenta da luxação acrômio-clavicular
39013065	Redução cirúrgica da fratura em T ou Y da extremidade inferior
39013073	Redução cirúrgica da fratura dos ossos do cotovelo com fixação
39013081	Redução cirúrgica da fratura dos ossos do antebraço com fixação
39013090	Tratamento conservador da fratura do(s) osso(s) do carpo
39013090	Tratamento conservador da fratura do(s) osso(s) do carpo
39013111	Redução incruenta da fratura ao nível da pelve
39013120	Redução incruenta da luxação congênita coxo femoral com ou sem tração
39013138	Redução cirúrgica da fratura transtrocanteriana
39013146	Redução cirúrgica da fratura do joelho, com fixação
39013162	Redução cirúrgica da fratura - luxação do tornozelo
39013251	Tipo Velpeau (tóraco braquial)
39014045	Redução incruenta da luxação externo-clavicular
39014070	Redução cirúrgica da luxação do cotovelo
39014088	Redução cirúrgica da fratura do cúbito, com fixação
39014126	Redução incruenta da luxação coxo femoral (traumática)
39014142	Redução cirúrgica da luxação do joelho
39014177	Redução cirúrgica da fratura do(s) Redução cirúrgica da fratura do(s) metatarsiano(s) com fixação
39015068	Redução cirúrgica da fratura supra-condiliana do úmero com fixação
39015076	Redução incruenta da luxação do cotovelo
39015122	Tratamento conservador da fratura do acetábulo
39015149	Tratamento cirúrgico da luxação recidivante da rotula
39015157	Tratamento cirúrgico do deslocamento epifisiário (extremidade inferior da tíbia)
39015165	Redução incruenta da fratura do tornozelo
39015173	Redução cirúrgica da fratura do tarso
39015254	Tratamento conservador da fratura da bacia com aparelho pelvi-podálico
39016021	Redução cirúrgica da luxação da coluna
39016048	Tratamento conservador de fratura da clavícula
39016080	Redução cirúrgica da fratura do rádio, com fixação
39016102	Redução cirúrgica da fratura de Bennet
39016110	Tratamento cirúrgico de fratura do sacro
39016145	Tratamento cirúrgico da rotura do ligamento do joelho
39016161	Redução incruenta da fratura luxação do tornozelo
39017044	Tratamento conservador de fratura da escápula
39017079	Tratamento conservador da fratura ao nível do cotovelo
39017087	Redução cirúrgica de fratura luxação de Monteggia
39017095	Tratamento cirúrgico da artrite piogênica do punho
39017117	Tratamento conservador de fratura ao nível da pelve
39017125	Redução cruenta da fratura do acetábulo
39017133	Redução incruenta da extremidade inferior do fêmur
39017141	Tratamento cirúrgico da rotura dos meniscos
39017150	Redução incruenta do deslocamento epifisiário (extremidade inferior da Tíbia)
39017168	Redução incruenta da luxação do tornozelo
39017176	Redução cirúrgica da fratura do(s) pododáctilo(s)
39018024	Redução incruenta da fratura da coluna
39018040	Tratamento conservador da fratura do colo e cavidade glenoide
39018067	Redução incruenta da fratura da extremidade superior do úmero
39018075	Tratamento conservador da artrite piogênica do cotovelo
39018105	Redução cirúrgica de fratura das falanges, com fixação
39018113	Tratamento conservador da fratura ao nível da pelve sem aparelho
39018130	Redução incruenta da fratura e deslocamento epifisário do fêmur
39018148	Redução incruenta da fratura do joelho
39019020	Redução incruenta da luxação da coluna
39019063	Redução incruenta da fratura da diáfise do úmero
39019071	Tratamento cirúrgico da artrite piogênica do cotovelo
39019128	Tratamento conservador da artrite piogênica coxo femoral
39019136	Redução incruenta da fratura da diáfise do fêmur
39019144	Redução incruenta da luxação do joelho
39019152	Redução incruenta da fratura da tíbia
39019160	Tratamento conservador da fratura do tornozelo
39019179	Redução cirúrgica da luxação do(s) metatarsiano(s)
39019250	Pescoço (torcicolo) aparelho gessado
39020029	Tratamento conservador da fratura da coluna, com aparelho
39020061	Redução incruenta da fratura supracondidilianas do úmero
39020100	Redução cirúrgica da fratura dos metacarpianos com fixação
39020126	Tratamento cirúrgico da artrite piogênica coxo femoral
39020134	Redução incruenta da fratura do colo do fêmur
39020142	Tratamento conservador da fratura do joelho
39020169	Tratamento cirúrgico da lesão dos ligamentos do tornozelo
39020177	Redução cirúrgica da luxação do tarso
39021025	Tratamento conservador da fratura da coluna, sem aparelho
39021084	Redução incruenta do deslocamento epifisiário dos ossos do antebraço
39021130	Redução incruenta da fratura transtrocanteriana
39021149	Tratamento conservador da rotura do ligamentos do joelho
39021157	Tratamento conservador da fratura do perônio
39021165	Tratamento conservador da artrite piogênica do tornozelo
39021173	Redução cirúrgica da luxação do(s) pododáctilo(s)
39022021	Tratamento conservador da fratura das apófises transversas e espinhosas
39022080	Redução incruenta das fraturas do cúbito
39022102	Redução cirúrgica da luxação das falanges
39022153	Tratamento conservador da fratura da tíbia
39023060	Tratamento conservador da fratura da díafise do úmero
39023087	Redução incruenta da fratura do rádio
39023109	Redução cirúrgica da luxação dos metacarpianos
39023150	Tratamento conservador da fratura da tíbia e perônio
39024067	Tratamento conservador da fratura da extremidade superior do úmero
39024083	Redução incruenta da fratura dos ossos do antebraço
39024130	Tratamento conservador da fratura da diáfise do fêmur
39025020	Redução incruenta de luxação do cóccix
39025080	Redução incruenta da fratura luxação de Monteggia
39025136	Tratamento conservador da fratura da extremidade inferior do fêmur com aparelho
39025179	Redução incruenta da fratura do(s) metatarsiano(s)
39026086	Tratamento conservador da(s) fratura(s) de um ou dois ossos do antebraço
39026108	Redução incruenta da fratura de Bennet
39026132	Tratamento conservador fratura ao nível da extremidade superior do fêmur com aparelho
39026175	Redução incruenta de fratura do(s) osso(s) do tarso
39027104	Redução incruenta de fratura do(s) metacarpiano(s)
39027139	Tratamento conservador da fratura da extremidade superior do fêmur sem aparelho

39027171	Redução incruenta de fratura do(s) pododactilo(s)
39028100	Redução incruenta da luxação da(s) falange(s)
39028178	Redução incruenta da luxação do(s) metatarsiano(s)
39029107	Redução incruenta da luxação do(s) metacarpiano(s)
39029131	Tratamento conservador da avulsão do grande trocanter
39029174	Redução incruenta da luxação do(s) osso(s) do tarso
39030130	Tratamento cirúrgico da avulsão do grande trocanter
39030172	Redução incruenta da luxação do(s) pododactilo(s)
39031101	Tratamento conservador da fratura da(s) falange(s)
39031136	Tratamento conservador da avulsão do pequeno trocanter
39031179	Tratamento conservador da fratura do(s) metatarsiano(s)
39032108	Tratamento conservador da fratura do(s) metacarpiano (s)
39032132	Tratamento cirúrgico do deslocamento da epífise femoral superior (epifisiólise)
39032175	Tratamento conservador da fratura do(s) osso(s) do pé
39033104	Tratamento conservador da osteomielite aguda dos ossos da mão
39033171	Tratamento conservador da fratura do(s) pododactilo(s)
39033171	Tratamento conservador da fratura do(s) pododactilo(s)
39034100	Redução incruenta da fratura da(s) falange(s)
39038173	Tratamento conservador da fratura do astrágalo
39039170	Tratamento conservador da fratura do calcâneo
40003035	Laminectomia descompressiva
40004015	Craniotomia descompressiva
40004031	Laminectomia para abscesso extradural
40006034	Laminectomia para lesão traumática meningo-medular
40007014	Craniotomia para remoção de corpo estranho intracraniano
40008045	Neurorrafia múltipla
40009017	Craniotomia para abscesso cerebral
40009041	Neurorrafia única
40013049	Microcirurgia de nervos periféricos
40038017	Tratamento cirúrgico do hematoma subdural
40039013	Tratamento cirúrgico do hematoma extradural
40040011	Tratamento cirúrgico do hematoma intracerebral
40046010	Tratamento cirúrgico da fratura da abóbada craniana sem lesão encefálica
40047016	Trépano punção e drenagem de abscesso cerebral
40055019	Tratamento cirúrgico do afundamento do seio frontal
40060012	Trepanação craniana para propedêutica neurocirúrgica
42001056	Mediastinotomia para drenagem
42002036	Traqueoscopia e retirada de corpo estranho
42002052	Mediastinotomia exploradora trans-external
42003075	Incisão e drenagem de abscesso da mama
42004039	Traqueotomia (inclusive curativos)
42006015	Pneumotomia com ressecção costal para drenagem cavitária de abscesso pulmonar
42006066	Toracoplastia (qualquer técnica)
42007011	Pneumotomia com retirada de corpo estranho
42007062	Toracotomia exploradora
42008069	Toracotomia com drenagem fechada
42013011	Sutura pulmonar com pleurodese
44001053	Redução incruenta da fratura unilateral da mandíbula
44002050	Redução incruenta da fratura bilateral da mandíbula
44003056	Redução cruenta da fratura unilateral da mandíbula
44004044	Excisão e sutura de lesão da boca
44004052	Redução cruenta da fratura bilateral da mandíbula
44005059	Redução cruenta da fratura cominutiva da mandíbula
44007051	Redução incruenta da fratura do maxilar superior - Le Fort II
44008058	Redução incruenta da fratura do maxilar superior - Le Fort III
44009054	Redução cruenta da fratura do maxilar superior Le Fort III, com aparelho de contenção
44010052	Redução cruenta da fratura do maxilar superior - Le Fort III
44011040	Incisão e drenagem de abscesso da boca
44011059	Redução incruenta da fratura do malar com aparelho de contenção
44012055	Redução cruenta fratura do malar com aparelho de contenção
44013051	Redução incruenta da(s) fratura(s) alvéolo dentária(s) unilateral
44014058	Redução incruenta da(s) fratura(s) alvéolo dentária(s) bilateral
44015054	Redução cruenta da(s) fratura(s) alvéolo dentária(s)
69000018	Infecção do aparelho genital durante gravidez
69000026	Mastite
69000034	Infecção da parede abdominal pós-cesariana
69000042	Peritonite pós-cesariana
69000085	Hiperemese gravídica (forma grave)
69000123	Rotura prematura da membranas
69000131	Gravidez molar sem parto
71300015	Prematuridade
71300023	Tocotraumatismos
71300031	Anoxia perinatal grave
71300040	Doença hemorrágica do recém nascido
71300058	Síndrome da A. P. I do Recém Nascido (membrana hialina)
71300066	Pneumopatias agudas
71300074	Doenças hemolíticas perinatais.
71300082	Ictéricias neonatais
71300090	Infecções perinatais
71300112	Outras afecções do recém - nascido
72300019	Desidratação aguda (pediatria)
72500018	Desidratação aguda (clínica médica)
73300055	Síndrome disabsortiva (pediatria)
73300063	Mucoviscidose (pediatria)
73500038	Síndrome disabsortiva (clínica médica)
74300016	Cólera (pediatria)
74300024	Febre tifóide e outras salmoneloses (pediatria)
74300067	Gangrena gasosa (pediatria)
74300075	Peste (pediatria)
74300075	Peste (pediatria)
74300083	Brucelose (pediatria)
74000091	Listeriose (pediatria)
74300105	Difteria (pediatria)
74300113	Meningite purulenta (pediatria)
74300121	Tétano (pediatria)
74300130	Coqueluche (pediatria)
74300180	Bouba (pediatria)
74300199	Leptospirose (pediatria)
74300229	Estreptococcias (pediatria)
74300237	Estafilococcias (pediatria)
74300245	Infecção por bacilo piociânico (pediatria)
74300253	Infecções meningocócicas (pediatria)
74300270	Entero infecções (pediatria)
74300288	Intoxicação alimentar (pediatria)
74300296	Meningoencefalite a vírus (pediatria)
74300318	Sarampo (pediatria)
74300326	Caxumba (pediatria)
74300334	Mononucleose (pediatria)
74300342	Febre amarela (pediatria)
74300350	Hepatite infecciosa (pediatria)
74300369	Raiva (pediatria)
74300440	Dengue (pediatria)
74500015	Cólera (clínica médica)
74500023	Febre tifóide e outras salmoneloses (clínica médica)
74500066	Gangrena gasosa (clínica médica)
74500074	Peste (clínica médica)
74500082	Brucelose (clínica médica)
74500090	Listeriose (clínica médica)
74500104	Difteria (clínica médica)
74500112	Tétano (clínica médica)
74500163	Bouba (clínica médica)
74500171	Leptospirose (clínica médica)
74500201	Estreptocóccias (clínica médica)
74500210	Estafilococcias (clínica médica)
74500228	Infecção por bacilo piociânico (clínica médica)
74500236	Doença meningocócica (clínica médica)
74500244	Septicemia (clínica médica)
74500252	Entero infecções (clínica médica)
74500260	Intoxicação alimentar (clínica médica)
74500279	Meningoencefalite bacteriana (clínica médica)
74500287	Meningoencefalite viral (clínica médica)
74500317	Febre amarela (clínica médica)
74500325	Hepatite infecciosa (clínica médica)
74500333	Raiva (clínica médica)
74500376	Esquistossomose (clínica médica)
74500414	Meningite por fungos e outras
74500430	Hanseníase (clínica médica)
74500457	Dengue (clínica médica)
75300028	Afecções esofagianas
75300036	Abscesso hepático
75300052	Gastrite e duodenite
75300060	Obstrução intestinal
75300079	Íleo paralítico
75300087	Colite ulcerativa ou cólon irritável
75300095	Peritonite
75300109	Abscesso intestinal
75300117	Linfadenite aguda mesentérica
75300125	Colecistite aguda
75300133	Pancreatite
75300141	Megacolon
75300150	Diverticulite
75300176	Hemorragias digestivas
75500019	Afecções esofagianas
75500027	Úlcera péptica
75500035	Gastrite e duodenite
75500094	Obstrução intestinal
75500124	Hemorragias digestivas
75500132	Peritonite
75500159	Linfadenite aguda mesentérica
75500175	Atrofia amarela aguda do fígado
75500183	Hepatite aguda ou subaguda não infecciosa
75500191	Insuficiência hepática aguda
75500230	Colangite
75500248	Abscesso hepático
75500256	Coma hepático
75500272	Colecistite aguda
75500299	Afecções pancreáticas
76300021	Laringotraqueobronquite
76300030	Abscesso retrofarinfeo ou periamigdaliano
76300056	Bronquiolite aguda
76300064	Pneumonia estafilocóccica
76300072	Outras pneumonias
76300080	Broncopneumonias
76300110	Pneumotórax
76300129	Abscesso pulmonar
76300153	Broncoquiectasia
76300161	Hemorragias das vias respiratórias
76300170	Sarcoidose
76300188	Insuficiência respiratória aguda
76400077	Pneumonia do lactente
76400085	Broncopneumonia em lactente
76400271	Entero infecções em lactente
76500012	Laringotraqueobronquite
76500020	Abscesso retrofarigeo ou periamigdaliano
76500039	Pneumonia a vírus
76500047	Pneumonia bacteriana
76500055	Pneumonia estafilocóccica
76500063	Pneumonia não especificada
76500071	Broncopneumonia
76500110	Cor pulmonale descompensado
76500136	Pneumotórax
76500144	Abscesso pulmonar
76500179	Micoses pulmonares
76500187	Bronquiectasia
76500195	Hemorragias das vias respiratórias
76500217	Sarcoidose
76500241	Mucoviscidose
77300017	Doença reumática com comprometimento cardíaco
77300025	Miocardite
77300033	Endocardite bacteriana aguda e sub aguda
77300041	Pericardite aguda
77300050	Insuficiência cardíaca
77300068	Crise hipertensiva
77300076	Encefalopatia hipertensiva
77300084	Hipertensão maligna
77300106	Aneurisma arterial complicado
77300114	Vasculopatia periférica
77300122	Embolias ou enfartes pulmonares

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300224

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

77300130	Cardiopatia congênita com insuficiência cardíaca
77300149	Edema agudo de pulmão
77300165	Outras vasculopatias
77500016	Doença reumática com comprometimento cardíaco
77500024	Infarto agudo do miocárdio
77500032	Insuficiência coronariana aguda
77500067	Endocardite bacteriana aguda e subaguda
77500083	Periocardite aguda
77500091	Hemopericárdio
77500105	Aneurisma arterial complicado
77500113	Insuficiência cardíaca
77500121	Crise hipertensiva
77500130	Hipertensão maligna
77500148	Cardiopatia congênita com insuficiência cardíaca
77500156	Embolias ou enfartes pulmonares
77500164	Edema agudo de pulmão
77500199	Choque por cardiovasculopatia
77500202	Vasculopatia periférica
77500229	Miocardite
77500237	Tromboflebites profundas
80300014	Síndrome nefrótica
80300022	Síndrome nefrítica
80300057	Insuficiência renal aguda
80300065	Hipertensão nefrógena e renovascular
80300073	Pielonefrite
80300081	Nefropatias intersticiais
80300090	Abscesso renal
80300103	Retenção e obstrução urinária
80300111	Cólica nefrética
80300120	Nefropatias metabólicas
80300138	Nefropatias congênitas doenças císticas
80300146	Hidronefrose e pionefrose
80300154	Insuficiência renal crônica acidose metabólica
80300189	Desequilíbrio por diálise
80500013	Síndrome nefrótica
80500021	Síndrome nefrítica
80500030	Giomerulonefrite crônica agudizada
80500056	Insuficiência renal aguda
80500064	Hipertensão neofrógena e renovascular
80500072	Pielonefrite
80500080	Nefropatias intersticiais
80500099	Abscesso renal
80500102	Retenção e obstrução urinária
80500110	Cólica nefrética
80500129	Nefropatias metabólicas
80500137	Nefropatias congênitas doenças císticas
80500145	Hidronetrose e pionefrose
80500161	Anexite aguda
80500170	Insuficiência renal crônica acidose metabólica

80500200	Desequilíbrio pós diálise
80500218	Outras afecções do aparelho gênito urinário
81300026	Hematoma subdural
81300034	Abscesso cerebral
81300042	Epilepsias
81300050	Coréia aguda
81300140	Processos toxi infecciosos do cérebro e da medula
81500025	Hematoma subdural
81500033	Abscesso cerebral
81500076	Epilepsias
81500084	Coréia aguda
81500106	AVC agudo
81500114	Polirradiculite e polineuropatia
81500149	Processos toxi infecciosos do cérebro e da medula
82300011	Disfunção tireodiana
82300020	Tireo toxicose
82300038	Diabetes insípido
82300046	Diabetes sacarino
82500010	Disfunção tireoidiana
82500029	Tireo toxicose
82500037	Tireoidite
82500045	Diabetes insípido
82500053	Diabetes sacarino
83300031	Osteomielite aguda
83500030	Osteomielite aguda
86300016	Choque anafilático
86300040	Outras doenças alérgicas
86500015	Choque anafilático
88300048	Anomalia congênita do coração e aparelho circulatório
88300129	Doença de Hirschsprung
88300234	Outras anomalias da pele, fâneros e sistema linfático
89300017	Intoxicação por medicamentos
89300025	Intoxicação por derivados de petróleo
89300033	Intoxicação por inseticida, fertilizante e adubo
89300041	Envenenamento, intoxicação por outras substâncias químicas
89300050	Intoxicação por álcool
89300068	Intoxicação por alimentos ou plantas
89300076	Intoxicação por gases ou vapores
89300084	Outras intoxicações e envenenamento
89500016	Intoxicações por medicamentos
89500024	Intoxicação por derivados de petróleo
89500032	Intoxicação por inseticida, fertilizante ou adubo
89500040	Envenenamento e intoxicação
89500059	Intoxicação por álcool
89500067	Intoxicação por alimentos ou plantas
89500075	Intoxicação por gases ou vapores
90300041	Acidente por afogamento
90300050	Acidente por mordedura de rato
90300068	Acidente causado por outros animais

90300076	Acidente por picada de animais peçonhentos
90300084	Acidente por descarga elétrica
90300092	Acidente por agentes naturais e ambientais não especificados
90300106	Acidente por aspiração ou ingestão de alimento ou objeto que provoque obstrução
90300114	Acidente por sufocação mecânica
90300122	Acidente por penetração de corpo estranho em orifícios naturais
90300130	Acidente por material explosivo
90300149	Acidente por arma de fogo
90300157	Acidente por instrumento cortante ou penetrante
90300165	Acidente por substância corrosiva
90300173	Acidente por queda
90500040	Acidente por afogamento
90500059	Acidente por mordedura de animais
90500067	Acidente por picada de animais peçonhentos
90500075	Acidente por descarga elétrica
90500083	Acidente por agentes naturais e ambientais não especificados
90500091	Acidente por aspiração ou ingestão de alimento ou objeto que provoque obstrução
90500105	Acidente por sufocação mecânica
90500113	Acidente por penetração de corpo estranho em orifícios naturais
90500121	Acidente por material explosivo
90500130	Acidente por arma de fogo
90500148	Acidente por instrumento cortante ou penetrante
90500156	Acidente por substância corrosiva
90500164	Acidente por queda
91300010	Luxação e ferimentos com grave comprometimento orgânico
91300029	Fraturas do crânio
91300037	Fratura da coluna vertebral com lesão da medula espinhal
91300045	Fraturas das costelas e esterno
91300053	Fratura dos ossos da bacia
91300061	Tratamento clínico do traumatismo crânioencefálico
91300070	Tratamento clínico dos traumatismo internos com lesão visceral
91300088	Politraumatismos
91300096	Lacerações e ferimentos de localização diversas
91300100	Lesões superficiais infectadas
91300150	Tratamento clínico da contusão cerebral
91500010	Luxações e ferimentos com grave comprometimento orgânico
91500028	Fraturas do crânio
91500036	Fraturas da coluna vertebral
91500044	Fratura da coluna vertebral com lesões de medula espinhal
91500052	Fraturas das costelas e esterno
91500060	Fraturas dos ossos da bacia
91500079	Tratamento clínico do traumatismo crânioencefálico
91500087	Tratamento clínico dos traumatismo internos com lesão visceral
91500109	Lacerações e ferimentos de localizações diversas
91500117	Lacerações e ferimentos com amputação traumática
91500141	Complicações de procedimentos cirúrgicos ou médicos
91500150	Tratamento clínico da contusão cerebral

Anexo 2 do Anexo III

TIPOLOGIA DOS HOSPITAIS DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E PROPOSTA DE INCENTIVO FINANCEIRO (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Anexo 2)

TIPOLOGIA DOS HOSPITAIS DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E PROPOSTA DE INCENTIVO FINANCEIRO

Portas de Entrada			
Tipologia	Hospital Especializado Tipo II	Hospital Especializado Tipo I	Hospital Geral
Critérios de habilitação	Hospital de referência que atenda no mínimo a uma macrorregião, obedecendo aos critérios estabelecidos neste documento e deve ser referência para uma cobertura populacional a partir de 501 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, dois serviços de referência, habilitados em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia, traumato-ortopedia, cardiologia/cardiovascular, ou como referência para pediatria.	Hospital de referência para uma ou mais regiões de Saúde conforme PDR. Com uma cobertura populacional de 201 mil a 500 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência, habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia e/ou traumato-ortopedia e/ou cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria.	Hospital de referência para, no mínimo, uma Região de Saúde conforme Plano Diretor Regional (PDR). Com cobertura populacional de até 200 mil habitantes. São estabelecimentos que possuem estrutura para realizar ações de média complexidade.
Recursos Humanos	Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.	Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.	Deve contar com equipe 24 horas composta por clínico geral, pediatra, cirurgião, anestesiologista, enfermeiros, técni- cos e equipes para manejo de pacientes críticos.
Incentivo Financeiro Mensal	R$ 300.000,00	R$ 200.000,00	R$ 100.000,00

Anexo 3 do Anexo III

QUANTITATIVOS MÍNIMOS DE PROFISSIONAIS DA SALA DE REGULAÇÃO MÉDICA (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Anexo 1)

QUANTITATIVOS MÍNIMOS DE PROFISSIONAIS DA SALA DE REGULAÇÃO MÉDICA

Nº de Profissionais	Médicos Reguladores(MR)		Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica(TA R M)		Rádio-Operadores (RO)		Número Total de Profissionais	
População	Dia	Noite	Dia	Noite	Dia	Noite	Dia	Noite
Até 350.000	01	01	02	01	01	01	04	03
350.001 a 700.000	02	02	03	02	01	01	06	05
700.001 a 1.500.000	03	02	05	03	01	01	09	06
1.500.001 a 2.000.000	04	03	06	05	01	01	11	09
2.000.001 a 2.500.000	05	04	07	06	02	01	14	11
2.500.001 a 3.000.000	06	05	07	06	02	01	14	11
3.000.001 a 3.750.000	07	05	10	07	03	02	20	14
3.750.001 a 4.500.000	08	06	13	09	04	03	25	18
4.500.001 a 5.250.000	09	07	15	11	05	03	29	21
5.250.001 a 6.000.000	10	08	17	13	06	04	33	25
6.000.001 a 7.000.000	11	09	20	15	07	05	38	29
7.000.001 a 8.000.000	12	10	23	17	08	06	43	33
8.000.001 a 9.000.000	13	11	25	20	09	07	47	38
9.000.001 a 10.000.000	14	11	28	22	10	07	52	40
Acima de 10.000.001	15	12	31	25	11	08	57	45

Anexo 4 do Anexo III

A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS (Origem: PRT MS/GM 2657/2004, Anexo 1)

A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS

Quando tomamos a regulação das necessidades imediatas como referência, estamos considerando o seu potencial organizador sobre o funcionamento geral do sistema e sua visibilidade junto aos usuários como marcadoras de sucesso ou fracasso do SUS.

A Regulação Médica das Urgências, operacionalizada através das Centrais de Regulação Médica de Urgências, é um processo de trabalho através do qual se garante escuta permanente pelo Médico Regulador, com acolhimento de todos os pedidos de socorro que acorrem à central e o estabelecimento de uma estimativa inicial do grau da urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada e equânime a cada solicitação, monitorando continuamente a estimativa inicial do grau de urgência até a finalização do caso e assegurando a disponibilidade dos meios necessários para a efetivação da resposta definitiva, de acordo com grades de serviços previamente pactuadas, pautadas nos preceitos de regionalização e hierarquização do sistema.

É importante lembrar que, a fim de garantir resposta efetiva às especificidades das demandas de urgência, as grades de referência devem ser suficientemente detalhadas, levando em conta quantidades, tipos e horários dos procedimentos ofertados, bem como a especialidade de cada serviço, com este todo organizado em redes e linhas de atenção, com a devida hierarquização, para fins de estabelecermos a identidade entre as necessidades dos pacientes atendidos pelo SAMU-192 e a oferta da atenção necessária em cada momento. As grades de atenção deverão mostrar, a cada instante, a condição de capacidade instalada do sistema regionalizado e suas circunstâncias momentâneas.

As Centrais SAMU-192, de abrangência municipal, micro ou macrorregional, devem prever acesso a usuários, por intermédio do número público gratuito nacional 192, exclusivo para as urgências médicas, bem como aos profissionais de saúde, em qualquer nível do sistema, funcionando como importante "porta de entrada" do sistema de saúde. Esta porta de entrada necessita, portanto, de "portas de saída" qualificadas e organizadas, que também devem estar pactuadas e acessíveis, por meio das demais centrais do complexo regulador da atenção, garantindo acesso à rede básica de saúde, à rede de serviços especializados (consultas médicas, exames subsidiários e procedimentos terapêuticos), à rede hospitalar (internações em leitos gerais, especializados, de terapia intensiva e outros), assistência e transporte social e outras que se façam necessárias.

Vale salientar que, nos casos em que a solicitação seja oriunda de um serviço de saúde que não possuiu a hierarquia técnica requerida pelo caso, ainda que o paciente já tenha recebido um atendimento inicial, consideramos que este paciente ainda se encontra em situação de urgência nesse caso ele deverá ser adequadamente acolhido e priorizado pela Central de Regulação de Urgências, como se fosse um atendimento em domicílio ou em via pública. Por outro lado, se esse paciente já estiver fora da situação de urgência e precisar de outros recursos para a adequada continuidade do tratamento (portas de saída), a solicitação deve ser redirecionada para outras centrais do complexo regulador, de acordo com a necessidade observada. Esses fluxos e atribuições dos vários níveis de atenção e suas respectivas unidades de execução devem ser pactuados previamente, com o devido detalhamento nas grades de oferta regionais.

As Centrais de Regulação de Urgências - Centrais SAMU- 192 constituem-se em "observatório privilegiado da saúde", com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real, todo o funcionamento do Sistema de Saúde, devendo gerar informes regulares para a melhoria imediata e mediata do sistema de atenção às urgências e da saúde em geral.

Os princípios constitucionais de respeito à dignidade da pessoa humana, de cidadania e de promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, devem presidir todas as ações da Regulação Médica das Urgências.

ATRIBUIÇÕES DA REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS

Atribuições Gerais:

I - ser instância operacional onde se processa a função reguladora, em casos de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas, traumáticas, obstétricas e psiquiátricas;

II - ser polivalente na utilização dos recursos;

III - ser capaz de refletir a relação entre a oferta disponível e as necessidades demandadas;

IV - subsidiar o planejamento das correções necessárias para adequar a relação acima mencionada, sempre que se observar deficiência de oferta no exercício cotidiano da regulação médica das urgências;

V - articular ações harmonizadoras e ordenadoras buscando a resposta mais eqüitativa possível frente às necessidades expressas e devidamente hierarquizadas;

VI - estar articulada com os Serviços de Controle, Avaliação, Auditoria e Vigilância em Saúde, permitindo a utilização dos recursos do sistema de forma harmônica, de acordo com uma hierarquia de necessidades;

VII - nortear-se por pactos estabelecidos entre as instâncias gestoras do Sistema e demais atores envolvidos no processo assistencial;

VIII - facilitar a execução de programas e projetos estratégicos e prioritários de atenção à saúde, formulados junto a instituições parceiras ou com missões semelhantes e aprovados pelo respectivo Comitê Gestor de Atenção às Urgências;

IX - identificar e divulgar os fatores condicionantes das situações e agravos de urgência atendidos, notificando os diferentes setores envolvidos por intermédio do Comitê Gestor;

X - pactuar ações conjuntas com outros atores envolvidos na atenção integral às urgências, como a Defesa Civil, o Corpo de Bombeiros, a Policia Militar, a Polícia Rodoviária, os Departamentos de Trânsito, as Concessionárias de Rodovias, as Empresas Privadas de Transporte e Atendimento de Urgência, entre outros;

XI - avaliar permanentemente o desempenho das parcerias com os demais atores e notificar o Comitê Gestor de Urgências, fornecendo elementos para a implementação e otimização das ações conjuntas;

XII - participar da formulação dos Planos de Saúde, de Atenção Integral às Urgências e de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres, do município ou região de sua área de abrangência, fornecendo dados epidemiológicos, contextualizando os agravos atendidos e identificando os fatores facilitadores e de estrangulamento das ações.

Atribuições específicas:

I - manter escuta médica permanente e qualificada para este fim, nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, pelo número gratuito nacional das urgências médicas: 192;

II - identificar necessidades, por meio da utilização de metodologia adequada, e classificar os pedidos de socorro oriundos da população em geral, a partir de seus domicílios ou de vias e lugares públicos;

III - identificar, qualificar e classificar os pedidos de socorro oriundos de unidades de saúde, julgar sua pertinência e exercer a telemedicina sempre que necessário. Discernir sobre a urgência, a gravidade e o risco de todas as solicitações;

IV - hierarquizar necessidades;

V - decidir sobre a resposta mais adequada para cada demanda;

VI - garantir os meios necessários para a operacionalização de todas as respostas necessárias;

VII - monitorar e orientar o atendimento feito pelas equipes de Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida;

VIII - providenciar os recursos auxiliares de diferentes naturezas necessários para complementar a assistência, sempre que necessário;

IX - notificar as unidades que irão receber pacientes, informando às equipes médicas receptoras as condições clínicas dos pacientes e possíveis recursos necessários;

X - permear o ato médico de regular por um conceito ampliado de urgência, acolhendo a necessidade expressa por cada cidadão, definindo para cada um a melhor resposta, não se limitando apenas a conceitos médicos pré-estabelecidos ou protocolos disponíveis;

XI - constituir-se em "observatório privilegiado da saúde e do sistema", com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada, e em tempo real, todo o seu funcionamento;

XII - respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do SUS, as leis do exercício profissional médico, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente.

DIMENSIONAMENTO TÉCNICO PARA A ESTRUTURAÇÃO FÍSICA DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIAS - CENTRAIS SAMU-192

I - A sala de regulação médica deve ser estruturada de acordo com as seguintes diretrizes e características:

a) a sala de regulação deverá ser dimensionada levando-se em conta o tamanho da equipe e o número de postos de trabalho, conforme recomendações técnicas desta Portaria, considerando que cada posto de trabalho utiliza 2 m² de área, projetando-se, além disso, os espaços dos corredores de circulação e recuos, além das portas e janelas;

b) acesso restrito aos profissionais que nela trabalham, exceto em situações de ensino com prévia aprovação da coordenação;

c) isolamento acústico, iluminação e temperatura adequadas;

d) propiciar a integridade da conduta profissional, a imparcialidade no manejo dos casos e o sigilo ético-profissional das informações;

e) sistema de telefonia com número suficiente de linhas disponíveis à população, número de aparelhos telefônicos adequado aos postos de trabalho de médicos e auxiliares de regulação e equipamento de fax;

f) sistema de comunicação direta entre os radio-operadores, as ambulâncias, suas bases operacionais e de estabilização, outras unidades de saúde e outras centrais de regulação, bem como com outros atores diretamente relacionados aos atendimentos móveis, como o Corpo de Bombeiros, a Defesa Civil, a Polícia Militar, Operadoras Privadas de Serviços Móveis de Urgência e outros;

g) sistema de gravação digital contínua para registro de toda a comunicação efetuada por telefone e rádio, com acesso protegido, permitido apenas às pessoas autorizadas pela Coordenação do Serviço; e

h) sistema de gestão informatizado para arquivamento dos registros gerados pela regulação.

II - Demais dependências do SAMU 192:

a) sala de equipamentos: devido ao ruído emitido pelos equipamentos (servidores de rede, central telefônica, no break e estabilizador), é recomendada a existência de uma área isolada, contígua à sala de regulação, onde esses equipamentos serão instalados, de forma a não prejudicar o ambiente de trabalho, com área mínima de 4,5 m²;

b) banheiros contíguos ou próximos da sala de regulação;

c) área de conforto e alimentação para a equipe;

d) área administrativa, com espaço para a coordenação e a equipe de apoio do serviço.

e) local para guarda de materiais e medicamentos controlados, conforme legislação em vigor;

f) área para esterilização de materiais, conforme normatização técnica da ANVISA/MS;

g) garagem para ambulâncias;

h) área adequada para lavagem, limpeza, desinfecção de materiais e das ambulâncias, respeitando as normas para o tratamento e escoamento da água utilizada;

i) sinalização adequada nas saídas das ambulâncias;

j) refeitório e cozinha;

l) banheiros com chuveiros;

m) alojamento para repouso das equipes; e

n) expurgo.

III - Bases Descentralizadas: a fim de garantir tempo reposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos móveis, nos SAMU regionais ou sediados em municípios de grande extensão territorial deverão existir bases operacionais descentralizadas, que funcionarão como postos avançados para as ambulâncias e suas respectivas equipes. Para tal, essas bases deverão ter a configuração mínima para abrigo, alimentação e conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s). Dependendo do seu tamanho e de sua localização, as bases deverão utilizar a infraestrutura geral da sede ou, se necessário, montar os demais espaços essenciais ao seu bom funcionamento, obedecidas as diretrizes gerais de infraestrutura física estabelecidas nesta Portaria.

OPERACIONALIZAÇÃO DAS CENTRAIS SAMU-192

I- Ferramentas de Regulação:

a) mapas do município e região de cobertura do serviço, onde estejam localizados os serviços de saúde, bases descentralizadas do SAMU, outras ambulâncias ou serviços de transporte inclusive privados, Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária e outros;

b) mapas do município e região de cobertura do serviço, com as estradas e principais vias de acesso, registro de barreiras físicas e outros fatores que dificultem o acesso a cada local;

c) listas de telefones de todos os serviços de saúde do município ou região, além de outros setores envolvidos na assistência à comunidade;

d) grades pactuadas, regionalizadas e hierarquizadas, com informações efetivas sobre a composição e a capacidade operativa diária e horária da estrutura dos serviços, organizados em redes e linhas de atenção, hierarquizados por complexidade de resposta técnica. Essas grades deverão ser mantidas atualizadas diariamente pelos serviços, indicando e justificando se há impedimento de uso do potencial do serviço, ocasião em que os serviços comunicarão formalmente por escrito a alteração transitória de grade e, em caso de alteração definitiva, deverão comunicar com antecedência adequada ao comitê gestor das urgências e ao gestor municipal ou estadual competente;

e) mecanismos de relacionamento direto com as centrais de regulação de leitos hospitalares, consultas ambulatoriais especializadas e serviços auxiliares de diagnóstico, quando estas existiram ou criação e utilização de planilhas auxiliares com vagas/censos diários etc;

f) diretrizes técnicas de regulação médica e de atendimentos de urgência;

g) agenda de eventos;

h) planos para manejo de situações complexas, envolvendo muitas pessoas afetadas, com perda ou não da capacidade de resposta por setores públicos e privados encarregados (planos de desastre com protocolos integrados entre todos os agentes públicos e privados responsáveis); e

i) manuais de normas e rotinas do serviço.

II - Normas Gerais e Fluxos da Regulação:

a) a Central de Regulação Médica de Urgências deve ser acessada pelo número gratuito nacionalmente designado para o Atendimento Pré-Hospitalar Móvel 192, admitindo-se outro número exclusivo e gratuito apenas em locais onde haja impedimento técnico da área de comunicações para sua utilização;

b) seu funcionamento deve ser ininterrupto, contando com, pelo menos um médico regulador e correspondentes TARM/RO de plantão presencial na sala de regulação, nas 24 horas, todos os dias, incluindo sábados, domingos e feriados;

c) todo chamado deve ser atendido pelo telefonista auxiliar de regulação médica e, após a devida identificação e localização do solicitante, ser repassado ao médico regulador;

d) nos trotes ou enganos, o chamado deverá ser registrado, mas não contabilizado como "caso" e a ligação pode ser encerrada sem a interveniência do médico regulador;

e) o telefonista auxiliar de regulação médica deverá ser treinado e devidamente instrumentalizado para atender aos pedidos de informação que acorrerem à central;

f) nos chamados em que o solicitante necessite apenas de informação que não caracterize pedido de socorro de urgência, o telefonista auxiliar de regulação médica está autorizado a fornecer a informação, se ela estiver disponível em suas ferramentas de trabalho e encerrar a solicitação, sem a interveniência do médico regulador. Caso não possua a informação, deverá repassar o chamado ao médico regulador, para que ele dê a melhor orientação possível ao solicitante;

g) o médico regulador, ao receber o caso, deverá, num curto espaço de tempo (de 30 segundos a 1 minuto), por meio da utilização de técnicas específicas para este fim, julgar a gravidade de cada caso e, em se tratando de situação crítica, deverá desencadear imediatamente a melhor resposta, acionando, inclusive, múltiplos meios, sempre que necessário, podendo, em seguida, concluir o detalhamento do caso;

h) nos casos de menor gravidade, o médico poderá optar inclusive pelo não envio de equipe ao local, orientando o solicitante sobre como proceder em relação à queixa relatada;

i) nos casos de simples orientação, o médico regulador deve colocar-se à disposição do solicitante para novas orientações, caso haja qualquer mudança em relação ao quadro relatado na primeira solicitação;

j) caso o médico regulador opte pelo envio de equipe de suporte básico ou avançado de vida ao local, deve monitorar todo seu deslocamento e receber o relato do caso quando a equipe lá chegar, confirmando ou alterando a gravidade estimada inicialmente;

l) após essa reavaliação, o médico regulador deverá tomar uma segunda decisão a respeito da necessidade do paciente, definindo inclusive para qual unidade de saúde o paciente deve ser transportado, se for o caso;

m) se o paciente for transportado, cabe ao médico regulador monitorar e acompanhar todo o atendimento prestado no trajeto;

n) o médico regulador deve estabelecer contato com o médico do serviço receptor, repassando a ele as informações técnicas sobre cada caso, para que a equipe local possa preparar-se para receber o paciente da melhor maneira possível;

o) naquelas situações de atendimento médico no pré-hospitalar móvel, sempre que possível e com conhecimento e autorização do médico regulador, o médico assistente deverá manter-se em contato direto com o médico assistente do serviço de destino definido pela regulação, para repasse das informações sobre o paciente, a fim de instrumentalizar a organização da melhor recepção possível para os casos graves;

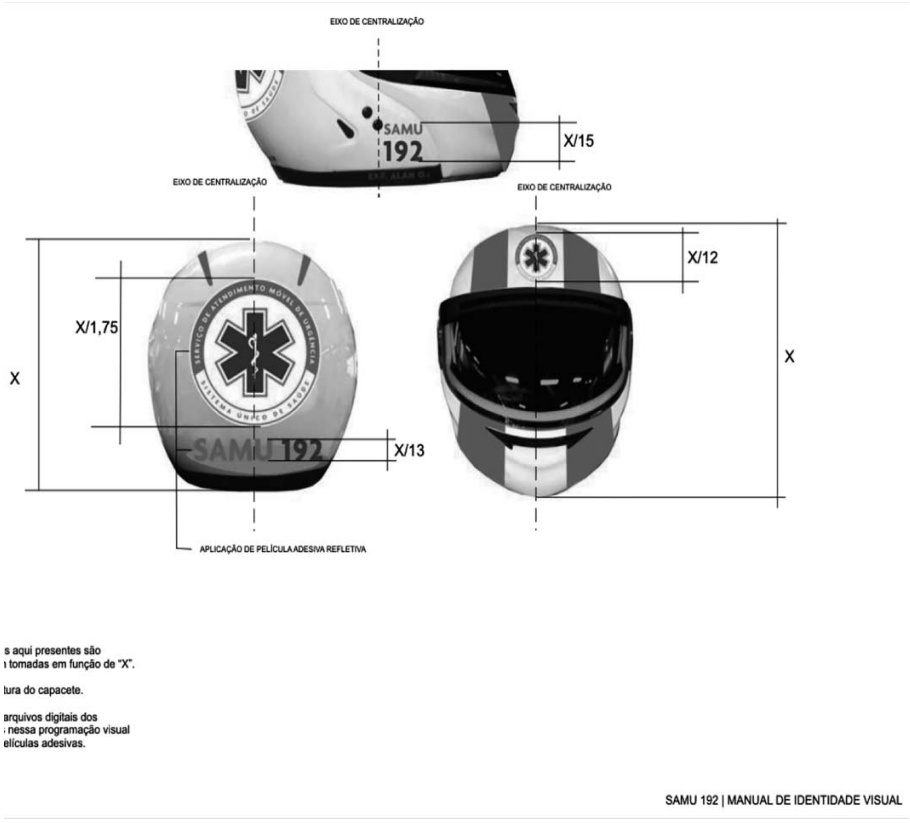
p) após o adequado recebimento do paciente no serviço determinado, o médico regulador poderá considerar o caso encerrado; e

q) o rádio operador deve acompanhar a movimentação dos veículos do SAMU, durante todas as etapas da regulação acima mencionadas.

Anexo 5 do Anexo III

PADRONIZAÇÃO VISUAL E GRAFISMO DO CAPACETE (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Anexo 1)

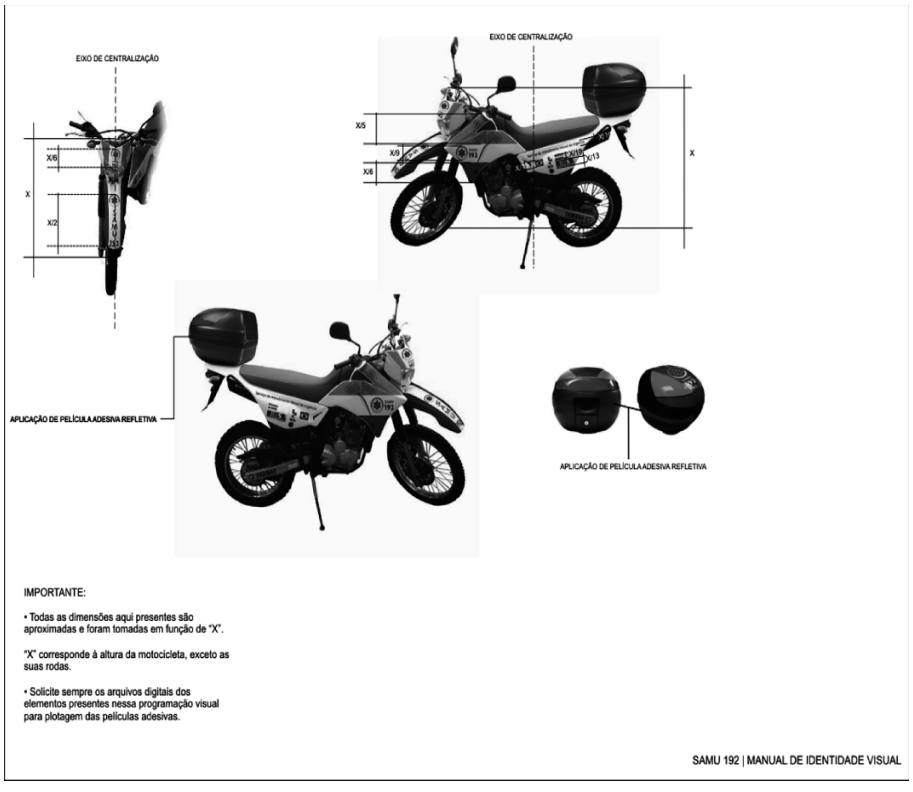
PADRONIZAÇÃO VISUAL E GRAFISMO DO CAPACETE



Anexo 6 do Anexo III

PADRONIZAÇÃO VISUAL E GRAFISMO DA MOTOCICLETA (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Anexo 2)

PADRONIZAÇÃO VISUAL E GRAFISMO DA MOTOCICLETA



Anexo 7 do Anexo III

ORIENTAÇÃO TÉCNICA QUANTO AO EMPREGO DAS MOTOCICLETAS (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Anexo 3)

ORIENTAÇÃO TÉCNICA QUANTO AO EMPREGO DAS MOTOCICLETAS

As motocicletas para a intervenção do SAMU 192 deverão possuir motorização com no mínimo 250 cilindradas e ser do tipo trail. Deverão ser utilizadas exclusivamente em intervenções do SAMU 192, sob regulação médica e se destinam, prioritariamente, às seguintes situações:

a) intervenções nos acionamentos de unidade de suporte avançado de vida (USA), considerando que a motocicleta desenvolve melhor velocidade e conta com a agilidade necessária no trânsito para chegar antes da ambulância ao local onde se encontra o paciente. Assim, nos eventos tempo-dependentes (por exemplo, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, traumatismo crânio-encefálico, dentre outras tantas) deverão ser envidados esforços por parte das centrais de regulação em efetuar o despacho imediato da motocicleta como forma de assegurar a chegada do socorro no menor tempo-resposta possível, preservando-se a segurança do condutor da motocicleta;

b) intervenções em eventos em locais de reconhecido difícil acesso a veículos de urgência (ambulâncias) em razão de características geográficas, condições da malha viária, dentre tantas peculiaridades de cada Município/região de abrangência do serviço, bem como em outras situações desta natureza que possam ser identificadas pela regulação médica como motivação para utilização da motocicleta;

c) apoio nas intervenções de suporte básico de vida quando for necessário auxílio direto na cena de mais um técnico de enfermagem para auxílio em procedimentos que necessitem de mais profissionais, de acordo com o julgamento da regulação médica (reanimação cardiopulmonar, extricação de vítimas, dentre outras situações do Atendimento Pré-hospitalar - APH móvel);

d) apoio nas intervenções de suporte avançado de vida quando for necessária a presença de mais um técnico de enfermagem na cena, a critério do médico regulador; e

e) demais situações de agravo à saúde da população nas quais, a critério do médico regulador, no uso de suas atribuições contidas na Portaria 2.048/GM, possa haver benefício no emprego da motocicleta, uma vez que a chegada desta unidade viabilizará o início de manobras de suporte básico de vida.

Anexo 8 do Anexo III

ÁREA FÍSICA, INFRAESTRUTURA FÍSICA, MOBILIÁRIO, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS MÍNIMOS PARA SALA DE ESTABILIZAÇÃO (SE) (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Anexo 1)

ÁREA FÍSICA, INFRAESTRUTURA FÍSICA, MOBILIÁRIO, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS MÍNIMOS PARA SALA DE ESTABILIZAÇÃO (SE)

Área Física Infraestrutura física

AMBIENTE	NUMERO DE LEITOS DE ESTABILIZAÇÃO (MÍNIMO)	ÁREA (M²)	INSTALAÇÕES
Sala de Estabilização	02	16 m² por leito, com distância mínima de 1,5 m entre estes e paredes, exceto cabeceira e pé do leito = 1,2 m. Pé-direito mínimo = 2,7 m	Instalações baseadas conforme regulamentação sanitárias
Área de Serviço de Enfermagem		4,0 m²	
Área Total		36 m²	

Mobiliário, materiais e equipamentos mínimos.

	Quantidade
Ressuscitador manual kit adulto, infantil e neonatal	2
Armário suspenso com divisórias	1
Oxímetro portátil (hand-set)	2
Aspirador portátil	1
Balde com pedal contenedor de resíduos com tampa e pedal	2
Bancada com cuba e armários	1
Mesa de Mayo	1
Banqueta giratória	1
Colar cervical (kit com 5 tamanhos)	1
Biombo	1
Bomba de infusão	2
Caixa básica de instrumental cirúrgico	1
Desfibrilador/cardioversor com monitor multiparâmetro e marcapasso	1
Carro de urgência	1
Detector de batimentos cardíacos fetais	1
Eletrocardiógrafo portátil	1
Escada com 2 degraus	1
Esfigmomanômetro de pedestal com manguito infantil e adulto	1
Estetoscópio adulto/infantil	2
Suporte de Hamper	1
Lanterna clínica	1
Laringoscópio com kit adulto e infantil	1
Maca com grades removíveis e rodas com travas	2
Mesa auxiliar p/ instrumental	1
Refletor parabólico de luz fria	1
Suporte de soro	2
Ventilador de transporte eletrônico microprocessador adulto/infantil com traquéias adulto, infantil e neonatal	2
Foco cirúrgico móvel	1
Prancha longa	1
Cilindro de oxigênio portátil	1
Ponto de Oxigênio	1
Gerador ou Nobreak sistema de emergência	1

Anexo 9 do Anexo III

REQUISITOS MÍNIMOS PARA POPULAÇÃO DE COBERTURA, ÁREA FÍSICA, EQUIPE E LEITOS DE SALA DE ESTABILIZAÇÃO (SE) DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Anexo 2)

SERVIÇO/ UNIDADE	POPULAÇÃO DE COBERTURA	ÁREA FÍSICA MÍNIMA	EQUIPE MÍNIMA NA SE	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE ESTABILIZAÇÃO
SE	até 50.000 (cinquenta mil) habitantes	40 m² 36 m²	01 (um) médico generalista com qualificação no atendimento em urgências com garantia de retaguarda de enfermagem e de pessoal técnico, nas 24 (vinte e quatro) horas, todos os dias da semana	02

Anexo 10 do Anexo III

DEFINIÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS APLICÁVEL ÀS UPA 24H NOVAS E AMPLIADAS (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Anexo 1)

DEFINIÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS APLICÁVEL ÀS UPA 24H NOVAS E AMPLIADAS

DEFINIÇÃO DOS PORTES APLICÁVEIS ÀS UPA 24h	POPULAÇÃO RECOMENDADA PARA A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA 24h	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS SALA DE URGÊNCIA
PORTE I	50.000 A 100.000 HABITANTES	7 LEITOS	2 LEITOS
PORTE II	100.001 A 200.000 HABITANTES	11 LEITOS	3 LEITOS
PORTE III	200.001 A 300.000 HABITANTES	15 LEITOS	4 LEITOS

Anexo 11 do Anexo III

DEFINIÇÃO DOS VALORES DE INVESTIMENTO APLICÁVEIS ÀS UPA 24H NOVAS E AMPLIADAS (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Anexo 2)

DEFINIÇÃO DOS VALORES DE INVESTIMENTO APLICÁVEIS ÀS UPA 24H NOVAS E AMPLIADAS

DEFINIÇÃODOS PORTES APLICÁVEIS ÀS UPA 24h	INVESTIMENTO CONSTRUÇÃO MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTOS DE UPA 24h NOVAS HA- BILITADAS EM INVESTIMENTO ATÉ 31/12/2014.	INVESTIMENTO UPA 24h AMPLIADAS (limite máximo) HABILITADAS EM INVESTI- MENTO ATÉ 31/12/2014	INVESTIMENTO EM EQUIPAMENTOS E MOBI- LIÁRIOS PARA UPA 24 h NOVAS E AMPLIADAS
PORTE I	R$ 2.200.000,00	R$ 1.500.000,00	R$ 600.000,00
PORTE II	R$ 3.100.000,00	R$ 2.500.000,00	R$ 800.000,00
PORTE III	R$ 4.000.000,00	R$ 3.500.000,00	R$ 1.000.000,00

Anexo 12 do Anexo III

PROCEDIMENTOS A SEREM REGISTRADOS NO FORMATO BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL INDIVIDUALIZADO - BPA - I (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Anexo 7)

Procedimentos a serem registrados no formato Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPA - I

Procedimento	Descrição
03.01.06.002-9	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA C/ OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA
03.01.06.009-6	ATENDIMENTO MÉDICO EM UPA 24H DE PRONTO ATENDIMENTO
03.01.06.010-0	ATENDIMENTO ORTOPÉDICO COM IMOBILIZAÇÃO PRO-VISÓRIA
03.01.06.011-8	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DO1_MS_2_02Anexo 13 do Anexo III

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO I AOS PACIENTES COM TRAUMA (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Anexo 1)

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO I AOS PACIENTES COM TRAUMA

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO:

_____

CNPJ: _____.

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):_____.

( ) Federal?( ) Estadual?( ) Municipal?( ) Filantrópico?( ) Privado

ENDEREÇO:_____

MUNICÍPIO:_____

ESTADO:_____CEP: _____?

TELEFONE: _____ FAX: _____

EMAIL:_____

DIRETOR TÉCNICO:_____?

Tipos de Assistência:

( ) Ambulatorial

( ) Internação

( ) Urgência/Emergência de porta aberta

O Centro de Trauma tipo I:

1) Cobertura populacional:

a) ( ) até 200 mil habitantes

b) ( ) de 201 a 500 mil habitantes

c) ( ) de 501 mil a 1 milhão de habitantes

2) Participa da RUE:

a) ( ) Sim ( ) Não

3) É porta de entrada de Urgência da RUE:

a) ( ) Sim ( ) Não

4) É referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios:

a) ( ) Sim ( ) Não

5) Número de leitos cadastrados no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos (SCNES):_____leitos

6) Registro das Informações do Paciente:

a) Possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

( ) Sim ( ) Não

7) Equipe médica:

a) ( ) Pediatra

b) ( ) Clínico geral

c) ( ) Ortopedista

d) ( ) Anestesiologista

e) ( ) Cirugião geral

8) Enfermagem treinada em urgência e atendimento de pacientes com trauma;

( ) Sim ( ) Não

9) Equipe médica para realização de cirurgias de trauma sem comprometimento do atendimento da porta de Urgência:

a) ( ) Sim ( ) Não

10) Sala de cirurgia para atendimento ao paciente com trauma:

a) ( ) Sim ( ) Não

11) Leitos de enfermaria para paciente com trauma:

a) ( ) Sim ( ) Não

12) Leitos de retaguarda para paciente com trauma:

a) ( ) Sim ( ) Não

13) Leitos de UTI para paciente com trauma:

a) ( ) Sim ( ) Não

14) Atendimento de urgência 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados:

a) ( ) Sim ( ) Não

15) Raio X 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

16) Ultrassonografia 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

17) Protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados;

a) ( ) Sim ( ) Não

18) Serviço de laboratório clínico em tempo integral (próprio ou disponível);

a) ( ) Sim ( ) Não

19) Serviço hemoterapia em tempo integral (próprio ou disponível);

a) ( ) Sim ( ) Não

20) Serviço de reabilitação (próprio ou disponível);

a) ( ) Sim ( ) Não

21) Garante acompanhamento ambulatorial aos pacientes atendidos:

a) ( ) Sim ( ) Não

22) Tem acesso às Centrais de Regulação para encaminha-mento dos caso de maior complexidade:

a) ( ) Sim ( ) Não

23) Os serviços disponíveis (não próprios) estão cadastrados no SCNES:

a) ( ) Sim ( ) Não

24) Possui Alvará de Funcionamento:

a) ( ) Sim ( ) Não

Data de Emissão: ____/_____ /_____

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:

_____

De acordo com vistoria realizada "in loco", a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 1.365/GM/MS, de 8 de julho de 2013, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

( ) Sim ( ) Não DATA:_____/_____/_____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

Gestor Municipal _____

Gestor Estadual_____

Anexo 14 do Anexo III

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO II AOS PACIENTES COM TRAUMA (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Anexo 2)

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO II AOS PACIENTES COM TRAUMA

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO:_____

CNPJ:_____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):_____

( ) Federal?( ) Estadual?( ) Municipal?( ) Filantrópico?( ) Privado

ENDEREÇO:_____

MUNICÍPIO:_____

ESTADO:

_____CEP:_____?TELEFONE:

_____ FAX:_____

EMAIL:_____

DIRETOR TÉCNICO:_____?

Tipos de Assistência:

( ) Ambulatorial

( ) Internação

( ) Urgência/Emergência de porta aberta

O Centro de Trauma tipo II:

1) Cobertura populacional:

a) ( ) até 200 mil habitantes

b) ( ) de 201 a 500 mil habitantes

c) ( ) de 501 mil a 1 milhão de habitantes

2) Participa da RUE:

a) ( ) Sim ( ) Não

3) É porta de entrada de Urgência da RUE:

a) ( ) Sim ( ) Não

4) É referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios:

a) ( ) Sim ( ) Não

5) Número de leitos cadastrados no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos (SCNES): _____leitos

6) Registro das Informações do Paciente:

a) Possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

( ) Sim ( ) Não

7) Equipe médica:

a) ( ) Pediatra

b) ( ) Clínico geral

c) ( ) Ortopedista

d) ( ) Anestesiologista

e) ( ) Cirugião geral

f) ( ) Neurocirurgião

8) Enfermagem treinada em urgência e atendimento de pacientes com trauma;

a) ( ) Sim ( ) Não

9) Equipe médica para realização de cirurgias de trauma sem comprometimento do atendimento da porta de Urgência:

a) ( ) Sim ( ) Não

10) Sala de cirurgia para atendimento ao paciente com trauma:

a) ( ) Sim ( ) Não

11) Leitos de enfermaria para paciente com trauma:

a) ( ) Sim ( ) Não

12) Leitos cirúrgicos de retaguarda para paciente com trauma:

a) ( ) Sim ( ) Não

13) Leitos de UTI para paciente com trauma:

a) ( ) Sim ( ) Não

14) Equipe médica e de odontologia alcançavel:

a) ( ) Neurocirugião

b) ( ) Ortopedista

c) ( ) Cirurgião vascular

d) ( ) Cirurgião plastico

e) ( ) Cirurgião pediátrico

f) ( ) Cirurgião crânio-maxilo-facial

g) ( ) Cirurgião e traumatologista buco-maxilo-facial

h) ( ) Cirurgião torácico

i) ( ) Ginecologista

j) ( ) Obstetra

k) ( ) Clínico geral

l) ( ) Pediatra

m) ( ) Oftalmologista

15) Atendimento de urgência 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados:

a) ( ) Sim ( ) Não

16) Raio X 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

17) Ultrassonografia 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

18) Tomografia computadorizada (própria ou disponível) 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

19) Ressonância magnética (própria ou disponível) 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

20) Equipe multiprofissional:

a) ( ) Fisioterapeuta Próprio ( ) Sim ( ) Não

b) ( ) Assistente social Próprio ( ) Sim ( ) Não

c) ( ) Nutricionista Próprio ( ) Sim ( ) Não

d) ( ) Farmacêutico Próprio ( ) Sim ( ) Não

e) ( ) Psicólogo Próprio ( ) Sim ( ) Não

21) Protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados;

( ) Sim ( ) Não

22) Serviço de laboratório clínico em tempo integral (próprio ou disponível);

a) ( ) Sim ( ) Não

23) Serviço hemoterapia em tempo integral (próprio ou disponível);

a) ( ) Sim ( ) Não

24) Serviço de reabilitação (próprio ou disponível);

a) ( ) Sim ( ) Não

25) Garante acompanhamento ambulatorial aos pacientes atendidos:

a) ( ) Sim ( ) Não

26) Tem acesso às Centrais de Regulação para encaminha-mento dos caso de maior complexidade:

a) ( ) Sim ( ) Não
27) Os serviços disponíveis (não próprios) estão cadastrados no SCNES:
a) ( ) Sim ( ) Não
28) Possui Alvará de Funcionamento:
a) ( ) Sim ( ) Não
Data de Emissão: ____/_____ /_____
INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:
_____
_____
De acordo com vistoria realizada "in loco", a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 1.365/GM/MS, de 8 de julho de 2013, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).
( )Sim ( )Não
DATA:_____/_____/_____
CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:
Gestor Municipal_____
Gestor Estadual_____
Anexo 15 do Anexo III
FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR NORMAS DE HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAU MA TIPO III AOS PACIENTES COM TRAUMA (DEVE SER PREENCHIDO E ASSINADO PELO GESTOR) (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Anexo 3)
FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR
NORMAS DE HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO III AOS PACIENTES COM TRAUMA (deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)
(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)
NOME DA INSTITUIÇÃO:_____
CNPJ: _____
TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):_____
( ) Federal?( ) Estadual?( ) Municipal?( ) Filantrópico?( ) Privado
ENDEREÇO:_____
MUNICÍPIO:_____
ESTADO: _____ CEP: _____ TELEFONE:_____
FAX:_____EMAIL:_____
DIRETOR TÉCNICO:_____?
Tipos de Assistência:
( ) Ambulatorial
( ) Internação
( ) Urgência/Emergência de porta aberta
O Centro de Trauma tipo III:
1) Cobertura populacional:
a) ( ) até 200 mil habitantes
b) ( ) de 201 a 500 mil habitantes
c) ( ) de 501 mil a 1 milhão de habitantes
2) Participa da RUE:
( ) Sim ( ) Não
3) É porta de entrada de Urgência da RUE:
( ) Sim ( ) Não
4) É referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios:
( ) Sim ( ) Não
5) Número de leitos cadastrados no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos (SCNES): _____leitos
6) Registro das Informações do Paciente: Possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.
a) ( ) Sim ( ) Não
7) Equipe médica:
a) ( ) Pediatra
b) ( ) Clínico geral
c) ( ) Ortopedista
d) ( ) Anestesiologista
e) ( ) Cirugião geral
f) ( ) Neurocirurgião
8) Enfermagem treinada em urgência e atendimento de pacientes com trauma;
a) ( ) Sim ( ) Não
9) Equipe médica para realização de cirurgias de trauma sem comprometimento do atendimento da porta de Urgência:
a) ( ) Sim ( ) Não
10) Sala de cirurgia para atendimento ao paciente com trauma:
a) ( ) Sim ( ) Não
11) Leitos de enfermaria para paciente com trauma:
a) ( ) Sim ( ) Não
12) Leitos cirúrgicos de retaguarda para paciente com trauma:
a) ( ) Sim ( ) Não
13) Leitos de UTI para paciente com trauma:
a) ( ) Sim ( ) Não
14) Equipe médica e de odontologia alcançavel:
a) ( ) Cirurgião vascular
b) ( ) Cirurgião plastico
c) ( ) Cirurgião pediátrico
d) ( ) Cirurgião de mão
e) ( ) Otorrinolaringologista
f) ( ) Oftalmologista
g) ( ) Cirurgião crânio-maxilo-facial
h) ( ) Cirurgião e traumatologista buco-maxilo-facial
i) ( ) Urologista
j) ( ) Cirurgião torácico
k) ( ) Endoscopista
l) ( ) Ginecologista
m) ( ) Obstetra
n) ( ) Clínico geral
o) ( ) Pediatra
p) ( ) Nefrologista
q) ( ) Ortopedista
r) ( ) Neurocirurgião
15) Atendimento de urgência 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados:
a) ( ) Sim ( ) Não
16) Raio X 24 horas por dia:
a) ( ) Sim ( ) Não
17) Ultrassonografia 24 horas por dia:
a) ( ) Sim ( ) Não
18) Tomografia computadorizada 24 horas por dia:
a) ( ) Sim ( ) Não
19) Radiologia vascular intervencionista (própria ou disponível) 24 horas por dia:
a) ( ) Sim ( ) Não
20) Ressonância magnética (própria ou disponível) 24 horas por dia:
a) ( ) Sim ( ) Não
21) Equipe multiprofissional:
a) ( ) Fisioterapeuta Próprio ( ) Sim ( ) Não
b) ( ) Assistente social Próprio ( ) Sim ( ) Não
c) ( ) Nutricionista Próprio ( ) Sim ( ) Não
d) ( ) Farmacêutico Próprio ( ) Sim ( ) Não
e) ( ) Psicólogo Próprio ( ) Sim ( ) Não
22) Protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados;
a) ( ) Sim ( ) Não
23) Serviço de laboratório clínico em tempo integral (próprio ou disponível);
a) ( ) Sim ( ) Não
24) Serviço hemoterapia em tempo integral (próprio ou disponível);
a) ( ) Sim ( ) Não
25) Serviço de reabilitação (próprio ou disponível);
a) ( ) Sim ( ) Não
26) Garante acompanhamento ambulatorial aos pacientes atendidos:
a) ( ) Sim ( ) Não
27) Tem acesso às Centrais de Regulação para encaminha-mento dos caso de maior complexidade:
a) ( ) Sim ( ) Não
28) Os serviços disponíveis (não próprios) estão cadastrados no SCNES:
a) ( ) Sim ( ) Não
29) Possui Alvará de Funcionamento:
a) ( ) Sim ( ) Não
Data de Emissão: ____/_____/_____
INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:
_____
De acordo com vistoria realizada "in loco", a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 1.365/GM/MS, de 8 de julho de 2013, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).
( )Sim ( )Não
DATA:_____/_____/_____
CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:
Gestor Municipal _____
Gestor Estadual_____
Anexo 16 do Anexo III
MODELO TERMO DE COMPROMISSO (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Anexo 4)
MODELO
TERMO DE COMPROMISSO
Conforme disposto no art. 20 da Portaria nº XX/GM/MS, de XX de junho de 2013, a Secretaria de Saúde do Município de _____ ou a Secretaria de Saúde do Estado de _____ do Distrito Federal assume a responsabilidade de garantir, seja por meio de serviços próprios ou contratados, o acesso aos seguintes procedimentos:
a. Tomografia computadorizada;
b. Radiologia vascular intervencionista;
c. Ressonância magnética;
d. Laboratório clínico;
e. Serviço de hemoterapia; e
f. Serviço de reabilitação.
Por ser verdade, firmo o presente.
_____
(Nome Completo)
_____
(Assinatura do Gestor Municipal e/ou Estadual e do Distrito Federal c/carimbo)
CIDADE - UF, _____ de _____ de _____.

Anexo 17 do Anexo III

LISTA DE CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA (CIATOX) (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Anexo 1)

Lista de Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox)

N	UF	Cidade	Nome	CNES	Localização
1	AM	Manaus	Centro de Informações Toxicológicas do Amazonas - CIT/AM	2017644	HOSPITAL UNIVERSITARIO GETULIO VARGAS
2	BA	Salvador	Centro Antivenenno da Bahia - CIAVE - BA	2470845	CIAVE CENTRO DE INFORMACOES ANTIVENENO
3	CE	Fortaleza	Centro de Assistência Toxicológica - CEATOX Fortaleza	2529149	Instituto Dr. José Frota
4	DF	Brasília	Centro de Informações Toxicológicas - CIT de Brasília	6963447	Secretaria de Saúde do Distrito Federal
5	ES	Vitória	Centro de Atendimento Toxicológico - TOXCEN	11800	HOSPITAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLORIA
6	GO	Goiânia	HOSPITAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLORIA	6450091	SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DE GOIAS
7	MG	Belo Horizonte	Serviço de Toxicologia de Minas Gerais	26921	HOSPITAL JOAO XXIII

8	MS	Campo Grande	Centro Integrado de Vigilância Toxicológica - CIVITOX de Campo Grande	6590047	SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
9	MT	Cuiabá	Centro de Informação Antivenenno	2495015	Hospital Municipal de Cuiabá
9	PB	João Pessoa	Centro de Assistência Toxicológica - CEATOX de João Pessoa	2400243	Hospital Universitário Lauro Wanderley, Campus I
10	PB	Campina Grande	Centro de Informação e Assistência Toxicológica - CIAT	2362856	HOSPITAL REGIONAL DE EMERG TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
11	PA	Belém	Centro de Informações Toxicológicas - CIT de Belém	2332981	HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAO DE BARROS BARRETO
12	PE	Recife	Centro de Assistência Toxicológica de Pernambuco - CEATOX - PE	6916279	CEATOX CENTRO DE ASSISTENCIA TOXICOLOGICA
13	PE	Teresina	Centro de Informações Toxicológicas - CITOX de Teresina	6300049	SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE DO PIAUI SEDE
14	PR	Curitiba	Centro de Controle de Envenenamentos - CCE de Curitiba	2384299	Hospital de Clínicas
15	PR	Londrina	Centro de Informações Toxicológicas - CIT de Londrina	2781859	HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DO NORTE DO PARANA
16	PR	Maringá	Centro de Controle de Intoxicações - CCI de Maringá	2587335	HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DE MARINGA
17	RJ	Niterói	Centro de Controle de Intoxicações - CCI de Niterói	12505	HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO
18	RN	Natal	Centro de Assistência Toxicológica - CEATOX Natal	5672465	SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE PUBLICA DO RN
19	RS	Porto Alegre	Centro de Informação Toxicológica - CIT do Rio Grande do Sul	2792907	Secretaria Estadual de Saúde
20	SC	Florianópolis	Centro de Informações Toxicológicas - CIT de Santa Catarina	7276702	CIT CENTRO DE INFORMACOES TOXICOLOGICAS DE SANTA CATARINA
21	SP	São Paulo	Centro de Controle de Intoxicações - CCI de São Paulo	2081970	Hospital Municipal Dr. Artur Ribeiro de Saboya
22	SP	São Paulo	Centro de Assistência Toxicológica - CEATOX do Instituto da Criança do HCFMUSP	2078015	HC DA FMUSP HOSPITAL DAS CLINICAS SAO PAULO
23	SP	Campinas	Centro de Controle de Intoxicações - CCI de Campinas	2079798	HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS
24	SP	Botucatu	Centro de Assistência Toxicológica - CEATOX de Botucatu	2748223	HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU
25	SP	Ribeirão Preto	Centro de Controle de Intoxicações - CCI de Ribeirão Preto	2082187	HOSPITAL DAS CLINICAS FAEPA RIBEIRAO PRETO
26	SP	São José do Rio Preto	Centro de Assistência Toxicológica - CEATOX de São José do Rio Preto	2077396	HOSPITAL DE BASE DE SAO JOSE DO RIO PRETO
27	SP	São José dos Campos	Centro de Controle de Intoxicação - CCI de São José dos Campos	9628	HOSPITAL MUNICIPAL DR JOSE DE CARVALHO FLORENCE
28	SP	Santos	Centro de Controle de Intoxicações - CCI de Santos	2079720	Hospital Guilherme Álvaro
29	SP	Taubaté	Centro de Controle de Intoxicações - CCI de Taubaté	2033240	DEPARTAMENTO DE SAUDE
30	SE	Aracajú	Centro de Informação Toxicológica - CIATOX de Sergipe	2816210	HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

Anexo 18 do Anexo III

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO I AOS PACIENTES COM AVC (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Anexo 1)

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO I AOS PACIENTES COM AVC

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO: _____

CNES: _____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

( ) Federal

( ) Estadual

( ) Municipal

( ) Filantrópico

( ) Privado

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO:_____

ESTADO: _____ CEP:_____

TELEFONE: _____ FAX: _____

E-MAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

Tipos de Assistência:

( ) Ambulatorial

( ) Internação

( ) Urgência/Emergência de porta aberta

1. Registro das Informações do Paciente:

a) possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

( ) Sim ( ) Não

2. O Centro de Atendimento de Urgência Tipo I aos Pacientes com AVC dispõe dos seguintes critérios:

a) realiza atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana;

( ) Sim ( ) Não

b) realiza exame de tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia;

( ) Sim ( ) Não

c) dispõe de equipe treinada em urgência para atendimento aos pacientes com AVC, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e coordenada por neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Regional de Medicina (CRM) ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC);

( ) Sim ( ) Não

d) disponibiliza protocolos clínicos e assistenciais escritos;

( ) Sim ( ) Não

e) fornece cobertura de atendimento neurológico, disponível em até trinta minutos da admissão do paciente (plantão presencial ou sobreaviso à distância ou suporte neurológico especializado por meio da telemedicina/telessaúde);

( ) Sim ( ) Não

f) possui leitos monitorados para o atendimento ao AVC agudo, com médico vinte e quatro horas por dia e equipe treinada para o atendimento, podendo ser no serviço de urgência ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI);

( ) Sim ( ) Não

g) possui UTI;

( ) Sim ( ) Não

h) realiza serviço de laboratório clínico em tempo integral;

( ) Sim ( ) Não

i) dispõe de equipe neurocirúrgica própria vinte e quatro horas (presencial ou disponível em até duas horas) ou referenciada (disponível em até duas horas); e

( ) Sim ( ) Não

j) realiza tratamento hemoterápico para possíveis complicações hemorrágicas.

( ) Sim ( ) Não

3. Possui Alvará de Funcionamento.

( ) Sim ( ) Não

Data de Emissão: _____ /_____ / _____

4. O Centro de Atendimento de Urgência Tipo I aos Pacientes com AVC participa da Linha de Cuidados em AVC constante do Plano de Ação Regional da RUE, por indicação do grupo condutor da RUE, realizando ações que permitam sua plena integração com os outros pontos de atenção, nos termos do documento base da referida linha de cuidados, de modo a garantir o cuidado integral e de qualidade aos pacientes com acidente vascular cerebral.

( ) Sim ( ) Não

5. Adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos de acordo com a Linha de Cuidados em AVC.

( ) Sim ( ) Não

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:

De acordo com vistoria realizada in loco, a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril, de 2012, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

( ) Sim ( ) Não

DATA:_____ /_____/_____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

_____

Gestor Municipal

_____

Gestor Estadual

Anexo 19 do Anexo III

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO II AOS PACIENTES COM AVC (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Anexo 2)

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO II AOS PACIENTES COM AVC

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO: _____

CNES:_____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):
( ) Federal
( ) Estadual
( ) Municipal
( ) Filantrópico
( ) Privado
ENDEREÇO: _____
MUNICÍPIO:_____
ESTADO: _____ CEP: _____TELEFONE: _____
FAX: _____
E-MAIL:_____
DIRETOR TÉCNICO: _____
Tipos de Assistência:
( ) Ambulatorial
( ) Internação
( ) Urgência/Emergência de porta aberta
1. Registro das Informações do Paciente:
a) possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.
( ) Sim ( ) Não
2. O Centro de Atendimento de Urgência Tipo II aos Pacientes com AVC dispõe dos seguintes critérios:
a) realiza atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana;
( ) Sim ( ) Não
b) realiza exame de tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia;
( ) Sim ( ) Não
c) disponibiliza protocolos clínicos e assistenciais escritos;
( ) Sim ( ) Não
d) possui UTI;
( ) Sim ( ) Não
e) realiza serviço de laboratório clínico em tempo integral;
( ) Sim ( ) Não
f) dispõe de equipe neurocirúrgica própria vinte e quatro horas (presencial ou disponível em até duas horas) ou referenciada (disponível em até duas horas); e
( ) Sim ( ) Não
g) disponibilidade de trombolítico conforme PCDT específico;
( ) Sim ( ) Não
h) realiza tratamento hemoterápico para possíveis complicações hemorrágicas;
( ) Sim ( ) Não
i) unidade de Cuidado Agudo ao AVC;
( ) Sim ( ) Não
j) garantir que o tratamento de fase aguda seja coordenado por neurologista;
( ) Sim ( ) Não
k) oferta os seguintes procedimentos:
I - Eletrocardiograma (ECG);
( ) Sim ( ) Não
II - Serviço de laboratório clínico em tempo integral; e
( ) Sim ( ) Não
III - Serviço de radiologia.
( ) Sim ( ) Não
l) garantia do acesso, por intermédio de termo de compromisso, nos termos do anexo IV a esta Portaria, aos seguintes procedimentos:
I - Ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais);
( ) Sim ( ) Não
II - Ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico;
( ) Sim ( ) Não
III - Angiografia;
( ) Sim ( ) Não
IV - Ressonância magnética;
( ) Sim ( ) Não
V - Angioressonância;
( ) Sim ( ) Não
VI - Ecodoppler transcraniano; e
( ) Sim ( ) Não
VII - Neuroradiologia intervencionista.
( ) Sim ( ) Não
3. A Unidade de Cuidado Agudo ao AVC, dos Centros de Atendimento de Urgência Tipo II aos Pacientes com AVC, dispõe dos seguintes critérios:
a) Mínimo de 5 (cinco) leitos.
( ) Sim ( ) Não
Número de leitos:_____
3.1. Recursos Humanos
a) a unidade conta com um responsável técnico neurologista, com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC;
( ) Sim ( ) Não
Médico: _____
Especialidade: _____CFM/CRM: _____
b) a unidade conta com um médico vinte e quatro horas por dia;
( ) Sim ( ) Não
c) a unidade conta com um enfermeiro vinte e quatro horas por dia;
( ) Sim ( ) Não
d) a unidade conta com um técnico de enfermagem exclusivo para cada quatro leitos, vinte e quatro horas por dia;
( ) Sim ( ) Não
e) a unidade conta com suporte diário de fisioterapeuta;
( ) Sim ( ) Não
f)_ a unidade conta com suporte diário de fonoaudiólogo; e
( ) Sim ( ) Não
g) a unidade conta com suporte de neurologista, vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, inclusive feriados.
( ) Sim ( ) Não
3.2 Recursos Materiais
a) camas Hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados;
( ) Sim ( ) Não
b) 1 estetoscópio/leito;
( ) Sim ( ) Não
c) pelo menos dois equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de um equipamento para cada três leitos;
( ) Sim ( ) Não
d) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;
( ) Sim ( ) Não
e) materiais para aspiração;
( ) Sim ( ) Não
f) kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais: equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão autoinflável, com reservatório e máscara facial (ambu); cabos e lâminas de laringoscópio; tubos/cânulas endotraqueais; tubos/cânulas endotraqueais; fixadores de tubo endotraqueal; cânulas de Guedel e fio guia estéril;
( ) Sim ( ) Não
g) um equipamento desfibrilador/cardioversor por unidade;
( ) Sim ( ) Não
h) um eletrocardiógrafo portátil por unidade;
( ) Sim ( ) Não
i) um equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar por unidade;
( ) Sim ( ) Não
j) uma maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio para cada 5 (cinco) leitos;
( ) Sim ( ) Não
k) cilindro transportável de oxigênio;
( ) Sim ( ) Não
l) uma máscara facial com diferentes concentrações de oxigênio para cada três leitos; e
( ) Sim ( ) Não
m) um monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura, para cada leito.
( ) Sim ( ) Não
4. Possui Alvará de Funcionamento.
( ) Sim ( ) Não
Data de Emissão: _____ /_____ / _____
5. Adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos de acordo com a Linha de Cuidados em AVC.
( ) Sim ( ) Não
INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:
De acordo com vistoria realizada in loco, a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril, de 2012, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).
( ) Sim ( ) Não
DATA : ____ /_____/_____
CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR
_____
Gestor Municipal
_____
Gestor Estadual
Anexo 20 do Anexo III
FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Anexo 3)
FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR
NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC
(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)
(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)
NOME DA INSTITUIÇÃO: _____
CNES: _____
TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):
( ) Federal
( ) Estadual
( ) Municipal
( ) Filantrópico
( ) Privado
ENDEREÇO: _____
MUNICÍPIO_____ESTADO: _____CEP: _____
TELEFONE: _____ FAX: _____
E-MAIL: _____
DIRETOR TÉCNICO: _____
Tipos de Assistência:
( ) Ambulatorial
( ) Internação
( ) Urgência/Emergência de porta aberta
1. Registro das Informações do Paciente:
a) possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.
( ) Sim ( ) Não
2. O Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC dispõe dos seguintes critérios:
a) realiza atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana;
( ) Sim ( ) Não
b) realiza exame de tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia;
( ) Sim ( ) Não
c) disponibiliza protocolos clínicos e assistenciais escritos;
( ) Sim ( ) Não
d) possui UTI;
( ) Sim ( ) Não
e) realiza serviço de laboratório clínico em tempo integral;
( ) Sim ( ) Não
f) dispõe de equipe neurocirúrgica própria vinte e quatro horas (presencial ou disponível em até duas horas) ou referenciada (disponível em até duas horas); e
( ) Sim ( ) Não
g) disponibilidade de trombolítico conforme PCDT específico;
( ) Sim ( ) Não
h) realiza tratamento hemoterápico para possíveis complicações hemorrágicas;
( ) Sim ( ) Não
i) unidade de Cuidado Integral ao AVC;
( ) Sim ( ) Não
j) ambulatório especializado próprio ou referenciado;
( ) Sim ( ) Não
k) garantir que o tratamento de fase aguda seja coordenado por neurologista;
( ) Sim ( ) Não

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

l) dispõe de equipe neurocirúrgica própria vinte e quatro horas (presencial ou disponível em até duas horas) ou referenciada (disponível em até duas horas); e
( ) Sim ( ) Não
m) oferta os seguintes procedimentos:
I - Eletrocardiograma (ECG);
( ) Sim ( ) Não
II - Serviço de laboratório clínico em tempo integral; e
( ) Sim ( ) Não
III - Serviço de radiologia.
( ) Sim ( ) Não
n) Garantia do acesso, por intermédio de termo de compromisso, nos termos do anexo IV a esta Portaria, aos seguintes procedimentos:
I - Ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais);
( ) Sim ( ) Não
II - Ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico;
( ) Sim ( ) Não
III - Angiografia;
( ) Sim ( ) Não
IV - Ressonância magnética;
( ) Sim ( ) Não
V - Angioressonância;
( ) Sim ( ) Não
VI - Ecodoppler transcraniano; e
( ) Sim ( ) Não
VII - Neuroradiologia intervencionista.
( ) Sim ( ) Não
3. A Unidade de Cuidado Integral ao AVC, dos Centros de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC, dispõe dos seguintes critérios:
a) Mínimo de 10 (dez) leitos.
( ) Sim ( ) Não
Número de leitos:_____
3.1 Recursos humanos:
a) 1 (um) responsável técnico neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC;
Médico: _____
Especialidade: _____CFM/CRM: _____
b) um médico, vinte e quatro horas por dia;
c) suporte de neurologista, vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, inclusive feriados;
d) um enfermeiro exclusivo na unidade;
e) um técnico de enfermagem para cada quatro leitos;
f) um fisioterapeuta para cada dez leitos, seis horas por dia;
g) um fonoaudiólogo para cada dez leitos, seis horas por dia;
h) um terapeuta ocupacional para cada dez leitos, seis horas por dia;
i) um assistente social, seis horas por dia, de segunda a sexta-feira;
j) suporte de psicólogo, nutricionista e farmacêutico na instituição;
3.2 Recursos Materiais:
a) camas hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados;
( ) Sim ( ) Não
b) um estetoscópio por leito;
( ) Sim ( ) Não
c) dois equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de um equipamento para cada três leitos;
( ) Sim ( ) Não
d) cinquenta por cento dos leitos com capacidade para monitoração contínua de frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, eletrocardiografia, temperatura, pressão arterial nãoinvasiva;
( ) Sim ( ) Não
e) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;
( ) Sim ( ) Não
f) uma máscara facial que permite diferentes concentrações de oxigênio para cada cinco leitos;
( ) Sim ( ) Não
g) materiais para aspiração;
( ) Sim ( ) Não
h) um eletrocardiógrafo portátil por unidade;
( ) Sim ( ) Não
i) kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais:
i. equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão autoinflável, com reservatório e máscara facial (ambu);
( ) Sim ( ) Não
ii. cabos e lâminas de laringoscópio;
( ) Sim ( ) Não
iii. tubos/cânulas endotraqueais;
( ) Sim ( ) Não
iv. fixadores de tubo endotraqueal;
( ) Sim ( ) Não
v. cânulas de Guedel; e
( ) Sim ( ) Não
vi. fio guia estéril;
( ) Sim ( ) Não

j) um equipamento desfibrilador/cardioversor por unidade;
( ) Sim ( ) Não
l) um equipamento para aferição de glicemia capilar, específico por unidade;
( ) Sim ( ) Não
m) uma maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio para cada dez leitos; e
( ) Sim ( ) Não
n) cilindro transportável de oxigênio.
( ) Sim ( ) Não
3.3 A Unidade de Cuidado Integral ao AVC monitora e registra os indicadores de segurança e qualidade (assistenciais e de processo):
I - profilaxia para trombose venosa profunda iniciada até o segundo dia;
( ) Sim ( ) Não
II - alta hospitalar em uso de antiagregante plaquetário em pacientes com AVC não cardioembólico, salvo situações específicas que dependam da análise do quadro clínico do paciente;
( ) Sim ( ) Não
III - alta hospitalar em uso de anticoagulação oral para pacientes com Fibrilação Atrial (FA) ou "Flutter", salvo contraindicações;
( ) Sim ( ) Não
IV - uso de antiagregantes plaquetários, quando indicado, iniciado até o segundo dia de internação;
( ) Sim ( ) Não
V - alta hospitalar em uso de estatina para pacientes com AVC aterotrombótico, salvo contraindicações;
( ) Sim ( ) Não
VI - alta hospitalar com plano de terapia profilática e de reabilitação;
( ) Sim ( ) Não
VII - porcentagem de pacientes com doença cerebrovascular aguda atendidos na Unidade de AVC;
( ) Sim ( ) Não
VIII - o tempo de permanência hospitalar do paciente acometido por AVC visando redução do mesmo;
( ) Sim ( ) Não
IX - as seguintes complicações: trombose venosa profunda, úlcera de pressão, pneumonia, infecção do trato urinário;
( ) Sim ( ) Não
X - CID-10 específico do tipo de AVC à alta hospitalar;
( ) Sim ( ) Não
XI - mortalidade hospitalar por AVC, visando redução da mesma;
( ) Sim ( ) Não
XII - tempo porta-tomografia < 25 minutos; e
( ) Sim ( ) Não
XIII - tempo porta-agulha < 60 minutos.
( ) Sim ( ) Não
4. Possui Alvará de Funcionamento.
( ) Sim ( ) Não
Data de Emissão: ____/_____ / _____
5. Adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos de acordo com a Linha de Cuidados em AVC.
( ) Sim ( ) Não
INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENT_____
De acordo com vistoria realizada in loco, a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril, de 2012, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).
( ) Sim ( ) Não
DATA : _____/_____/_____
CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:
_____
Gestor Municipal
_____
Gestor Estadual
Anexo 21 do Anexo III
MODELO TERMO DE COMPROMISSO (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Anexo 4)
MODELO
TERMO DE COMPROMISSO
Conforme disposto no art. 6º, inciso III, da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012 e da Portaria nº___/GM/MS de ___ de _____ de 2014, a Secretaria de Saúde do Município de _____ e/ou a Secretaria de Saúde do Estado de _____ e do Distrito Federal assume a responsabilidade de garantir, seja por meio de serviços próprios ou contratados, o acesso aos seguintes procedimentos:
a) ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais);
b) ressonância magnética;
c) angioressonância;
d) ecodoppler transcraniano;
e) neuroradiologia intervencionista;
f) ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico; e
g) angiografia;
Por ser verdade, firmo o presente.
CIDADE - UF, ____ de (mês) de (ano).
Nome Completo_____
(Assinatura do Gestor Municipal e/ou Estadual e do Distrito Federal c/ carimbo)
Anexo 22 do Anexo III
SALA MULTIUSO PARA REABILITAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Anexo 1)
Sala Multiuso para Reabilitação
As Salas Multiuso de Reabilitação poderão ser de dois tipos:
Tipo I - sala alocada em Hospitais Gerais ou Especializados que tiver na sua Unidade de Cuidados Prolongados módulos de 15 a 25 leitos, com dimensão mínima de 35m².
Tipo II - sala alocada em Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP) que contarem com a quantidade mínima de 40 leitos, com dimensão mínima de 75m².
De acordo com a ABNT e RDC50 (2002), ficam definidas as seguintes especificações para a ambiência da Sala Multiuso para Reabilitação:
Sala Multiuso para Reabilitação Tipo I Área mínima: 35m²
As portas deverão ter altura mínima de 1,80m e vão mínimo de 1,50 revestidas de material lavável
A maçaneta deverá estar localizada entre 0,80 e 1,0m do solo.
Os interruptores devem se situar entre 0,60 e 1,0m do solo.
As tomadas devem se situar entre 0,40 e 1,0m do solo.
Piso: Liso (sem frestas), de fácil higienização e resistente aos processos de limpeza, descontaminação e desinfecção.
Parede: Lisa (sem frestas), de fácil higienização e resistente aos processos de limpeza, descontaminação e desinfecção.
Teto: deve ser resistente à lavagem e ao uso de desinfetantes.
Sala Multiuso para Reabilitação Tipo II
Área mínima: 75m²
As portas deverão ter altura mínima de 1,80m e vão mínimo de 1,50 revestidas de material lavável
A maçaneta deverá estar localizada entre 0,80 e 1,0m do solo.
Os interruptores devem se situar entre 0,60 e 1,0m do solo.
As tomadas devem se situar entre 0,40 e 1,0m do solo.
Piso: Liso (sem frestas), de fácil higienização e resistente aos processos de limpeza, descontaminação e desinfecção.
Parede: Lisa (sem frestas), de fácil higienização e resistente aos processos de limpeza, descontaminação e desinfecção.
Teto: deve ser resistente à lavagem e ao uso de desinfetantes.
Especificações dos Equipamentos

EQUIPAMENTOS SALA MULTIUSO DE REABILITAÇÃO			
SALA TIPO II - 75m²	SALA TIPO I - 35m²		
EQUIPAMENTOS E MATERIAIS	QTDE.	EQUIPAMENTO E MATERIAIS	QTDE.
AMBU	2	AMBU	1
Andador (Adulto e Infantil)	2	Andador (Adulto e Infantil)	1
Armários	2	Armários	1
Aspirador de Secreção portátil	2	Aspirador de Secreção portátil	1
Barras Paralelas	1	Barras Paralelas	1
Bengala	2	Bengala	1
Cadeiras	10	Cadeiras	5
Cilindro de Oxigênio	1	Cilindro de Oxigênio	1
Escada Linear para Marcha (sem rampa)	1	Escada Linear para marcha (sem rampa)	1
Esfigmomanômetro	1	Esfigmomanômetro	1
Estetoscópio	1	Estetoscópio	1
FES	1	FES	1
Goniômetro	1	Goniômetro	1
Lanterna clínica	1	Lanterna clínica	1
Mesa Ortostática	1	Mesa ortostática	1
Par de Muletas	2	Par de Muletas	1
Mesa de reunião	1	Mesa de reunião	1
Mesas auxiliares	4	Mesas auxiliares	4
Mocho	2	Mocho	1
Nebulizador Portátil	1	Nebulizador Portátil	1
Oxímetro	1	Oxímetro	1
Prono-supinador	1	Prono-supinador	1
TENS estimulador Transcutâneo	1	TENS estimulador transcutâneo	1
Ultrasom para fisioterapia	1	Ultrasom para fisioterapia	1
Computador	2	Computador	1

Anexo 23 do Anexo III
CRITÉRIOS PARA A ADEQUAÇÃO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE EM HOSPITAL ESPECIALIZADO EM CUIDADOS PROLONGADOS - HCP (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Anexo 2)
CRITÉRIOS PARA A ADEQUAÇÃO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE EM HOSPITAL ESPECIALIZADO EM CUIDADOS PROLONGADOS - HCP
A Adequação de uma Unidade de Saúde em Hospital Especializado em Cuidados Prolongados - HCP deverá cumprir os seguintes critérios:

Toda reforma ou ampliação na estrutura física da HCP deverá ser precedida de aprovação de projeto arquitetônico junto à autoridade sanitária local bem como do órgão municipal ou estadual competente. O HCP deverá atender aos requisitos de infraestrutura, previstas em normas pertinentes, normas específicas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas e normas da Agência Nacional de Vigilância

Sanitária - ANVISA.

O HCP deverá garantir a acessibilidade a todas as pessoas com dificuldade de locomoção segundo o estabelecido em legislação específica e atender minimamente às seguintes exigências específicas: Os corredores devem possuir no mínimo 1,50 m de largura para permitir o trânsito de duas cadeiras de rodas.

Os balcões de atendimento devem ser acessíveis a cadeirantes. Uma parte da superfície do balcão, com extensão de no mínimo 0,90 m, deve ter altura de no máximo 0,90 m. Deve possuir também altura livre inferior de no mínimo 0,73 m do piso e profundidade livre inferior de no mínimo 0,30 m.

As portas que dão acesso aos leitos devem ter vão livre mínimo de 0,80 m e altura mínima de 2,10 m. A maçaneta deverá estar localizada entre 0,80 m e 1 m do solo.

Os leitos devem contar com uma faixa livre de circulação com no mínimo 0,90 m de largura, prevendo área de manobras para o acesso ao sanitário, camas e armários. Deve haver pelo menos uma área com diâmetro de no mínimo 1,50 m que possibilite um giro de 360° com cadeira de rodas.

Pelo menos 5% dos leitos devem ser acessíveis a cadeirantes, com altura de 0,46m. Recomenda-se que outros 10% sejam adaptáveis. Os interruptores devem se situar entre 0,60 m e 1 m do solo. Já as tomadas, devem se situar entre 0,40 m e 1 m do solo.

Nos sanitários é necessária a instalação de dispositivo de sinalização de emergência ao lado da bacia e do boxe do chuveiro, a uma altura de 0,40 m do piso acabado, para acionamento em caso de queda.

Os boxes para bacia sanitária devem possuir dimensão mínima de 1,50 m (largura) X 1,70 m e devem garantir as áreas para transferência diagonal, lateral e perpendicular, bem como área de manobra para rotação de 180°. Deve ser instalado um lavatório dentro do boxe, em local que não interfira na área de transferência. Quando a porta instalada for do tipo de eixo vertical, ela deve abrir para o lado externo do boxe. Recomenda-se a instalação de ducha higiênica ao lado da bacia, dotada de registro de pressão para regulagem da vazão.

As bacias sanitárias devem estar a uma altura, com o assento, entre 0,43 m e 0,46 m do piso acabado. O acionamento da descarga deve estar a uma altura de 1,00 m, do seu eixo ao piso acabado, e ser preferencialmente do tipo alavanca ou com mecanismos automáticos.

Os lavatórios devem ser suspensos, sendo que sua borda superior deve estar a uma altura de 0,78 m a 0,80 m do piso acabado e respeitando uma altura livre mínima de 0,73 m na sua parte inferior frontal. O sifão e a tubulação devem estar situados a no mínimo 0,25 m da face externa frontal e ter dispositivo de proteção do tipo coluna suspensa ou similar. Não é permitida a utilização de colunas até o piso ou gabinetes. As torneiras de lavatórios devem ser acionadas por alavanca, sensor eletrônico ou dispositivos equivalentes. Quando forem utilizados misturadores, estes devem ser preferencialmente de monocomando. O comando da torneira deve estar no máximo a 0,50 m da face externa frontal do lavatório. Devem ser instaladas barras de apoio junto ao lavatório, na altura do mesmo.

(*) Republicada por ter saído no DOU n- 237, de 10-12-2012, Seção 1, pág. 36, com incorreção no original.

Anexo IV

Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Origem: PRT MS/GM 483/2014)

Art. 1º Este Anexo define a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Seção I

Das Disposições Gerais

(Origem: PRT MS/GM 483/2014, CAPÍTULO I)

Art. 2º Para efeito deste Anexo, consideram-se doenças crônicas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 2º)

Art. 3º São princípios da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º)

I - acesso e acolhimento aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, I)

II - humanização da atenção, buscando-se a efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, II)

III - respeito às diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas e aos hábitos e cultura locais; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, III)

IV - modelo de atenção centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, IV)

V - articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, constituindo redes de saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, V)

VI - atuação territorial, com definição e organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas nas regiões de saúde, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, VI)

VII - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de estrutura, processo e desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, VII)

VIII - articulação interfederativa entre os diversos gestores de saúde, mediante atuação solidária, responsável e compartilhada; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, VIII)

IX - participação e controle social dos usuários sobre os serviços; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, IX)

X - autonomia dos usuários, com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, X)

XI - equidade, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, XI)

XII - formação profissional e educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, XII)

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, XIII)

Art. 4º São objetivos da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 4º)

I - realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 4º, I)

II - fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 4º, II)

Art. 5º São objetivos específicos da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 5º)

I - ampliar o acesso dos usuários com doenças crônicas aos serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 5º, I)

II - promover o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde dos usuários com doenças crônicas, por meio do desenvolvimento de ações coordenadas pela atenção básica, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 5º, II)

III - propiciar o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos adequados em tempo oportuno, garantindo-se a integralidade do cuidado, conforme a necessidade de saúde do usuário; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 5º, III)

IV - promover hábitos de vida saudáveis com relação à alimentação e à atividade física, como ações de prevenção às doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 5º, IV)

V - ampliar as ações para enfrentamento dos fatores de risco às doenças crônicas, tais como o tabagismo e o consumo excessivo de álcool; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 5º, V)

VI - atuar no fortalecimento do conhecimento do usuário sobre suas doenças e ampliação da sua capacidade de autocuidado e autonomia; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 5º, VI)

VII - impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 5º, VII)

Seção II

Das Competências das Esferas de Gestão

(Origem: PRT MS/GM 483/2014, CAPÍTULO II)

Art. 6º Compete ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seus respectivos âmbitos de atuação: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º)

I - garantir que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com doenças crônicas possuam infraestrutura e tecnologias adequadas, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, I)

II - garantir o financiamento tripartite para o cuidado integral das pessoas com doenças crônicas, de acordo com suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, II)

III - promover a formação e a qualificação dos profissionais e dos trabalhadores de saúde de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, III)

IV - utilizar os sistemas de informação vigentes para os cuidados prestados às pessoas com doenças crônicas, com a finalidade de obter informações que possibilitem o planejamento, o monitoramento, a avaliação, o controle e a regulação das ações realizadas, garantindo-se a interoperabilidade entre os sistemas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, IV)

V - adotar mecanismos de monitoramento, avaliação e auditoria com vistas à melhoria da qualidade das ações e dos serviços ofertados, considerando-se as especificidades dos estabelecimentos de saúde e suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, V)

VI - elaborar e divulgar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para qualificar o cuidado das pessoas com doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, VI)

VII - elaborar, desenvolver estratégias de comunicação e disponibilizar publicações, materiais didáticos, informativos ou outros materiais de interesse da população e dos profissionais de saúde relacionados às doenças crônicas e seus fatores de risco; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, VII)

VIII - estimular a participação popular e o controle social visando à contribuição na elaboração de estratégias para implantação das linhas de cuidado das doenças crônicas; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, VIII)

IX - manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde, de acordo com o respectivo nível de gestão, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, IX)

Art. 7º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 7º)

I - definir diretrizes gerais para estruturação das linhas de cuidado e organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 7º, I)

II - prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no processo de consolidação e qualificação das ações voltadas à atenção às pessoas com doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 7º, II)

III - realizar estudos no intuito de subsidiar e justificar a incorporação de novas tecnologias ou novos usos de tecnologias já existentes no SUS que possam ser utilizadas para qualificar o cuidado das pessoas com doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 7º, III)

IV - efetuar a habilitação dos estabelecimentos de saúde que realizam ações de atenção às pessoas com doenças crônicas, quando couber, de acordo com critérios técnicos estabelecidos em Portarias específicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 7º, IV)

V - desenvolver e disponibilizar sistemas de informação para os cuidados prestados às pessoas com doenças crônicas, com a finalidade de obter informações que possibilitem o planejamento, o monitoramento, a avaliação, o controle e a regulação das ações realizadas, garantindo-se a interoperabilidade entre os sistemas;(Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 7º, V)

VI - garantir o acesso aos insumos e medicamentos de compra centralizada, necessários para o tratamento das doenças crônicas de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e de acordo com o disposto em legislações específicas, no que couber; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 7º, VI)

VII - publicar documentos de apoio para a organização local das linhas de cuidado e para a elaboração de diretrizes clínicas regionais. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 7º, VII)

Art. 8º Compete às Secretarias de Saúde dos Estados: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 8º)

I - prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Municípios no processo de qualificação e de consolidação das ações voltadas à atenção às pessoas com doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 8º, I)

II - realizar a articulação interfederativa para pactuação de ações e de serviços em âmbito regional ou inter-regional para garantia da equidade e da integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 8º, II)

III - definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde do seu Estado com vistas ao desenvolvimento de planos de ação regionais para elaboração das linhas de cuidado; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 8º, III)

IV - acompanhar e apoiar a organização e a implementação regional das linhas de cuidado que irão compor a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, considerando todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir o acesso às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para o cuidado das pessoas com doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 8º, IV)

V - organizar a referência e a contrarreferência estaduais e regionais por meio da regulação com definição de critérios e do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da rede, de acordo com as necessidades de saúde dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 8º, V)

VI - garantir o acesso aos insumos e medicamentos necessários para o tratamento das doenças crônicas de acordo com a RENAME e de acordo com o disposto em legislações específicas, no que couber; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 8º, VI)

VII - apoiar e organizar a implantação de sistemas de informação vigentes, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, nos Municípios, e apoiar a utilização dos sistemas. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 8º, VII)

Art. 9º Compete às Secretarias de Saúde dos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 9º)

I - planejar e programar as ações e os serviços necessários para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, considerando-se os serviços disponíveis, a base territorial, o perfil e as necessidades de saúde locais; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 9º, I)

II - organizar as linhas de cuidado que irão compor a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, considerando todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir o acesso às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para o cuidado das pessoas com doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 9º, II)

III - pactuar as linhas de cuidado com os Municípios da respectiva região de saúde, garantindo a oferta de cuidado integral às pessoas com doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 9º, III)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300234

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

IV - organizar e pactuar as diretrizes, o fluxo e a regulação intra e intermunicipal das ações e dos serviços da rede de atenção à saúde, visando à garantia do acesso dos usuários, de acordo com suas necessidades; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 9º, IV)

V - implantar sistemas de informação, disponibilizados pelo Ministério da Saúde ou desenvolvidos localmente, quando couber, e contribuir para sua utilização de forma a obter registros dos dados relativos ao cuidado das pessoas com doenças crônicas atendidas nos serviços de saúde que estão sob responsabilidade do Município; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 9º, V)

VI - garantir o acesso aos insumos e medicamentos necessários para o tratamento das doenças crônicas de acordo com a RENAME e de acordo com o disposto em legislações específicas, no que couber. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 9º, VI)

Art. 10. Aplica-se à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal o disposto nos arts. 8º e 9º do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 10)

Seção III

Dos Componentes

(Origem: PRT MS/GM 483/2014, CAPÍTULO III)

Art. 11. A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é estruturada pelos seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11)

I - Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, I)

II - Atenção Especializada, que se divide em: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, II)

a) ambulatorial especializado; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, II, a)

b) hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, II, b)

c) urgência e emergência; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, II, c)

III - Sistemas de Apoio; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, III)

IV - Sistemas Logísticos; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, IV)

V - Regulação; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, V)

VI - Governança. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, VI)

Art. 12. A Atenção Básica constitui-se como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, com papel chave na sua estruturação como ordenadora e coordenadora do cuidado, com a responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade e de ser a porta de entrada prioritária para organização do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12)

Parágrafo Único. Além do disposto no art. 21, compete à Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12, Parágrafo Único)

I - realizar o diagnóstico, o rastreamento e o tratamento da sua população adstrita de acordo com os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12, Parágrafo Único, I)

II - prevenir, diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes das doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12, Parágrafo Único, II)

III - encaminhar para a Atenção Especializada os casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos em função de complicações decorrentes das doenças crônicas, ou quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, com base no controle dos fatores de risco e no acometimento de órgãos alvo, ou de acordo com diretrizes clínicas, regulação e pactuação locais, considerando-se as necessidades individuais; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12, Parágrafo Único, III)

IV - coordenar o cuidado das pessoas com doenças crônicas, mesmo quando referenciadas para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12, Parágrafo Único, IV)

V - acionar a Academia da Saúde e/ou outros equipamentos disponíveis no território como forma de contribuir para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, de acordo com as necessidades identificadas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12, Parágrafo Único, V)

VI - acionar as ferramentas de teleassistência, de teleducação e regulação vigentes ou outra estratégia local, sempre que necessário, para qualificar a atenção prestada e o eventual direcionamento da demanda dos usuários com doenças crônicas aos demais componentes da Rede de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12, Parágrafo Único, VI)

VII - realizar ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças crônicas de forma intersetorial e com participação popular, considerando os fatores de risco mais prevalentes na população. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12, Parágrafo Único, VII)

Art. 13. A Atenção Especializada constitui um conjunto de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência e emergência e ambulatoriais especializados e hospitalares, apoiando e complementando os serviços da Atenção Básica de forma resolutiva e em tempo oportuno. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 13)

Art. 14. O subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada constitui um conjunto de ações e serviços eletivos de média e alta densidade tecnológica, com a finalidade de propiciar a continuidade do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 14)

Parágrafo Único. Além do disposto no art. 21, compete ao subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 14, Parágrafo Único)

I - atuar de forma territorial, sendo referência para uma população definida, a partir do perfil epidemiológico das doenças crônicas e das necessidades de saúde da população de cada região, considerando-se os conceitos de escala, no que se refere à economia e à qualidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 14, Parágrafo Único, I)

II - prestar assistência ambulatorial eletiva de média e alta densidade tecnológica, de forma multiprofissional, a sua população adstrita que se enquadra nos critérios de encaminhamento para esse ponto de atenção, de acordo com os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local ou regional; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 14, Parágrafo Único, II)

III - prestar apoio matricial às equipes da Atenção Básica, presencialmente ou por meio das ferramentas de teleassistência e de teleducação vigentes ou de outras estratégias locais, dedicando parte da carga horária dos profissionais especificamente para essas ações; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 14, Parágrafo Único, III)

IV - realizar contrarreferência em casos de alta para os serviços de Atenção Básica, bem como comunicar periodicamente os Municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 14, Parágrafo Único, IV)

V - orientar o usuário com relação ao retorno à Atenção Básica e/ ou ao acompanhamento neste ponto de atenção, quando necessário; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 14, Parágrafo Único, V)

VI - encaminhar para o subcomponente hospitalar da Atenção Especializada os casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de diagnósticos ou internação, em função de complicações decorrentes das doenças crônicas, quando esgotadas as possibilidades terapêuticas no subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 14, Parágrafo Único, VI)

Art. 15. O subcomponente hospitalar da Atenção Especializada constitui o ponto de atenção estratégico voltado para as internações eletivas e/ou de urgência de pacientes agudos ou crônicos agudizados. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 15)

Parágrafo Único. Além do disposto no art. 21, compete ao subcomponente hospitalar da Atenção Especializada: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 15, Parágrafo Único)

I - realizar avaliação e tratamento dos casos referenciados pela Atenção Básica ou pelo subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de diagnósticos ou internação e tratamento das complicações decorrentes das doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 15, Parágrafo Único, I)

II - prestar cuidado integral e multiprofissional às internações eletivas ou de urgência de pessoas com doenças crônicas, encaminhadas ou não de outro ponto de atenção, conforme os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local ou regional; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 15, Parágrafo Único, II)

III - programar alta hospitalar com a participação da equipe multiprofissional, realizando orientações com foco no autocuidado; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 15, Parágrafo Único, III)

IV - realizar contrarreferência e orientar o retorno dos usuários, em casos de alta, para os serviços da Atenção Básica e/ou do subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada, bem como comunicar periodicamente os Municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento; e(Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 15, Parágrafo Único, IV)

V - prestar apoio matricial às equipes de Atenção Básica, presencialmente ou por meio das ferramentas de teleassistência e de teleducação vigentes ou de outras estratégias locais, dedicando parte da carga horária dos profissionais especificamente para essas ações. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 15, Parágrafo Único, V)

Art. 16. O subcomponente de urgência e emergência da Atenção Especializada constitui o conjunto de ações e serviços voltados aos usuários que necessitam de cuidados imediatos nos diferentes pontos de atenção, inclusive de acolhimento aos pacientes que apresentam agudização das condições crônicas. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 16)

Parágrafo Único. Compete ao subcomponente urgência e emergência da Atenção Especializada: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 16, Parágrafo Único)

I - prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento dos indivíduos com complicações agudas decorrentes das doenças crônicas a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento e classificação de riscos e vulnerabilidades; e(Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 16, Parágrafo Único, I)

II - realizar referência ou contrarreferência para os demais pontos de atenção à saúde, de acordo com cada caso. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 16, Parágrafo Único, II)

Art. 17. Os Sistemas de Apoio constituem sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, tais como patologia clínica e imagens e de assistência farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 17)

Parágrafo Único. Compete aos Sistemas de Apoio: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 17, Parágrafo Único)

I - realizar apoio diagnóstico e terapêutico das solicitações provenientes de todos os pontos de atenção, de acordo com as pactuações locais ou regionais definidas com base nos protocolos e nas diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local ou regional; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 17, Parágrafo Único, I)

II - prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico das pessoas com doenças crônicas, considerando-se a forma de organização da gestão local e regional, as necessidades de saúde locais e a RENAME. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 17, Parágrafo Único, II)

Art. 18. Os Sistemas Logísticos constituem soluções em saúde, em geral relacionadas às tecnologias de informação, integradas pelos sistemas de identificação e de acompanhamento dos usuários, o registro eletrônico em saúde, os sistemas de transporte sanitários e os sistemas de informação em saúde. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 18)

Parágrafo Único. Compete aos Sistemas Logísticos: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 18, Parágrafo Único)

I - operacionalizar a implementação de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, a gestão de casos, o apoio às decisões clínicas e a regulação do acesso aos serviços da Atenção Especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 18, Parágrafo Único, I)

II - organizar sistema de transporte sanitário, por meio de pactuações nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e/ou nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), que permita o fluxo adequado dos usuários com doenças crônicas entre os pontos de atenção, tanto na urgência quanto nas ações eletivas, por meio de veículos adaptados, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 18, Parágrafo Único, II)

Art. 19. A Regulação constitui o componente de gestão para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizar a organização da oferta e promover a equidade no acesso às ações e serviços de saúde, especialmente os de maior densidade tecnológica, e auxiliar no monitoramento e avaliação dos pactos intergestores. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 19)

Parágrafo Único. Compete à Regulação garantir o acesso às ações e aos serviços de saúde de média e de alta densidade tecnológica, necessários ao cuidado integral dos usuários com doenças crônicas, por meio das Centrais de Regulação ou Complexos Reguladores ou de acordo com a pactuação local, garantindo a equidade no acesso, em tempo oportuno, independentemente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde, levando em consideração a estratificação de risco e as diretrizes clínicas definidas pela gestão federal, regional ou local. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 20. A Governança constitui a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 20)

Art. 21. São competências comuns do componente da Atenção Básica e dos subcomponentes ambulatorial especializado e hospitalar da Atenção Especializada: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 21)

I - planejar o cuidado considerando a avaliação da vulnerabilidade e da capacidade de autocuidado das pessoas com doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 21, I)

II - organizar as ações que promovam os cuidados paliativos, quando couber, nas linhas de cuidado definidas para cada doença crônica, apoiando o cuidado e articulando com os demais pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 21, II)

III - garantir o acesso aos medicamentos e insumos para o tratamento das doenças crônicas, de acordo com as atribuições do ponto de atenção e de acordo com a RENAME; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 21, III)

IV - registrar as informações referentes às pessoas e às ações relacionadas às doenças crônicas nos sistemas de informação vigentes, quando couber; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 21, IV)

V - manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais pontos de atenção que compõem a linha de cuidado; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 21, V)

VI - realizar o primeiro atendimento de urgência e emergência e encaminhar os indivíduos com complicações agudas a outros serviços e/ou pontos de atenção, conforme necessidade individual; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 21, VI)

VII - oferecer acompanhamento multiprofissional e programar a realização de consultas e de exames de acordo com a necessidade individual, os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local, no âmbito da sua atuação. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 21, VII)

Art. 22. Todos os pontos de atenção à saúde, em especial os que integram os componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, prestarão o cuidado aos usuários com doenças crônicas agudizadas em ambiente adequado até a transferência ou encaminhamento dos usuários a outros pontos de atenção, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 22)

Seção IV

Das Linhas de Cuidado

(Origem: PRT MS/GM 483/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 23. A implantação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas se dará por meio da organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas, considerando os agravos de maior magnitude. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 23)

Art. 24. No âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, as linhas de cuidado deverão: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 24)

I - expressar os fluxos assistenciais que precisam ser garantidos ao usuário a fim de atender às necessidades de saúde relacionadas a uma condição crônica; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 24, I)

II - definir as ações e os serviços que serão ofertados por cada componente da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, baseadas em diretrizes clínicas e de acordo com a realidade de cada região de saúde, sempre considerando as evidências científicas sobre o tema de que trata. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 24, II)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300235

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 25. As linhas de cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas observarão às seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25)

I - definição no âmbito de 1 (uma) ou mais regiões de saúde, de acordo com a pactuação realizada nas CIR e/ou CIB e no CG-SES/DF, considerando-se as necessidades de saúde das respectivas populações; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, I)

II - garantia da regionalização da atenção especializada de forma que esta trabalhe com abrangência territorial e populacional, conforme pactuações loco-regionais; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, II)

III - caracterização dos pontos de atenção que conformam a linha de cuidado por meio da definição mínima de competências e de responsabilidades de cada um deles e do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles, dentre outros dispositivos; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, III)

IV - garantia e articulação dos recursos existentes para operacionalização das linhas de cuidado, segundo o planejamento de cada unidade federada; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, IV)

V - garantia de acesso regulado à atenção especializada, ambulatorial e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, V)

VI - implementação de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, a gestão de casos, o apoio às decisões clínicas e a regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, VI)

VII - oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para prevenção e tratamento das doenças crônicas, com efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando-se as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, VII)

VIII - garantia da avaliação e do acompanhamento periódicos das pessoas que apresentam doenças crônicas de forma integral e criteriosa, considerando-se a totalidade dos fatores de risco a que estão sujeitas e não apenas o potencial isolado de cada diagnóstico clínico ou laboratorial; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, VIII)

IX - estabelecimento de estratégias para apoio ao autocuidado de maneira a garantir a autonomia do usuário, o conhecimento sobre sua saúde e a corresponsabilização dos atores envolvidos; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, IX)

X - articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, incluindo incentivo à alimentação adequada e saudável e às práticas corporais e atividade física, de forma a apoiar os indivíduos, as famílias e a comunidade na adoção de modos de vida saudáveis, respeitando-se hábitos e culturas locais; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, X)

XI - definição de indicadores e metas de acompanhamento e avaliação para as linhas de cuidado das doenças crônicas. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, XI)

Parágrafo Único. A programação de cuidado, no que se refere à definição da frequência de realização de consultas, de grupos e de solicitação de exames, não se limitará ao critério de estratificação de risco, devendo considerar: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, Parágrafo Único)

I - os princípios da Atenção Básica descritos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, Parágrafo Único, I)

II - as necessidades individuais; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, Parágrafo Único, II)

III - as diretrizes clínicas de cada doença crônica; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, Parágrafo Único, III)

IV - os determinantes sociais da saúde. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, Parágrafo Único, IV)

Seção V

Das Disposições Finais

(Origem: PRT MS/GM 483/2014, CAPÍTULO V)

Art. 26. A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas será integrada ao Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde (COAP). (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 26)

CAPÍTULO II

DAS DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DA PREVENÇÃO E DO TRATAMENTO DO SOBREPESO E OBESIDADE NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Art. 27. Este Capítulo redefine as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 1º)

Art. 28. A organização das ações e serviços de prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas observará as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º)

I - diagnóstico da população assistida no SUS, de modo a identificar os indivíduos com sobrepeso e obesidade a partir da classificação de seu estado nutricional de acordo com a fase do curso da vida, ou seja, enquanto crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, I)

II - estratificação de risco da população de acordo com a classificação do seu estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, II)

III - organização da oferta integral de cuidados na Rede de Atenção à Saúde (RAS) por meio da definição de competências de cada ponto de atenção, do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles, bem como da garantia dos recursos necessários ao seu funcionamento segundo o planejamento de cada ente federativo e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, III)

IV - utilização de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, gestão de casos e regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, IV)

V - investigação e monitoramento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, V)

VI - articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, famílias e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis que permitam a manutenção ou recuperação do peso saudável; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, VI)

VII - garantia de financiamento adequado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, VII)

VIII - formação de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, VIII)

IX - garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento do sobrepeso e da obesidade, com efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas; e (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, IX)

X - garantia da oferta de práticas integrativas e complementares para promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento das pessoas com sobrepeso e obesidade. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, X)

Art. 29. Para os fins deste Capítulo, as atribuições gerais dos pontos de atenção à saúde do SUS para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade serão definidos a partir da classificação do estado nutricional do indivíduo segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) para adultos. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 3º)

§ 1º Para organização do cuidado aos indivíduos nas demais fases do curso da vida que apresentem sobrepeso e obesidade, deverá ser observada a equivalência dos critérios de classificação por IMC e as especificidades do tratamento. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os critérios de classificação para o sobrepeso e a obesidade nas diferentes fases do curso da vida devem seguir as referências do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 3º, § 2º)

§ 3º No caso de indivíduos adultos, considera-se com sobrepeso aqueles que apresentem IMC maior ou igual a 25 kg/m2 e menor que 30 kg/m2 e com obesidade aqueles com IMC maior ou igual a 30 kg/m2, sendo a obesidade classificada em: (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 3º, § 3º)

I - Grau I: indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 30 kg/m2 e menor que 35 kg/m2; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 3º, § 3º, I)

II - Grau II: indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 35 kg/m2 e menor que 40 kg/m2; e (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 3º, § 3º, II)

III - Grau III: indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 40 kg/m2. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 3º, § 3º, III)

Art. 30. Para a prevenção e o tratamento do sobrepeso e da obesidade, os Componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas exercerão especialmente as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º)

I - Componente Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, I)

a) realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, I, a)

b) realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos e cultura locais, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, I, b)

c) apoiar o autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, I, c)

d) prestar assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m², de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, I, d)

e) coordenar o cuidado dos indivíduos adultos que, esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, necessitarem de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC maior ou igual a 30 kg/m² com comorbidades ou IMC maior ou igual a 40 kg/m²; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, I, e)

f) prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, I, f)

g) garantir o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da atenção básica, incluindo os Pólos de Academia da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, I, g)

II - Componente Atenção Especializada: (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II)

a) Subcomponente Ambulatorial Especializado: (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, a)

1. prestar apoio matricial às equipes de Atenção Básica, presencialmente ou por meio dos Núcleos do Telessaúde; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, a, 1)

2. prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional aos indivíduos adultos com IMC maior ou igual a 30 kg/m² com comorbidades, e aos indivíduos com IMC maior ou igual a 40 kg/m², quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, de acordo com as demandas encaminhadas através da regulação; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, a, 2)

3. diagnosticar os casos com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhar a demanda através da regulação; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, a, 3)

4. prestar assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória aos usuários com indicação de realização de procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, a, 4)

5. prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, a, 5)

6. organizar o retorno dos usuários à assistência na Atenção Básica de acordo com as diretrizes estabelecidas localmente; e (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, a, 6)

7. realizar contra-referência em casos de alta para os serviços de atenção básica, bem como comunicar periodicamente os municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, a, 7)

b) Subcomponente Hospitalar: (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, b)

1. realizar avaliação dos casos indicados pela Atenção Especializada Ambulatorial e/ ou Regulação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais, dispostas no Anexo 1 do Anexo IV e protocolos locais de encaminhamentos e regulação; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, b, 1)

2. organizar o acesso à cirurgia, considerando e priorizando os indivíduos que apresentam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, b, 2)

3. realizar tratamento cirúrgico da obesidade de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais dispostas no Anexo 1 do Anexo IV e normas de credenciamento e habilitação definidas pelo Ministério da Saúde em atos normativos específicos; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, b, 3)

4. realizar cirurgia plástica reparadora para indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, conforme critérios dispostos em atos normativos específicos do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, b, 4)

5. garantir assistência terapêutica multiprofissional pós-operatória aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, b, 5)

6. organizar o retorno dos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade à assistência terapêutica multiprofissional na Atenção Especializada Ambulatorial e/ ou na Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas gerais estabelecidas no Anexo 1 do Anexo IV ; e (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, b, 6)

7. realizar contra-referência em casos de alta para os serviços de atenção básica e/ ou atenção ambulatorial especializada, bem como comunicar periodicamente aos Municípios e às equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, b, 7)

c) Subcomponente Urgência e Emergência: prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento, se necessário, dos indivíduos com complicações agudas decorrentes do sobrepeso e obesidade, bem como do pós-operatório da cirurgia bariátrica, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, c)

III - Componentes Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos: (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, III)

a) realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento da obesidade, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado da obesidade; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, III, a)

b) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico da obesidade e pós-tratamento cirúrgico da obesidade, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado da obesidade; e (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, III, b)

c) realizar o transporte sanitário eletivo e de urgência para os usuários com obesidade, por meio de veículos adaptados, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, III, c)

Parágrafo Único. A organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com sobrepeso ou obesidade será executado pelo Componente Regulação, que atuará de forma integrada, com garantia da transparência e da equidade no acesso, independente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 31. As Comissões Intergestores Bipartite (CIB), Comissões Intergestores Regionais (CIR) e o Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) pactuarão planos regionais para organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade a partir do estabelecido neste Capítulo e da estratificação de risco da população adstrita, nos quais deve constar a oferta de cuidado nos diferentes pontos de atenção, bem como a regulação do acesso às ações e serviços dos Componentes Atenção Especializada, subdivisões Ambulatorial Especializado e Hospitalar e Sistemas de Apoio, conforme os Anexos 1 e 2 do Anexo IV .(Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 5º)

§ 1º Caso a região de saúde tenha Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP), a pactuação da linha de cuidado de obesidade será a ele integrado. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 5º, § 1º)

§ 2º A elaboração dos planos regionais para organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade observará as diretrizes clínicas dispostas no Anexo 1 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 5º, § 2º)

§ 3º O Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo Portador de Obesidade será regulamentado em ato normativo específico do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 5º, § 4º)

Art. 32. Aos indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade será garantida a realização de cirurgia plástica reparadora, cujos critérios constarão em atos normativos específicos do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 6º)

Art. 33. O financiamento da organização das ações e serviços de promoção da saúde, prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Básica será realizado por meio do Piso de Atenção Básica, do Piso de Vigilância e Promoção da Saúde, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, do Programa Academia da Saúde, do Programa Saúde na Escola, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e do apoio para a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 7º)

Art. 34. O financiamento da organização das ações e serviços no âmbito do Componente Atenção Especializada será realizado conforme ato normativo específico do Ministério da Saúde, mediante pactuação prévia na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e estará condicionado à construção regional da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 8º)

Art. 35. O Ministério da Saúde disponibilizará manuais instrutivos e cadernos temáticos para orientar a organização local de linhas de cuidado do sobrepeso e obesidade e a construção de diretrizes clínicas regionais. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 9º)

Art. 36. Fica a cargo das Secretarias municipais, estaduais e distrital de Saúde organizar a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade para garantir o cuidado integral ao indivíduo com obesidade. (Origem: PRT MS/GM 62/2017, Art. 4º)

Seção I

Do Regulamento Técnico, Normas e Critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade

Art. 37. Fica definido que os estabelecimentos com Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade são os hospitais que oferecem apoio diagnóstico e terapêutico especializado, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento aos indivíduos com obesidade.(Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 1º)

Parágrafo Único. Os indivíduos com indicação para o tratamento cirúrgico da obesidade são aqueles com obesidade grau III e obesidade grau II com comorbidades, conforme os critérios estabelecidos no Capítulo II, da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 38. Para cumprir as suas finalidades os estabelecimentos de saúde habilitados como Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade devem estar inseridos na organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 2º)

Parágrafo Único. As Secretarias de Saúde dos Estados, ao indicarem o estabelecimento que prestará a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, devem estabelecer em conjunto com seus respectivos municípios, os fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência dos indivíduos obesos grau III e grau II com comorbidades, de acordo com o estabelecido na linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 39. Fica estabelecido que a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deverá: (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 3º)

I - participar de forma articulada e integrada com a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e com a linha de cuidado definida localmente para o tratamento do sobrepeso e da obesidade; e (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 3º, I)

II - participar no desenvolvimento profissional, em parceria com o gestor local do SUS, induzindo à formação e qualificação para atenção ao obeso, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais do SUS. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 3º, II)

Art. 40. Fica aprovado, na forma de Anexos 3, 4 e 5 do Anexo IV , o que segue: (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 4º)

I - Anexo 3 do Anexo IV - Diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirurgia bariátrica; (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 4º, I)

II - Anexo 4 do Anexo IV - Normas de Credenciamento/Habilitação para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade; e (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 4º, II)

III - Anexo 5 do Anexo IV - Relação dos procedimentos para o tratamento cirúrgico da obesidade na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 4º, III)

Art. 41. Ficam definidos que os critérios de credenciamento/habilitação para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade com adesão à linha de cuidado do sobrepeso e obesidade estão estabelecidos no Anexo 4 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 5º)

Parágrafo Único. A Secretaria de Estado de Saúde deverá encaminhar resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ao Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática, Coordenação-Geral de Atenção Especializada (CGAE/DAET/SAS/MS) aprovando a indicação do estabelecimento para o credenciamento/habilitação na Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 5º, § 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1389/2014) (com redação dada pela PRT MS/GM 62/2017)

Art. 42. Ficam alteradas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS as idades mínima e máxima para o tratamento cirúrgico da obesidade, respeitando-se os limites clínicos de acordo a idade. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 8º)

§ 1º Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore -Z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir: a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas da área clínica e cirúrgica. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 8º, § 2º)

Art. 43. Fica incluído, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, o procedimento 03.01.12.008-0 - Acompanhamento de paciente pré-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional, que tem como instrumento de registro a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais - APAC, cujo Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial deverá conter os dados complementares. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 9º)

§ 1º O procedimento referido no "caput" deste artigo deve ser apresentado na quantidade máxima de 01 (um) em APAC tipo única, que terá validade de 03 (três) competências. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Para realização do procedimento descrito no "caput" os estabelecimentos devem ser habilitados em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (código 02.03). (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 9º, § 2º)

Art. 44. O procedimento 03.01.12.005-6 - Acompanhamento de paciente pós-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional tem como instrumento de registro a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais - APAC, cujo Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial deverá conter os dados complementares. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 10)

Parágrafo Único. Os modelos de laudos e demais orientações técnicas estão disponíveis no endereço eletrônico http://sia.datasus.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 45. Fica incluído o procedimento 04.07.01.036-0 - Gastrectomia Vertical em Manga (Sleeve) - na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, conforme Anexo 5 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 11)

Art. 46. Ficam incluídos os procedimentos para possíveis complicações pós-cirúrgica: 03.03.07.013-7 - Tratamento de intercorrência clínica pós-cirurgia bariátrica e 04.07.01.037-8 - Tratamento de intercorrência cirúrgica pós-cirurgia bariátrica na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, conforme Anexo 5 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 12)

§ 1º Fica definido que os procedimentos descritos no "caput" estão restritos aos primeiros 30 (trinta) dias pós-cirurgia bariátrica. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 12, § 1º)

§ 2º Nas intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas pós-cirurgia bariátrica com internação do paciente deverá ser registrado o número da AIH da cirurgia bariátrica no campo AIH anterior no SISAIH01. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 12, § 2º)

Art. 47. Fica incluído o procedimento 04.13.04.025-9 - Dermolipectomia abdominal circunferencial pós-cirurgia bariátrica na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS conforme Anexo 5 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 13)

Art. 48. O registro do procedimento 04.15.02.001-8 - Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora pós-cirurgia bariátrica da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS será efetuado da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 14)

I - na AIH dever-se-á informar como procedimento solicitado e realizado o 04.15.02.001-8 - Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora pós-cirurgia bariátrica; (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 14, I)

II - na mesma AIH do procedimento 04.15.02.001-8 será permitido o registro simultâneo de, no máximo, 02 (dois) procedimentos de cirurgias plásticas reparadoras definidas no Anexo 5 do Anexo IV ; e (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 14, II)

III - os procedimentos definidos no Anexo 5 do Anexo IV deverão ser registrados no Campo Procedimentos Realizados da AIH, sendo pago 100% do valor total de cada procedimento. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 14, III)

Art. 49. Ficam alterados os atributos dos procedimentos 04.07.01.012-2 - Gastrectomia com ou sem derivação duodenal, 04.07.01.018-1 - Gastroplastia vertical com banda e 04.07.01.017-3 - Gastroplastia com derivação intestinal, conforme Anexo 5 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 15)

Art. 50. O valor do procedimento para o tratamento cirúrgico da obesidade não inclui os valores das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) compatíveis, das diárias de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e dos procedimentos especiais realizados no paciente durante a internação. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 16) (com redação dada pela)

Art. 51. Ficam incluídas as compatibilidades de OPM com os procedimentos para tratamento cirúrgico da obesidade conforme a tabela a seguir: (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 17)

I - Procedimentos: 04.07.01.012-2 - Compatibilidades: Gastrectomia com ou sem derivação duodenal - Compatibilidades: 07.02.05.028-8 - Grampeador linear cortante, Quantidade: 01; 07.02.05.004-0 - Carga para grampeador linear cortante, Quantidade: 03; (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 17, I)

II - Procedimentos: 04.07.01.036-0 - Gastrectomia Vertical em Manga (Sleeve); Compatibilidades: 07.02.05.028-8 - Grampeador linear cortante, Quantidade: 01; 07.02.05.004-0 - Carga para grampeador linear cortante, Quantidade: 03; (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 17, II)

III - Procedimentos: 04.07.01.017-3 - Gastroplastia com derivação intestinal; Compatibilidades: 07.02.05.028-8 - Grampeador linear cortante, Quantidade: 01; 07.02.05.004-0 - Carga para grampeador linear cortante, Quantidade: 03; e (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 17, III)

IV - Procedimentos: 04.07.01.018-1 - Gastroplastia vertical com banda; Compatibilidades: 07.02.05.027-0 - Grampeador linear, Quantidade: 01; 07.02.05.026-1 - Grampeador circular intraluminal, Quantidade: 01. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 17, IV)

Art. 52. Fica determinado que a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade realize as avaliações, as indicações e o acompanhamento dos indivíduos com obesidade, conforme estabelecido na linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 18)

Art. 53. Fica determinado que a organização da Rede de Atenção às Urgências deve prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos indivíduos com obesidade a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 19)

Art. 54. As Secretarias de Saúde dos Estados, desde que não haja oferta de serviços ou insuficiência avaliada e comprovada, devem observar o disposto na Portaria n° 258/SAS/MS, de 30 de julho de 2009 que regulamenta a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC). (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 20)

Art. 55. Fica determinado que os formulários de vistoria e roteiros que auxiliem no tratamento e encaminhamento do paciente obeso grau III ou grau II, com comorbidades, estarão disponíveis no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 21)

Art. 56. É de responsabilidade dos gestores locais a regulação, o controle e a avaliação dos serviços de saúde, a avaliação da estrutura, a forma e a equipe para atendimento ao indivíduo com obesidade, bem como a garantia da qualidade dos serviços. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 22)

Art. 57. Caberá aos gestores locais estaduais ou municipais realizarem ações de regulação, de controle e de avaliação da atenção à saúde, bem como a conformidade entre os procedimentos realizados e seus ressarcimentos. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 23)

Art. 58. Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde (CGSI/DRAC/SAS/MS), adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), para o cumprimento do disposto nas regras sobre Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 25)

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC) NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Seção I

Das Disposições Gerais

(Origem: PRT MS/GM 389/2014, CAPÍTULO I)

Art. 59. Ficam definidos os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica (DRC) e instituído incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 1º)

Art. 60. Ficam aprovadas as Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no âmbito do SUS, que será disponibilizada no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 2º)

Seção II

Das Diretrizes e Critérios para a Organização da Linha de Cuidado à Pessoa com DRC

(Origem: PRT MS/GM 389/2014, CAPÍTULO II)

Art. 61. Os estabelecimentos de saúde integrantes da linha de cuidado à pessoa com DRC na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas observarão às seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3º)

I - foco da atenção nas necessidades de saúde da população coordenado pela Atenção Básica e contemplando todos os níveis de atenção; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3º, I)

II - diagnóstico precoce de modo a identificar as pessoas com DRC; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3º, II)

III - implementação da estratificação de risco da população com DRC de acordo com a classificação do seu estágio clínico, segundo a alteração de exame laboratorial da Taxa de Filtração Glomerular (TFG); (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3º, III)

IV - garantia de financiamento adequado para prevenção, tratamento dos fatores de risco e tratamento da DRC na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, em especial ao cuidado das pessoas com DRC em estágios clínicos pré-dialíticos, bem como para o cuidado das pessoas com necessidades de Terapia Renal Substitutiva (TRS); (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3º, IV)

V - garantia da educação permanente de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3º, V)

VI - implementação das diretrizes expressas no Programa Nacional de Segurança do Paciente; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3º, VI)

VII - garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC baseado nas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3º, VII)

VIII - articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3º, VIII)

IX - desenvolvimento de medidas que garantam a difusão das ações e cuidado à pessoa com DRC em todos os pontos de atenção da linha de cuidado, bem como a comunicação entre os serviços de saúde para promoção do cuidado compartilhado. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3º, IX)

Art. 62. Para efeito deste Capítulo, a classificação do estágio clínico da DRC, segundo a TFG, observará aos seguintes parâmetros: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 4º)

I - DRC estágio 1: TFG ³ 90mL/min/1,73m² na presença de proteinúria e/ou hematúria ou alteração no exame de imagem; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 4º, I)

II - DRC estágio 2: TFG ³ 60 a 89 mL/min./1,73m²; III - DRC estágio 3a: TFG ³ 45 a 59 mL/min./1,73m²; IV - DRC estágio 3b: TFG ³ 30 a 44 mL/min./1,73m²; V - DRC estágio 4: TFG ³ 15 a 29 mL/min./1,73m²; e VI - DRC estágio 5: TFG < 15 mL/min./1,73m². (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 4º, II)

Parágrafo Único. É recomendado que o laboratório de análises clínicas disponibilize o resultado do exame de dosagem de creatinina acompanhado do resultado da TFG. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 63. São atribuições dos pontos de atenção dos componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, além das definidas no Anexo IV, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º)

I - Componente Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I)

a) realizar ações recomendadas pela Política Nacional de Promoção à Saúde, na prevenção dos fatores de risco relativos à DRC; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, a)

b) atualizar o calendário vacinal das pessoas com DRC, conforme Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (PNI/MS); (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, b)

c) realizar diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DRC em conformidade com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), bem como a atenção de acordo com as Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, c)

d) realizar estratificação de risco e encaminhamento à atenção especializada, quando necessário, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, d)

e) coordenar e manter o vínculo e o cuidado das pessoas com DRC, quando referenciados para outros pontos de atenção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, e)

f) realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, f)

g) prestar cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento das pessoas com complicações agudas da DRC ou da TRS a outros pontos de atenção, quando necessário, de acordo com o Anexo III ; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, g)

h) registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIsAB) as ações de controle da DRC; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, h)

II - Componente da Atenção Especializada Ambulatorial: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II)

a) atuar de acordo com a definição da Rede de Atenção à Saúde (RAS); (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, a)

b) prestar assistência ambulatorial de forma multiprofissional, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS, incluindo a necessidade de TRS; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, b)

c) disponibilizar carga horária, adequada à realidade local e mediante pactuação e contratualização do gestor, para realizar apoio matricial, presencialmente ou por meio dos Núcleos do Telessaúde ou através de outras formas de comunicação definidas com o gestor público de saúde local, às equipes de atenção básica de referência nos temas relacionados a doenças renais, conforme disposto no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, c)

d) diagnosticar, quando da necessidade de TRS-diálise, os casos com indicação para procedimento cirúrgico da confecção de fístula arteriovenosa ou implante de cateter para dialise peritoneal, conforme o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, d)

e) definir, no contrato celebrado entre o gestor de saúde e o estabelecimento de atenção especializada ambulatorial em DRC, de quem será a responsabilidade para realizar a confecção da fístula arterio-venosa de acesso à hemodiálise ou o implante de cateter para diálise peritoneal; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, e)

f) utilizar da regulação das urgências para o encaminhamento ou transferência da pessoa com DRC para os estabelecimentos de saúde de referência, previamente pactuados locorregionalmente, quando estas pessoas estiverem no estabelecimento de atenção especializada ambulatorial em DRC e necessitarem, naquele momento, de cuidados imediatos em urgência; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, f)

g) manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais componentes da RAS; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, g)

h) informar todos os acompanhamentos multiprofissionais em DRC nos estágios 4 e 5 (pré diálise) e os demais procedimentos correspondentes nos temas relacionados em doenças renais, incluindo a TRS, quando couber, no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), ou outro(s) que vier(em) a substituí-lo, de acordo com a tipologia do estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, h)

Art. 64. Compete aos pontos de atenção do componente de Atenção Básica, ainda, a gestão do cuidado à pessoa com DRC e a atenção dos estágios clínicos pré-dialíticos 1 ao 3, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 6º)

Art. 65. Compete aos estabelecimentos de atenção especializada ambulatorial em DRC o apoio matricial às equipes de Atenção Básica nos temas relacionados em doenças renais, o cuidado às pessoas com DRC do estágio clínico 4 e 5 (pré dialítico), bem como aos estágios dialíticos, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o cuidado ao às pessoas com DRC. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 7º)

Seção III

Das Tipologias e Atribuições das Unidades de Atenção Especializada Ambulatorial em DRC

(Origem: PRT MS/GM 389/2014, CAPÍTULO III)

Art. 66. A atenção à saúde da pessoa com DRC será organizada conforme as seguintes tipologias: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º)

I - Unidade Especializada em DRC; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, I)

II - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, II)

III - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, III)

§ 1º A Unidade Especializada em DRC, responsável pela Atenção de Média Complexidade, realizará o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios clínicos 4 e 5 (pré diálise) ou nas demais situações previstas no documento das Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no SUS (exceto TRS - diálise) e deverão matriciar as equipes de atenção básica, nos temas relacionados a doenças renais. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 1º)

§ 2º A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia, responsável pela Atenção de Alta Complexidade, realizará pelo menos uma modalidade de TRS-diálise para tratamento da pessoa com DRC. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 2º)

§ 3º À Unidade Especializada em DRC com TRS-Diálise, responsável pela Atenção de Média e Alta complexidade, compete: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 3º)

I - realizar o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 (pré diálise) ou nas demais situações previstas no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 3º, I)

II - matriciar as equipes de atenção básica nos temas relacionados a doenças renais; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 3º, II)

III - ofertar, pelo menos, uma modalidade de TRS-diálise para tratamento da pessoa com DRC. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 3º, III)

§ 4º O acompanhamento multiprofissional em DRC de que trata o § 1º e o inciso I do § 3º consiste na realização de consultas multiprofissionais e na realização de exames na periodicidade recomendada no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS no estágio clínico pré-dialítico.(Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 4º)

§ 5º O apoio matricial de que trata o § 1º e o inciso II do § 3º inclui ações como interconsultas, segunda opinião formativa, discussão de casos, momentos de educação permanente conjuntos, intervenções no território e intersetoriais, a fim de compartilhar a responsabilidade pelo cuidado de uma população específica, de ampliar a capacidade de análise e de intervenção, aumentando a resolutividade dos respectivos pontos de atenção envolvidos no processo de apoio matricial. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 5º)

§ 6º O tratamento de diálise, de que trata o § 2º e o inciso III do § 3º consiste na realização das consultas em nefrologia e exames decorrentes e na realização de pelo menos uma das seguintes modalidades de TRS-diálise: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 6º)

I - diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC); (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 6º, I)

II - diálise peritoneal automática (DPA); (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 6º, II)

III - diálise peritoneal intermitente (DPI); e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 6º, III)

IV - Hemodiálise (HD). (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 6º, IV)

Art. 67. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRC com TRS/diálise deverão oferecer, obrigatoriamente: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º)

I - atendimento ambulatorial aos pacientes que estão em processo de diálise, sob sua responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º, I)

II - uma ou mais das modalidades de diálise de que trata o art. 66, § 6º ; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º, II)

III - fornecimento, sob orientação do nutricionista e com base na prescrição médica, do aporte nutricional ao paciente no dia do procedimento dialítico; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º, III)

IV - realização periódica, em seus pacientes, dos exames definidos conforme as Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º, IV)

§ 1º A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRC com TRS/diálise com capacidade para oferecer somente a modalidade HD devem garantir o acesso à DPAC, à DPA e à DPI quando da necessidade do paciente. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRC com TRS/diálise com capacidade para oferecer somente as modalidades DPAC, DPA e DPI devem garantir o acesso à HD, quando da necessidade do paciente. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º, § 2º)

Art. 68. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRC com TRS/diálise deverão: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 10)

I - prestar os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências que ocorrerem durante o processo de diálise, garantindo a estabilização do paciente; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 10, I)

II - dar continuidade à assistência por meio da regulação de urgência e emergência, que deverá garantir o transporte do paciente e a continuidade da assistência necessária para as referências previamente pactuadas locorregionalmente. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 10, II)

Parágrafo Único. O serviço de diálise deverá registrar os resultados dos exames realizados e os indicadores da efetividade dialítica nos prontuários dos pacientes. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 69. A sala para atendimento ao paciente HbsAg+ pode ser considerada opcional, desde que o estabelecimento de diálise possua convênio ou contrato formal com outro serviço para o atendimento destes pacientes. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 11)

Art. 70. Os pacientes devem ser submetidos à confecção da fístula, de acordo com a condição vascular, quando a TFG for menor do que 20 ml/min. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 12)

Art. 71. Os pacientes que optarem por diálise peritoneal serão encaminhados, juntamente com seus familiares, para treinamento pela equipe multidisciplinar. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 13)

Parágrafo Único. Os pacientes de que trata o "caput" serão encaminhados para o serviço de referência de implante de cateter em período suficiente para o início programado da diálise. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 13, Parágrafo Único)

Seção IV

Da Adesão e Habilitação para Integrar a Linha de Cuidado da Pessoa com DRC

(Origem: PRT MS/GM 389/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 72. Para a adesão dos estabelecimentos de saúde para integrar a Linha de Cuidado da Pessoa com DRC como Unidade Especializada em DRC, as Secretarias de Saúde deverão encaminhar à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 14)

I - Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, no caso do Distrito Federal, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde (CGSES/DF) e, quando houver, da Comissão Intergestores Regional (CIR), contendo: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 14, I)

a) aprovação dos estabelecimentos de saúde de atenção especializada ambulatorial que prestarão assistência às pessoas com DRC, estágio 4 e 5 (pré-diálise), contendo a relação dos estabelecimentos de saúde dentro da rede de atenção às pessoas com doenças crônicas, conforme definido neste Capítulo; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 14, I, a)

b) metas físicas a serem alcançadas, conforme a estimativa de público-alvo com DRC, estágio 4 e 5 (pré-diálise), considerando-se a capacidade de produção dos estabelecimentos de saúde elencados; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 14, I, b)

II - registro no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) das unidades básicas de saúde para as quais as unidades de atenção especializada ambulatorial serão referência; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 14, II)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300238

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

III - cópia da publicação em diário oficial do extrato de contrato com o estabelecimento de saúde, quando este não for da rede própria vinculada à respectiva Secretaria de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 14, III)

Art. 73. Para a habilitação dos estabelecimentos de saúde para integrar a linha de cuidado da pessoa com DRC como Unidade de Assistência da Alta Complexidade em Nefrologia, as Secretarias de Saúde Estaduais deverão encaminhar à CGMAC/DAET/SAS/MS as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15)

I - parecer conclusivo do gestor público de saúde estadual quanto ao credenciamento/habilitação da Unidade; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, I)

II - Resolução da CIB aprovando o credenciamento/habilitação e a informação sobre o impacto financeiro no custeio do serviço de saúde; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, II)

III - relatório de vistoria realizado pela Vigilância Sanitária local, onde conste a estrita observância da RDC nº 11, de 13 de março de 2014, e cópia da Licença de Funcionamento; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, III)

IV - contrato assinado pelo gestor de saúde e o responsável técnico do estabelecimento de saúde que presta assistência à saúde em DRC com a definição da responsabilidade pela confecção da fístula arterio-venosa de acesso à hemodiálise ou implante de cateter para diálise peritoneal; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, IV)

V - termo de compromisso celebrado entre o serviço de saúde de diálise, o gestor local e o hospital vinculado ao SUS de retaguarda, estabelecendo as responsabilidades pela garantia de referência aos casos que necessitem de internação por intercorrências decorrentes do tratamento dialítico; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, V)

VI - termo de compromisso celebrado entre o serviço de saúde de diálise e o serviço de diagnose para que seja garantida a execução dos exames; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, VI)

VII - declaração do impacto financeiro do serviço a ser credenciado, segundo os valores dos procedimentos necessários à realização da diálise constantes na tabela de procedimentos do SUS; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, VII)

VIII - termo de compromisso celebrado entre o serviço de saúde de diálise, que não ofereça todas as modalidades de diálise, com outro serviço de saúde de diálise, para que seja garantida a oferta de todas as modalidades de procedimentos de diálise; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, VIII)

IX - relação dos profissionais de saúde, especificando quais são os responsáveis técnicos pelo estabelecimento de saúde, cadastrados no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, IX)

X - documento da Secretaria Estadual de Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde que comprove a garantia da assistência do paciente com DRC, por meio da regulação de urgência e emergência, no caso de intercorrência durante o tratamento de diálise; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, X)

XI - Termo de compromisso assinado pelo responsável técnico do estabelecimento de saúde que presta assistência à saúde em DRC garantindo o encaminhamento de todos os pacientes em diálise para avaliação por uma equipe de transplante; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, XI)

XII - cópia da publicação, em diário oficial, do extrato de contrato com o estabelecimento de saúde, quando este não for da rede própria vinculada à respectiva Secretaria de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, XII)

§ 1º No caso do inciso III, o serviço público deve ter a cópia do parecer técnico conclusivo da situação encontrada que será anexado ao processo. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, § 1º)

§ 2º O processo de habilitação deverá ser formalizado pela Secretaria Estadual de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, § 2º)

§ 3º O respectivo gestor público de saúde estadual analisará a necessidade e os critérios estratégicos e técnicos dispostos neste Capítulo e dará início ao processo de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, § 3º)

§ 4º A ausência da análise de que trata o § 3º impede a sequência do processo de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, § 4º)

§ 5º Uma vez emitido o parecer favorável a respeito do credenciamento pelo gestor público de saúde estadual, o processo com a documentação comprobatória ficará na posse do gestor do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, § 5º)

Art. 74. Para habilitação dos estabelecimentos de saúde para integrar a linha de cuidado da pessoa com DRC como Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise, as Secretarias de Saúde Estaduais deverão observar o disposto nos arts. 72 e 73 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 16)

Art. 75. O Ministério da Saúde avaliará os documentos encaminhados pelas Secretarias de Saúde, podendo proceder a vistoria "in loco" para conceder a adesão/habilitação do serviço de saúde. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 17)

Parágrafo Único. Caso a avaliação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) tomará as providências para a publicação da Portaria específica de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 17, Parágrafo Único)

Art. 76. Para que os estabelecimentos atualmente habilitados em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia (serviço de nefrologia) - código 1501 ou em Centro de referência de alta complexidade em nefrologia - código 1502 se habilitem como Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise, o ente federativo interessado, por meio de sua respectiva Secretaria de Saúde, deverá encaminhar ao Ministério da Saúde as informações previstas art. 72. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 18)

Seção V

Da Composição das Equipes

(Origem: PRT MS/GM 389/2014, CAPÍTULO V)

Art. 77. A Unidade Especializada em DRC terá a seguinte equipe mínima: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 19)

I - médico nefrologista; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 19, I)

II - enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 19, II)

III - nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 19, III)

IV - psicólogo; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 19, IV)

V - assistente social. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 19, V)

Art. 78. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia que ofertar a modalidade de HD, terá a seguinte equipe mínima: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20)

I - 1 (um) médico nefrologista que responda pelos procedimentos e intercorrências médicas como Responsável Técnico; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, I)

II - 1 (um) enfermeiro, especializado em nefrologia, que responda pelos procedimentos e intercorrências de enfermagem como Responsável Técnico; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, II)

III - médico nefrologista; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, III)

IV - enfermeiro especialista em nefrologia; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, IV)

V - assistente social; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, V)

VI - psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, VI)

VII - nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, VII)

VIII - técnico de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, VIII)

IX - técnico de enfermagem exclusivo para o reprocessamento dos capilares; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, IX)

X - funcionário exclusivo para serviços de limpeza; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, X)

XI - técnico responsável pela operação do sistema de tratamento de água para diálise, para os serviços que possui o programa de hemodiálise. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, XI)

Art. 79. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia que ofertar a modalidade de DPAC ou DPA terá a seguinte equipe mínima: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 21)

I - médico nefrologista, como responsável técnico; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 21, I)

II - enfermeiro nefrologista, como responsável técnico; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 21, II)

III - nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 21, III)

IV - psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 21, IV)

V - assistente social; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 21, V)

VI - técnico de enfermagem. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 21, VI)

Art. 80. A composição mínima da equipe da Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise observará o disposto nos arts. 77, 78 e 79 do Anexo IV , no que couber. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 22)

Parágrafo Único. O mesmo profissional poderá compor a equipe da Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise na atenção de média e alta complexidade, desde que em diferentes turnos. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 22, Parágrafo Único)

Art. 81. A substituição dos profissionais que compõem as equipes mínimas deve ser providenciada nos respectivos períodos de férias. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 23)

Art. 82. O médico e o enfermeiro de que trata os incisos I e II do art. 78 e os incisos I e II do art. 79 só podem ser os Responsáveis Técnicos de 1 (uma) Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia ou de 1 (uma) Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 24)

Art. 83. Para o programa de DPAC e de DPA, deverá ser obedecida a proporção de pelo menos 1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 25)

Art. 84. Para o programa de DPI, deverá ser obedecido, no mínimo, a seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 26)

I - 1 (um) médico nefrologista durante o dia, para avaliação dos pacientes e atendimento das intercorrências, podendo ser o mesmo da hemodiálise, DPAC, DPA, desde que não ultrapasse a relação de 1 (um) médico para cada 35 (trinta e cinco) pacientes; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 26, I)

II - 1 (um) médico para atendimento de urgências no período noturno para cada 35 (trinta e cinco) pacientes; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 26, II)

III - 1 (um) enfermeiro, em conformidade com o art. 89, para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, durante o dia; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 26, III)

IV - 1 (um) enfermeiro, em conformidade com o art. 89, para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, durante o período noturno; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 26, IV)

V - 1 (um) técnico de enfermagem em todos os turnos, para cada 2 (dois) pacientes, ou para cada 4 (quatro), no caso de todos os postos de atendimento contarem com máquinas para diálise peritoneal. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 26, V)

Art. 85. Para a HD, deverá ser obedecido, no mínimo, a seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 27)

I - 1 (um) médico nefrologista para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 27, I)

II - 1 (um) enfermeiro para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, em cada turno; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 27, II)

III - 1 (um) técnico de enfermagem para cada 4 (quatro) pacientes por sessão de HD. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 27, III)

Parágrafo Único. Todos os membros da equipe de saúde responsáveis pelo atendimento durante o procedimento hemodialítico devem permanecer no ambiente de diálise durante toda a sessão. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 27, Parágrafo Único)

Art. 86. Os procedimentos de diálise pediátrica, que abrangem a faixa etária de 0 a 12 anos completos, devem ser acompanhados por médico nefrologista pediátrico. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 28)

§ 1º Em Municípios que não contam com nefrologista pediátrico, o tratamento deverá ser acompanhado, também, por um pediatra, não sendo necessária sua vinculação com o serviço de diálise. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 28, § 1º)

§ 2º A proporção de técnico de enfermagem deve ser de 1 (um) para cada 2 (dois) pacientes por turno. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 28, § 2º)

§ 3º O paciente pediátrico terá direito ao acompanhamento de membro da família ou de responsável durante o atendimento dialítico. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 28, § 3º)

Art. 87. Cada nefrologista pode prestar serviços em diferentes serviços de diálise ou diferentes turnos, desde que sua responsabilidade não ultrapasse o total de 70 (setenta) pacientes inscritos em programa de tratamento dialítico. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 29)

Art. 88. Os médicos nefrologistas dos serviços de diálise devem ter o título de especialista ou certificado registrado pelo Conselho Federal de Medicina. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 30)

Art. 89. A capacitação formal e o credenciamento dos enfermeiros na especialidade de nefrologia devem ser comprovados por declaração ou certificado, respectivamente, reconhecidos pela Associação Brasileira de Enfermagem em Nefrologia (SOBEN). (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 31)

§ 1º No caso do título de especialista, poderá ser obtido através de especialização em Nefrologia reconhecida pelo Ministério da Educação ou pela SOBEN através da prova de título, seguindo as normas do Conselho Federal de Enfermagem. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 31, § 1º)

§ 2º O enfermeiro que estiver em processo de capacitação deve ser supervisionado por um enfermeiro especialista em nefrologia. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 31, § 2º)

Seção VI

Do Monitoramento e Avaliação

(Origem: PRT MS/GM 389/2014, CAPÍTULO VII)

Art. 90. Os estabelecimentos de saúde autorizados a prestarem a atenção à saúde às pessoas com DRC no âmbito do SUS serão submetidos à regulação, controle e avaliação dos seus respectivos gestores, estando sob responsabilidade destes gestores, dentre outras, as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 34)

I - avaliação da estrutura e equipe dos estabelecimentos por eles autorizados para prestar o cuidado; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 34, I)

II - avaliação da compatibilidade entre o número de casos esperados para a população atendida, o número de atendimentos realizados e o número de procedimentos faturados, observando também a distribuição numérica esperada dos procedimentos (consultas e acompanhamentos/tratamentos); e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 34, II)

III - avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos estabelecimentos. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 34, III)

Art. 91. O cumprimento das metas físicas de que trata o art. 296, § 2º da Portaria de Consolidação nº 6 será avaliado a cada 3 (três) meses a partir da adesão ou habilitação, por meio do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) ou de outros sistemas de informação oficiais definidos pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35)

§ 1º A ausência de informação por 3 (três) meses consecutivos no SIA/SUS acarretará a suspensão do repasse do incentivo financeiro de que trata o art. 296 da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35, § 1º)

§ 2º Em caso de não se constatar no SIA/SUS o cumprimento do percentual de pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 pré diálise em relação ao percentual de pessoas com DRC em diálise/TRS no respectivo estabelecimento de saúde, conforme preconizado no Anexo XVII da Portaria de Consolidação nº 6, poderá ocorrer a reclassificação ou extinção das habilitações das Unidades Especializadas em DRC com TRS/Diálise. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35, § 2º)

§ 3º O estabelecimento de saúde que não realizar as metas físicas estabelecidas pelo gestor público de saúde será notificado e desabilitado. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35, § 3º)

§ 4º O gestor público de saúde interessado em manter a habilitação do serviço a ser desabilitado nos termos do § 3º deverá encaminhar ao Ministério da Saúde, no prazo máximo de 15 (quinze) dias a contar do recebimento da notificação, a justificativa para o não cumprimento da produção mínima exigida. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35, § 4º)

§ 5º O Ministério da Saúde analisará a justificativa de que trata o § 4º e decidirá pela manutenção da habilitação ou pela desabilitação do serviço. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35, § 5º)

§ 6º A desabilitação do estabelecimento de saúde será processada pela edição de ato específico do Ministro de Estado da Saúde, com indicação do ente federativo desabilitado, nome e Código SCNES do serviço desabilitado e o tipo de habilitação cancelada. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35, § 6º)

§ 7º O ente federativo desabilitado fica obrigado a restituir os valores de que trata o art. 296 da Portaria de Consolidação nº 6 referente ao período de 3 (três) meses no quais não tenha cumprido as metas físicas estabelecidas pelo gestor público de saúde. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35, § 7º)

§ 8º A restituição de que trata o § 7º será operacionalizada pelo Departamento de Regulação Avaliação e Controle (DRAC/SAS/MS) por meio do encontro de contas entre o montante transferido e o efetivamente realizado pelos serviços e gasto por cada Estado, Distrito Federal ou Município, quando ficar constatado a produção diferente do disposto neste Capítulo, tanto em relação ao rol mínimo, quanto em relação ao mínimo de procedimentos, sendo os valores não utilizados descontados dos Tetos Financeiros de Média e Alta Complexidade do respectivo Estado, Distrito Federal ou Município. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35, § 8º)

Art. 92. Os estabelecimentos de saúde que prestam assistência às pessoas com DRC, habilitados pelos critérios definidos neste Capítulo, deverão produzir as informações para atender aos indicadores de qualidade definidos no Anexo 6 do Anexo IV e se comprometer com as metas estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 36)

Art. 93. Os recursos financeiros transferidos serão movimentados sob fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de controle interno do Poder Executivo e pelo Tribunal de Contas da União conforme disposto no art. 3º do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 37)

Art. 94. O monitoramento de que trata este Capítulo não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 38)

Art. 95. O Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com fundamento nos relatórios de gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 1.232, de 1994. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 39)

Seção VII

Das Disposições Finais

(Origem: PRT MS/GM 389/2014, CAPÍTULO VIII)

Art. 96. Fica incluído o campo "Vinculação das Unidades Básicas de Saúde às unidades de atenção especializada ambulatorial em doença renal crônica" no Módulo Básico do SCNES. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 48)

Art. 97. Para fins de acesso à informação, deve ser garantido aos conselhos de saúde e às associações ou comissões de pacientes com DRC, o acesso aos estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com DRC. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 49)

Parágrafo Único. O acesso aos estabelecimentos de saúde de que trata o "caput" se dará de modo a preservar as condições de sigilo médico, previstas no Código de Ética Médica. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 49, Parágrafo Único)

CAPÍTULO IV

DAS DIRETRIZES DE CUIDADO À PESSOA TABAGISTA NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS DO SUS

Art. 98. Ficam atualizadas as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 1º)

Art. 99. Constituem-se diretrizes para o cuidado às pessoas tabagistas: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º)

I - reconhecimento do tabagismo como fator de risco para diversas doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º, I)

II - identificação e acolhimento às pessoas tabagistas em todos os pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º, II)

III - apoio terapêutico adequado em todos os pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º, III)

IV - articulação de ações intersetoriais para a promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, as famílias e a comunidade na adoção de modos de vida saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º, IV)

V - estabelecimento de estratégias para apoio ao autocuidado das pessoas tabagistas, de maneira a garantir sua autonomia e a corresponsabilização dos atores envolvidos, com participação da família e da comunidade; e (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º, V)

VI - formação profissional e educação permanente dos profissionais de saúde para prevenção do tabagismo, identificação e tratamento das pessoas tabagistas, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e com as diretrizes nacionais e/ou locais sobre o cuidado da pessoa tabagista. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º, VI)

Art. 100. A atenção às pessoas tabagistas deverá ser realizada em todos os pontos de atenção do SUS, prioritariamente nos serviços de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 3º)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos de saúde da atenção especializada que já ofertam o tratamento poderão continuar a ofertá-lo. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 101. O tratamento das pessoas tabagistas inclui avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário, terapia medicamentosa, cujas diretrizes clínicas serão disponibilizadas pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 4º)

Art. 102. Serão disponibilizados para apoio ao tratamento das pessoas tabagistas os seguintes medicamentos: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º)

I - Terapia de Reposição de Nicotina: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º, I)

a) Apresentações: Adesivo transdérmico (7mg, 14mg e 21mg), Goma de mascar (2mg) e Pastilha (2mg). (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º, I, a)

II - Cloridrato de Bupropiona: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º, II)

a) Apresentação: Comprimido (150mg). (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º, II, a)

§ 1º Os medicamentos serão adquiridos pelo Governo Federal e distribuídos aos Estados, Distrito Federal, Capitais e Municípios com mais de 500.000 habitantes por meio do componente estratégico da assistência farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Os Municípios com menos de 500.000 habitantes receberão os medicamentos por meio da distribuição realizada pelo estado ao qual pertence. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º, § 2º)

§ 3º A aquisição será baseada na programação nacional, realizada de maneira ascendente e descentralizada, com apoio da assistência farmacêutica municipal e estadual. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º, § 3º)

§ 4º Os medicamentos prescritos pelos profissionais da atenção básica devem ser disponibilizados na própria Unidade Básica de Saúde ou conforme organização da assistência farmacêutica local, devendo ser de fácil acesso ao usuário. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º, § 4º)

Art. 103. A gestão municipal a fim de garantir a atenção à pessoa tabagista, deverá se cadastrar no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/dab, e por meio do sistema de adesão ao PMAQ, em campo específico, optará por ofertar o tratamento do tabagismo à população assistida. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 6º)

§ 1º Cada equipe deverá preencher o formulário eletrônico específico sobre a atenção da pessoa tabagista na atenção básica, com informações que subsidiarão a estimativa de medicamentos necessários para o tratamento da população tabagista assistida por cada equipe. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Os detalhes para que as equipes possam ofertar esse serviço estarão especificados no endereço eletônico do Departamento de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 6º, § 2º)

§ 3º O gestor municipal deverá atualizar os dados de todos os estabelecimentos de saúde que ofertam o tratamento do tabagismo com o código 119 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 6º, § 3º)

Art. 104. Os serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade que ofertam o tratamento ao tabagista deverão informar às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) a programação do quantitativo de medicamentos necessários para atendimento aos usuários. A SMS deverá compilar os dados e encaminhar para a respectiva Secretaria Estadual de Saúde (SES) que, em conjunto com a assistência farmacêutica estadual, compilará os dados de todos os Municípios e encaminhará para a Coordenação Nacional do Programa de Controle e Tratamento do Tabagismo que por sua vez encaminhará para a Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica de Medicamentos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 7º)

Parágrafo Único. As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que disponham de sistemas informatizados para gerenciamento de medicamentos, entre eles o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Horus), poderão extrair os dados a partir deste sistema. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 105. A programação para aquisição dos medicamentos deverá ser realizada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, que receberá informações provenientes do Instituto Nacional do Câncer (INCA). (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 8º)

§ 1º O Departamento de Atenção Básica (DAB) deverá enviar ao INCA informações que subsidiarão a programação dos medicamentos necessários ao tratamento a ser realizado nas unidades básicas de saúde. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O INCA compilará as informações enviadas pelo DAB com as demais informações enviadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, referentes aos demais pontos de atenção que realizam o tratamento ao tabagista. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 8º, § 2º)

Art. 106. São responsabilidades da gestão Municipal e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 9º)

I - capacitar profissionais, buscando a capacitação de pelo menos 1 (um) profissional de saúde por estabelecimento; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 9º, I)

II - estabelecer indicadores e metas de cuidado para avaliação e monitoramento à pessoa tabagista em nível municipal e informá-los aos gestores estadual e federal, conforme sugeridos no Anexo 8 do Anexo IV ; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 9º, II)

III - receber e armazenar medicamentos em local apropriado; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 9º, III)

IV - realizar a dispensação dos medicamentos nas unidades básicas de saúde ou conforme organização local; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 9º, IV)

V - estimular a realização de atividades educativas relativas ao controle e tratamento do tabagismo nas unidades de saúde e em espaços coletivos; e (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 9º, V)

VI - estimular a realização da abordagem mínima e intensiva e disponibilizar o tratamento medicamentoso sempre que necessário. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 9º, VI)

Art. 107. São responsabilidades da gestão estadual e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 10)

I - capacitar e apoiar os municípios na capacitação dos profissionais; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 10, I)

II - monitorar e avaliar os indicadores e metas do cuidado à pessoa tabagista em nível estadual e informá-los ao gestor federal, conforme sugerido no Anexo 8 do Anexo IV ; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 10, II)

III - receber e armazenar medicamentos em local apropriado e distribuí-los aos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 10, III)

IV - realizar atividades educativas relativas ao controle e tratamento do tabagismo nos estabelecimentos de saúde e em espaços coletivos; e (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 10, IV)

V - estimular a implantação e implementação do cuidado à pessoa tabagista nos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 10, V)

Art. 108. São responsabilidades da gestão federal: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 11)

I - apoiar os Municípios e Estados na ampliação dos profissionais capacitados; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 11, I)

II - elaborar materiais de apoio para os processos educativos, com enfoque na abordagem mínima e intensiva e no tratamento medicamentoso; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 11, II)

III - adquirir de maneira centralizada as medicações e distribuí-las aos Estados, Distrito Federal, capitais e Municípios com mais de 500.000 habitantes; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 11, III)

IV - estimular a implantação e implementação do cuidado à pessoa tabagista nos Estados e Municípios; e (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 11, IV)

V - monitorar e avaliar os indicadores e metas do cuidado à pessoa tabagista em âmbito nacional, de acordo com a sugestão do Anexo 8 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 11, V)

Art. 109. Define as atribuições gerais dos elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde do SUS para prevenção e tratamento do tabagismo, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12)

I - Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I)

a) realizar ações de promoção da saúde e de prevenção do tabagismo de forma intersetorial e com participação popular; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I, a)

b) identificar as pessoas tabagistas que fazem parte da população sobre sua responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I, b)

c) realizar a avaliação clínica inicial; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I, c)

d) prestar assistência terapêutica e acompanhamento individual e/ou em grupo, abrangendo desde a abordagem mínima até a abordagem intensiva, acompanhadas se necessário de tratamento medicamentoso; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I, d)

e) organizar a realização de consultas e grupos terapêuticos para as pessoas tabagistas; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I, e)

f) disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a RENAME; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I, f)

g) diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes do tabagismo; e (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I, g)

h) acionar o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes ou outra estratégia local, sempre que necessário, para qualificar a atenção prestada. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I, h)

II - Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, II)

a) realizar a abordagem mínima da pessoa tabagista; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, II, a)

b) iniciar assistência terapêutica, como tratamento oportunístico decorrente do contato com o usuário por outro evento ou patologia; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, II, b)

c) disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a RENAME, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, II, c)

d) orientar o usuário com relação ao retorno à assistência na Atenção Básica para o tratamento do tabagismo, de acordo com diretrizes clínicas do Ministério da Saúde ou estabelecidas localmente; e (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, II, d)

e) realizar a contrarreferência por escrito ou por meio eletrônico para a Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas locais. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, II, e)

III - Apoio diagnóstico e terapêutico: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, III)

a) realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento das pessoas tabagistas, de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas posteriormente pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente; e (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, III, a)

b) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico da pessoa tabagista, de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas posteriormente pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, III, b)

IV - Sistema de Informação e Regulação: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, IV)

a) implementar sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, a gestão de casos e a regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, IV, a)

Art. 110. O Ministério da Saúde publicará documentos de apoio para o cuidado da pessoa tabagista, como Cadernos Temáticos e Manuais Técnicos. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 13)

CAPÍTULO V

DAS DIRETRIZES DE CUIDADO E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DO CÂNCER DE MAMA NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Seção I

DO SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO (SRC), O SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA (SDM)

Art. 111. Esta Seção institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 1º)

Art. 112. O SRC e o SDM comporão o Componente Atenção Especializada da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e terão como objetivo fortalecer as ações voltadas ao diagnóstico precoce à confirmação diagnóstica e ao tratamento especializado dos cânceres do colo do útero e da mama. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 2º)

Parágrafo Único. O SRC e o SDM podem, ainda, integrar a Linha de Cuidado do Câncer de Colo do Útero e do Câncer de Mama, cujas diretrizes para organização serão objeto de ato específico do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 113. As Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios poderão pleitear a habilitação como SRC ou SDM dos estabelecimentos de saúde públicos ou privados que atuam de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS) que: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 3º)

I - realizem, por meio de infraestrutura própria, todos os procedimentos constantes do Anexo XXXII da Portaria de Consolidação nº 6 e/ou do Anexo XXXIII da Portaria de Consolidação nº 6; (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 3º, I)

II - possuam equipe de profissionais composta, no mínimo, pelos profissionais elencados no art. 114; (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 3º, II)

III - ofertem consultas especializadas com os profissionais especialistas de que trata o art. 114; (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 3º, III)

IV - possuam referência de serviço laboratorial para análise dos exames citopatológicos e histológicos das coletas que realiza; e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 3º, IV)

V - possuam referência de serviços especializados para o tratamento dos casos com necessidades de cirurgia, inclusive cirurgia oncológica, quimioterapia e/ou radioterapia ou dos casos de intercorrências em consequência da realização dos procedimentos de que tratam os Anexos XXXII e XXXIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 3º, V)

Art. 114. Para pleitear-se a habilitação como SRC e SDM os serviços de saúde possuirão, no mínimo, os seguintes profissionais na composição de suas equipes: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º)

I - SRC: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, I)

a) médico ginecologista e obstetra (CBO - 225250); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, I, a)

b) enfermeiro (CBO - 223505); e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, I, b)

c) técnico de enfermagem (CBO - 322205) ou auxiliar de enfermagem (CBO - 322230); e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, I, c)

II - SDM: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, II)

a) médico mastologista (CBO - 225255) ou médico ginecologista e obstetra (CBO - 225250); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, II, a)

b) médico radiologista (CBO - 225320) ou médico mastologista (CBO - 225255); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, II, b)

c) enfermeiro (CBO - 223505); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, II, c)

d) técnico em enfermagem (CBO - 322205) ou auxiliar de enfermagem (CBO - 322230); e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, II, d)

e) técnico em radiologia e imagenologia (CBO - 324115) ou tecnólogo em radiologia (CBO - 324120). (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, II, e)

Parágrafo Único. O profissional de que tratam a alínea "b" do inciso I do "caput" e a alínea "c" do inciso II do "caput" poderá ser: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único)

I - enfermeiro obstétrico (CBO - 223545); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, I)

II - enfermeiro auditor (CBO - 223510); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, II)

III - enfermeiro de bordo (CBO - 223515); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, III)

IV - enfermeiro de centro cirúrgico (CBO - 2235-20); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, IV)

V - instrumentador cirúrgico - enfermeiro (CBO - 223520); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, V)

VI - enfermeiro de terapia intensiva (CBO - 2235-25); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, VI)

VII - enfermeiro intensivista (CBO - 223525); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, VII)

VIII - enfermeiro do trabalho (CBO - 223530); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, VIII)

IX - enfermeiro nefrologista (CBO - 223535); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, IX)

X - enfermeiro neonatologista (CBO - 2235-40); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, X)

XI - enfermeiro de berçário (CBO - 223540); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, XI)

XII - enfermeiro obstétrico (CBO - 2235-45); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, XII)

XIII - enfermeira parteira (CBO - 223545); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, XIII)

XIV - enfermeiro psiquiátrico (CBO - 223550); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, XIV)

XV - enfermeiro puericultor e pediátrico (CBO - 223555); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, XV)

XVI - enfermeiro sanitarista (CBO - 2235-60); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, XVI)

XVII - enfermeiro de saúde pública (CBO - 223560); e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, XVII)

XVIII - enfermeiro da estratégia de saúde da família (CBO - 223565). (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, XVIII)

Art. 115. É recomendado ao gestor público de saúde que: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 5º)

I - identifique, no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) dos SRC e SDM que serão habilitados, as Unidades de Atenção Básica para as quais estes serviços serão referência; e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 5º, I)

II - a programação da necessidade dos estabelecimentos de saúde a serem habilitados como SRC ou SDM seja realizada levando-se em consideração: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 5º, II)

a) o perfil epidemiológico da população de referência; (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 5º, II, a)

b) a capacidade instalada; e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 5º, II, b)

c) o conceito de escala, considerando os pressupostos de economia e qualidade; e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 5º, II, c)

III - organize os serviços habilitados como SRC e SDM para que estes ofereçam apoio matricial aos serviços de atenção básica para os quais sejam referência como serviço de atenção ambulatorial especializada. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 5º, III)

Art. 116. Os pedidos dos entes federativos interessados na habilitação de SRC e SDM conterão: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 6º)

I - a demonstração do cumprimento dos requisitos de que trata o art. 113; (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 6º, I)

II - os nomes e os registros no SCNES dos serviços de referência de que tratam o art. 113, incisos IV e V V do Anexo IV ; (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 6º, II)

III - declaração do gestor de saúde responsável de que os serviços habilitados como SRC e SDM atendem ao disposto no art. 114; e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 6º, III)

IV - declaração da oferta de apoio matricial conforme disposto no art. 115, III, quando cabível. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 6º, IV)

§ 1º As solicitações de que trata o "caput" deverão ser aprovadas em Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Regional (CIR), quando esta existir na região, ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) e encaminhadas à Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (CGAPDC/DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 6º, § 1º)

§ 2º A Resolução de que trata o § 1º deverá conter declaração de verificação do cumprimento de todos os requisitos para a habilitação de SRC e SDM de que trata o art. 113. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 6º, § 2º)

§ 3º A CGAPDC/DAET/SAS/MS analisará a solicitação original e a Resolução de que trata o § 1º e, em caso de aprovação, o Ministro de Estado da Saúde editará ato específico de habilitação indicando o ente federativo beneficiário, nome e Código SCNES do serviço habilitado e o tipo de habilitação aprovada, nos termos desta Seção. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 6º, § 3º)

Art. 117. O monitoramento de que trata esta Seção não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 16)

Art. 118. O SNA, com fundamento nos relatórios de gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 1.232, de 1994. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 17)

Art. 119. Para fins do disposto nesta Seção, o ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 18)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados nos termos desta Seção; e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 18, I)

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 18, II)

Art. 120. Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS) a adoção das providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS) para adequação do SCNES, do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) em relação às regras estabelecidas por esta Seção. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 19)

Art. 121. O procedimento 02.11.04.002-9 - Colposcopia passará a ter somente o instrumento de registro Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I). (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 21)

Seção II

Da Qualificação Nacional em Citopatologia na Prevenção do Câncer do Colo do Útero (QualiCito) no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

Subseção I

Das Disposições Gerais

(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO I)

Art. 122. Esta Seção define a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito) no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 1º)

Art. 123. A QualiCito consiste na definição de padrões de qualidade e na avaliação da qualidade do exame citopatológico do colo do útero por meio do acompanhamento, pelos gestores do SUS, do desempenho dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 2º)

Art. 124. São objetivos da Qualicito: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 3º)

I - promover a melhoria contínua da qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero ofertados à população; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 3º, I)

II - incentivar o aumento da cobertura de realização do exame citopatológico do colo do útero na população feminina de acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero vigente; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 3º, II)

III - promover a melhoria dos padrões de qualidade dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS que realizam o exame citopatológico do colo do útero; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 3º, III)

IV - estabelecer critérios e parâmetros de qualidade para o contrato e o distrato de laboratórios prestadores de serviços para o SUS; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 3º, IV)

V - promover a educação permanente dos profissionais de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 3º, V)

VI - monitorar, através do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) ou de outro sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde, os indicadores de qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 3º, VI)

Art. 125. A QualiCito será executada pelo cumprimento dos critérios estabelecidos para avaliação da qualidade e contratação dos laboratórios, nos termos dos Subseções V e VII da Seção II do Capítulo V do Anexo IV e por meio do Monitoramento Interno da Qualidade (MIQ) e do Monitoramento Externo da Qualidade (MEQ). (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 4º)

Subseção II

Das Atribuições dos Componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas Específicas no Âmbito da QualiCito

(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO II)

Art. 126. Para a implementação da QualiCito, os Componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas exercerão as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º)

I - Componente Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, I)

a) realizar ações de prevenção do câncer de colo do útero respeitando hábitos e culturas locais; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, I, a)

b) realizar o procedimento de coleta do exame citopatológico de acordo com as recomendações do Caderno de Atenção Básica nº 13 - Controle dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama, cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/dab, ou outro que venha a substituí-lo, ou conforme protocolos locais; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, I, b)

c) garantir o envio do material coletado para o Laboratório conforme periodicidade e fluxo definidos pelo gestor municipal de saúde; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, I, c)

d) realizar ações de rastreamento do câncer de colo do útero, de acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero vigente; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, I, d)

e) receber os laudos dos Laboratórios e organizar os fluxos de entrega de resultados para a usuária de acordo com a presença ou ausência de alterações; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, I, e)

f) acompanhar e ofertar cuidado para as usuárias que apresentarem alteração no exame, conforme os protocolos locais e /ou nacionais; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, I, f)

g) acompanhar o percentual de lâminas classificadas como coleta insatisfatória em relação ao total de coletas realizadas, a fim de planejar ações de educação permanente para a melhoria da coleta do exame nas unidades básicas de saúde. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, I, g)

II - Componente de Atenção Especializada - Ambulatorial: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, II)

a) realizar o procedimento de coleta do exame citopatológico do colo do útero de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde ou conforme protocolos locais; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, II, a)

b) garantir o envio do material coletado para o Laboratório conforme periodicidade e fluxo definidos pelo gestor estadual, distrital ou municipal de saúde responsável; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, II, b)

c) receber os laudos dos Laboratórios e organizar os fluxos de entrega de resultados para a usuária, de acordo com a presença ou ausência de alterações; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, II, c)

d) acompanhar e ofertar cuidado para as usuárias que apresentarem alteração no exame, conforme os protocolos locais e /ou nacionais; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, II, d)

e) acompanhar o percentual de lâminas classificadas como coleta insatisfatória em relação ao total de coletas realizadas, a fim de planejar ações de educação permanente para a melhoria da coleta do exame nos ambulatórios especializados. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, II, e)

III - Componentes do Sistema de Apoio: os laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS são o componente de apoio da QualiCito, cuja classificação está descrita na Subseção III da Seção II do Capítulo V e cujas competências estão descritas nas Subseções V e VI da Seção II do Capítulo V do Anexo IV ;(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, III)

IV - Componentes Sistemas Logísticos: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, IV)

a) o Sistema de Informação deve garantir que todos os componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas específicos da QualiCito tenham acesso aos sistemas de identificação (Cartão Nacional de Saúde) e de informação (SISCAN) ou outros sistemas de informações necessários à estratégia de que trata esta Seção e definidos pelo Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, IV, a)

b) o Sistema de Transporte/Logístico deve: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, IV, b)

1. realizar o transporte das lâminas coletadas nas unidades de saúde para os Laboratórios; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, IV, b, 1)

2. realizar o transporte das lâminas entre os Laboratórios; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, IV, b, 2)

3. garantir a entrega dos laudos emitidos dos Laboratórios para a unidade de saúde de origem. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, IV, b, 3)

V - Componente Regulação: definir os fluxos e os protocolos necessários para prestar a assistência no âmbito da QualiCito e apoiar as Secretarias de Saúde no monitoramento e na avaliação da estratégia de que trata esta Seção; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, V)

VI - Componente Governança: as atribuições deste componente estão descritas na Subseção IV da Seção II do Capítulo V. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, VI)

Art. 127. Para implementação da QualiCito, aplicam-se, ainda, no que couber, as demais atribuições previstas na Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 6º)

Subseção III

Da Classificação dos Laboratórios no Âmbito da QualiCito

(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO III)

Art. 128. Participam da QualiCito os laboratórios públicos e privados que prestam serviço ao SUS, classificados em Tipo I e Tipo II. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 7º)

§ 1º São considerados Laboratórios Tipo I os laboratórios públicos e privados que prestam serviço ao SUS, e que realizam exames citopatológicos do colo do útero. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 7º, § 1º)

§ 2º São considerados Laboratórios Tipo II os laboratórios públicos responsáveis por realizar os exames citopatológicos do colo do útero no âmbito do MEQ, além de poderem realizar as ações dos Laboratórios Tipo I. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 7º, § 2º)

Art. 129. Os Laboratórios Tipo I e Tipo II serão obrigatoriamente cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 8º)

Subseção IV

Das Competências dos Entes Federados

(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO IV)

Art. 130. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 9º)

I - coordenar a QualiCito em âmbito nacional; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 9º, I)

II - monitorar e avaliar os indicadores de qualidade dos laboratórios que realizam exames citopatológicos do colo do útero, disponíveis no SISCAN ou no sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 9º, II)

III - apoiar tecnicamente as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na organização das ações e serviços dos laboratórios que realizam exames citopatológicos do colo do útero. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 9º, III)

Art. 131. São atribuições comuns das Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10)

I - pactuar, no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver, das Comissões Intergestores Regionais (CIR), os laboratórios que serão constituídos como Laboratórios Tipo II e responsáveis pelo MEQ nas respectivas regiões de saúde, considerando-se os critérios estabelecidos nesta Seção e as necessidades locais; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, I)

II - contratar e distratar os Laboratórios Tipo I e Tipo II sob sua gestão, de acordo com os critérios de qualidade estabelecidos nesta Seção; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, II)

III - acompanhar o cumprimento da realização do MIQ e seu respectivo registro por todos os laboratórios prestadores de serviços; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, III)

IV - garantir a participação dos laboratórios prestadores de serviços no MEQ; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, IV)

V - definir, no âmbito das Comissões Intergestores, o fluxo e a periodicidade do envio dos exames dos Laboratórios Tipo I para os Laboratórios Tipo II; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, V)

VI - monitorar os Laboratórios Tipo I e Tipo II no cumprimento dos critérios de avaliação da qualidade definidos na Subseção VII da Seção II do Capítulo V; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, VI)

VII - informar anualmente aos Laboratórios Tipo II sob sua responsabilidade os Laboratórios Tipo I que serão por estes monitorados; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, VII)

VIII - avaliar anualmente os Laboratórios Tipo I e Tipo II sob sua responsabilidade, de acordo com os critérios de qualidade estabelecidos nesta Seção, com o intuito de renovar sua contratação; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, VIII)

IX - apoiar a implantação do MEQ nos laboratórios públicos que atendam aos critérios estabelecidos nesta Seção e que estejam sob sua responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, IX)

X - promover ações de educação permanente visando a adoção de medidas corretivas e preventivas a partir das necessidades identificadas na QualiCito; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, X)

XI - vincular no SISCAN ou em outro sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde, os Laboratórios Tipo I aos Laboratórios Tipo II responsáveis pela execução dos respectivos MEQ. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, XI)

Art. 132. São atribuições específicas das Secretarias de Saúde dos Estados: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 11)

I - apoiar os Municípios na organização das ações e serviços dos laboratórios que realizam leitura de exames citopatológicos; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 11, I)

II - fornecer anualmente os resultados consolidados, por Município e por laboratório, do MEQ, para o Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 11, II)

Parágrafo Único. Nos casos em que o Estado possuir apenas 1 (um) Laboratório Tipo I contratado, será obrigatória a realização do MEQ por Laboratório Tipo II de outra unidade federativa, conforme pactuação pelas respectivas Comissões Intergestores. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 133. São atribuições específicas das Secretarias de Saúde dos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 12)

I - garantir a qualidade da coleta do material citopatológico, bem como do seu armazenamento e transporte aos Laboratórios Tipo I e Tipo II de forma adequada e segura; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 12, I)

II - fornecer anualmente os resultados , por laboratório, do MEQ para a Secretaria Estadual de Saúde a partir dos dados do SISCAN ou do sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 12, II)

Parágrafo Único. Nos casos em que o Município possuir apenas um Laboratório Tipo I contratado, será obrigatória a realização do MEQ por Laboratório Tipo II em outro Município, conforme pactuação em CIB ou, se houver, CIR. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 12, Parágrafo Único)

Art. 134. Competem à Secretaria de Saúde do Distrito Federal as atribuições reservadas às Secretarias de Saúde estaduais e municipais estabelecidas nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 13)

Subseção V

Dos Critérios para Contratação de Laboratórios Tipo I e II

(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO V)

Art. 135. Os gestores de saúde interessados em aderir à QualiCito por meio de nova contratação ou renovação do contrato atualmente vigente com laboratórios próprios ou prestadores de serviço do SUS deverão observar nestes estabelecimentos o atendimento mínimo dos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14)

I - comprovação da habilitação do responsável técnico, que deve estar devidamente registrado no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, I)

II - demonstração de quadro de funcionários compatível com sua produção de exames citopatológicos do colo do útero, baseada nos parâmetros técnicos descritos no Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia publicado pelo Ministério da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas ou outro que venha substituí-lo; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, II)

III - apresentação pelo laboratório de relatório de MIQ do último ano; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, III)

IV - apresentação da área de citotecnologia (área técnica e microscopia), com comprovação através de sua planta arquitetônica ou outro documento equivalente; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, IV)

V - cumprimento do tempo de guarda do material (laudo e lâmina), conforme art. 143, IV; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, V)

VI - comprovação do treinamento dos profissionais envolvidos na linha de produção do laboratório; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, VI)

VII - cumprimento dos parâmetros de qualidade contidos no Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia, cujo acesso encontra-se disponível no Portal do Ministério da Saúde, por meio do endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas ou outro que venha a substituí-lo; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, VII)

VIII - comprovação, nos resultados dos exames citopatológicos do colo do útero, de índice de positividade igual ou superior a 3% (três por cento) dos exames satisfatórios; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, VIII)

IX - comprovação de alvará sanitário vigente, expedido pelo órgão de vigilância sanitária local. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, IX)

Parágrafo Único. Os Laboratórios Tipo I e Tipo II já contratados pelos gestores do SUS terão prazo de 12 (doze) meses, a partir da data de publicação da Portaria nº 3388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, para adequação de suas unidades aos critérios estabelecidos nos termos deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 136. Os Laboratórios Tipo I e Tipo II serão avaliados anualmente pela respectiva Secretaria de Saúde que os contratou para definir se houve ou não o cumprimento dos critérios dispostos no art. 135 e, em caso afirmativo, a Secretaria poderá realizar a renovação do contrato de prestação de serviços e poderá sustentar a habilitação do laboratório na QualiCito. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 15)

Subseção VI

Da Habilitação dos Laboratórios Tipo I e II

(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO VI)

Art. 137. Para habilitação de um Laboratório como Tipo I ou Tipo II, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios encaminharão requerimento, por meio físico, à Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (CGAPDC/DAET/SAS/MS), com os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 16)

I - resolução da CIB ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) ou, se houver, da CIR; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 16, I)

II - declaração da Secretaria de Saúde em que assume o compromisso de realizar a avaliação anual do cumprimento, pelo laboratório público ou privado que presta serviço ao SUS realizando exames citopatológicos do colo do útero, dos critérios definidos no art. 135 para atuar como Laboratório Tipo I ou Tipo II; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 16, II)

III - atualização, pelo gestor estadual, distrital ou municipal de saúde, das informações referentes ao laboratório no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 16, III)

§ 1º O modelo de requerimento de que trata o "caput" será disponibilizado no portal do Ministério da Saúde, cujo acesso poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 16, § 1º)

§ 2º Para as habilitações no âmbito da Qualicito, durante o segundo semestre de 2013 e o primeiro semestre de 2014, recomenda-se que os respectivos gestores avaliem quais são os seus atuais laboratórios que têm condições de, no prazo de 12 (doze) meses, alcançarem os padrões de qualidade e outras exigências dispostas nesta Seção e encaminhem a documentação para o Ministério da Saúde até 120 (cento e vinte) dias a partir da data de publicação da Portaria nº 3388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 16, § 2º)

Art. 138. O requerimento de habilitação de que trata o art. 137 será avaliado pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 17)

Parágrafo Único. As solicitações de habilitações dos Laboratórios devem ser especificadas de acordo com o Grupo 32.00 - Atenção a Saúde da Mulher da tabela de habilitações do SCNES como: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 17, Parágrafo Único)

I - 32.02 - Laboratório de exames citopatológicos do colo de útero - Tipo I; ou (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 17, Parágrafo Único, I)

II - 32.03 - Laboratório de monitoramento externo de qualidade de exames citopatológicos do colo de útero - Tipo II. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 17, Parágrafo Único, II)

Art. 139. Em caso de aprovação do requerimento de que trata o art. 137, a SAS/MS providenciará a publicação de Portaria específica de habilitação do laboratório como Laboratório Tipo I ou Tipo II. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 18)

Subseção VII

Dos Critérios de Avaliação da Qualidade

(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO VII)

Art. 140. O MIQ constitui-se ação obrigatória para todos os Laboratórios Tipo I e Tipo II, realizada por meio de processos de controle da qualidade dos exames realizados, e compreende os seguintes elementos: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19)

I - implantação de parâmetros válidos de qualidade que permitam a mensuração da situação atual do laboratório e seu acompanhamento ao longo do tempo; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, I)

II - registro dos resultados encontrados, permitindo a identificação de não conformidades; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, II)

III - elaboração e atualização de instrução escrita da rotina do laboratório (Procedimento Operacional Padrão - POP); (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, III)

IV - análise dos diagnósticos discrepantes; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, IV)

V - realização de auditoria interna; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, V)

VI - implementação de ações corretivas e preventivas realizadas pelo próprio laboratório; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, VI)

VII - promoção de educação permanente para todo o quadro de funcionários. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, VII)

§ 1º Para fins do disposto no inciso I do "caput", são parâmetros válidos de qualidade: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 1º)

I - critérios de rejeição da amostra; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 1º, I)

II - processamento técnico das amostras; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 1º, II)

III - tabulação de dados aferidos durante o monitoramento; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 1º, III)

IV - monitoramento do volume total de trabalho do Laboratório, quantificando o número de lâminas avaliadas por profissional; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 1º, IV)

V - controle de qualidade através da revisão, por outro profissional habilitado, de todos os exames positivos e insatisfatórios antes da liberação do laudo. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 1º, V)

§ 2º Para fins do disposto no inciso I do § 1º, são critérios de rejeição da amostra: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º)

I - dados ilegíveis na identificação da amostra; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, I)

II - falta de identificação ou identificação incorreta da amostra; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, II)

III - requisições não padronizadas de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, III)

IV - ausência de dados referente à anamnese e ao exame clínico; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, IV)

V - ausência de identificação, registro no respectivo conselho de classe e assinatura do profissional responsável pela coleta; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, V)

VI - ausência do nome do Serviço de Saúde responsável pela coleta; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, VI)

VII - divergência entre as informações da requisição e da lâmina; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, VII)

VIII - lâminas quebradas; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, VIII)

IX - material sem fixação prévia; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, IX)

X - uso de fixador inadequado; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, X)

XI - quantidade ineficiente de fixador. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, XI)

§ 3º Para fins do disposto no inciso II do § 1º, o processamento técnico das amostras consiste no controle das etapas e insumos da técnica para a coloração de Papanicolau e montagem das lâminas com lamínulas. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 3º)

§ 4º Para fins do disposto no inciso III do § 1º, são dados aferidos durante o monitoramento a serem tabulados: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 4º)

I - Índice de Positividade, que deve ser calculado pela formula (número de exames alterados por ano/número de exames satisfatórios) x 100; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 4º, I)

II - percentual de células escamosas atípicas de significado indeterminado entre os exames satisfatórios (ASC/Satisfatórios), calculado pela formula (número de ASC/número de exames satisfatórios) x 100; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 4º, II)

III - percentual de células escamosas atípicas de significado indeterminado entre os exames alterados (ASC/Alterados), calculado pela formula (número de ASC/número de exames alterados) x 100; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 4º, III)

IV - razão entre células escamosas atípicas de significado indeterminado e lesão intra-epitelial escamosa (ASC/SIL), calculado pela formula número de ASC/número de exames SIL; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 4º, IV)

V - percentual de lesão intra-epitelial de alto grau (HSIL), calculado pela formula (número de HSIL/número de exames satisfatórios) x 100; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 4º, V)

VI - percentual de insatisfatórios, calculado pela fórmula (número de amostras insatisfatórias no mês/total de exames no mês) x100; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 4º, VI)

VII - tempo médio de liberação dos exames, calculado pela soma dos dias transcorridos entre a entrada dos materiais e a liberação dos laudos, dividido pelo total de exames liberados no período, o qual não deve ultrapassar o limite de 30 (trinta) dias a partir da entrada do material no laboratório. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 4º, VII)

§ 5º A revisão de que trata o inciso V do § 1º será, obrigatoriamente, associada também a um ou mais dos seguintes métodos: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 5º)

I - revisão aleatória de 10% (dez por cento) dos esfregaços negativos; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 5º, I)

II - revisão rápida de 100% (cem por cento) dos esfregaços negativos e insatisfatórios; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 5º, II)

III - pré-escrutínio rápido de todos os esfregaços; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 5º, III)

IV - revisão dos esfregaços selecionados com base em critérios clínicos de risco, contidos no Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia, cujo acesso encontra-se disponível no Portal do Ministério da Saúde, por meio do endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas, ou outro que venha substituí-lo. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 5º, IV)

Art. 141. O MEQ consiste em conjunto de ações realizadas pelo Laboratório Tipo II que visa à avaliação da qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero dos Laboratórios Tipo I, desde a fase pré-analítica até a liberação dos laudos diagnósticos. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 20)

Parágrafo Único. O MEQ tem por finalidades: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 20, Parágrafo Único)

I - avaliar o desempenho dos laboratórios Tipo I e a qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero por eles realizados; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 20, Parágrafo Único, I)

II - detectar as diferenças de interpretação dos critérios citomorfológicos; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 20, Parágrafo Único, II)

III - aumentar a eficiência do processo de realização dos exames citopatológicos do colo do útero; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 20, Parágrafo Único, III)

IV - reduzir o percentual de exames falso-negativos, falso-positivos e insatisfatórios por meio da seleção e avaliação dos exames negativos, positivos e insatisfatórios informados pelos laboratórios Tipo I no SISCAN ou em outro sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 20, Parágrafo Único, IV)

Art. 142. É recomendado, como critério de qualidade, que os Laboratórios Tipo I tenham a produção mínima de 15.000 (quinze mil) exames/ano, exceto laboratórios vinculados aos hospitais habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) ou Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), Hospitais Universitários e Laboratórios Tipo II que não exerçam também a função de Laboratório Tipo I. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 21)

Subseção VIII

Das Atribuições Comuns dos Laboratórios Tipos I e II

(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO VIII)

Art. 143. Para a leitura dos exames citopatológicos do colo de útero e emissão dos respectivos laudos, compete aos Laboratórios Tipos I e Tipo II: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 22)

I - utilizar de forma exclusiva a terminologia padronizada na Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais, 3ª edição, ano 2013, elaborada pelo Ministério da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas, ou esta mesma nomenclatura quando atualizada; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 22, I)

II - emitir o laudo assinado por profissional de nível superior habilitado conforme a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, com seu número de inscrição no respectivo conselho profissional; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 22, II)

III - arquivar a Ficha de Requisição do Exame Citopatológico do Colo do Útero no laboratório que realizou o exame, conforme pactuação prevista no contrato entre gestor de saúde e laboratório; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 22, III)

IV - arquivar os laudos e lâminas por, no mínimo, 5 (cinco) anos nos casos de exames negativos e 20 (vinte) anos nos casos de exames positivos; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 22, IV)

V - atualizar de forma constante o SISCAN ou o sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde, com inserção regular das informações sobre os resultados dos exames citopatológicos do colo do útero. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 22, V)

Art. 144. Compete aos Laboratórios Tipo I e Tipo II organizar e documentar a logística de encaminhamento das lâminas e laudos para a realização do MEQ. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 23)

Subseção IX

Das Atribuições Específicas dos Laboratórios Tipos I e Tipo II que também Exercem a Função de Tipo I

(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO IX)

Art. 145. Compete especificamente aos Laboratórios Tipo I e Tipo II que também exercem a função de Tipo I, a realização do MIQ, a participação no MEQ e, além de outras atribuições previstas nesta Seção, obedecer às seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 24)

I - cessão das lâminas para o Laboratório Tipo II responsável pela realização do MEQ, com registro documental da saída destas; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 24, I)

II - manutenção de registro de todos os dados do MIQ e apresentação de seus resultados, sempre que solicitado, para a Secretaria de Saúde Estadual, Distrital ou Municipal responsável pela gestão; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 24, II)

III - análise dos casos discordantes, buscando o consenso com o Laboratório Tipo II; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 24, III)

IV - envio de laudo de revisão dos casos discordantes de que trata o inciso III do "caput" à unidade de saúde de origem da usuária do SUS que solicitou a realização do exame citopatológico do colo do útero. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 24, IV)

Art. 146. Compete especificamente aos Laboratórios Tipo II, além de outras atribuições previstas nesta Seção: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25)

I - receber lâminas e laudos dos Laboratórios Tipo I sob sua responsabilidade para realização do MEQ, conforme definido pela Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, I)

II - revisar e liberar os exames por profissionais de nível superior habilitados; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, II)

III - registrar o resultado da fase pré-analítica, encaminhando aos Laboratórios Tipo I as não-conformidades; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, III)

IV - comunicar imediatamente ao Laboratório Tipo I, de origem das lâminas, sobre os casos discordantes; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, IV)

V - devolver os exames revisados ao Laboratório Tipo I no prazo máximo de 30 (trinta) dias; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, V)

VI - formalizar contato com os Laboratórios Tipo I monitorados e a Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal, com emissão de relatórios mensais contendo a avaliação pré-analítica, a analítica e a de concordância, por meio de análise estatística e devolução da totalidade das lâminas revisadas ao Laboratório Tipo I;(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, VI)

VII - apoiar a Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal nos casos especiais de avaliação da qualidade como, por exemplo, a representatividade da amostra e as taxas de resultados falso-negativos e falso-positivos e esfregaços insatisfatórios; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, VII)

VIII - apoiar a Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal na relação com os laboratórios que realizam exames citopatológicos para o SUS; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, VIII)

IX - discutir cada um dos casos discordantes com o Laboratório Tipo I, buscando o consenso, considerando-se discordantes aqueles casos que impliquem mudança da conduta clínica; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, IX)

X - promover educação continuada e regular dos profissionais que atuam no seu Laboratório Tipo II e nos Laboratórios Tipo I a ele vinculados; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, X)

XI - informar regularmente à Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal responsável pela sua gestão a relação dos seus profissionais e dos respectivos Laboratórios Tipo I sob seu monitoramento que foram submetidos à educação continuada; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, XI)

XII - inserir os resultados dos exames revisados no módulo MEQ da base de dados do SISCAN ou do sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde e enviar as informações regularmente à Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal responsável pela sua contratação, conforme pactuação local na respectiva Comissão Intergestores. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, XII)

Parágrafo Único. Os Laboratórios Tipo II, que atuam como laboratório Tipo I, não realizarão o MEQ dos próprios exames, sendo obrigatório o envio de suas lâminas para outro Laboratório Tipo II para realização do MEQ. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, Parágrafo Único)

Subseção X

Do Financiamento

(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO X)

Art. 147. Os Laboratórios Tipo II poderão realizar o procedimento de que trata o Anexo 9 do Anexo IV em todos os exames positivos e insatisfatórios e, no máximo, 10% (dez por cento) dos exames negativos produzidos por cada Laboratório Tipo I sob sua responsabilidade. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 29)

Parágrafo Único. Os exames negativos que passarão pelo MEQ serão selecionados de forma aleatória por meio do SISCAN ou do sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 29, Parágrafo Único)

Art. 148. O monitoramento do cumprimento dos requisitos de que trata esta Seção não dispensa os entes federativos de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 32)

Subseção XI

Das Disposições Finais

(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO XI)

Art. 149. Fica mantido, na Tabela de Procedimentos do SUS, o procedimento 02.03.01.001-9 - EXAME DO CITOPATOLÓGICO CERVICO VACINAL/MICROFLORA, com o valor de R$ 6,97 (seis reais e noventa e sete centavos), sem as exigências de vinculação ao serviço/classificação cód. 120-003, das habilitações 32.02 e 32.03, e do atributo complementar 009 - EXIGE CNS, durante os 120 (cento e vinte) dias contados da data de publicação da Portaria nº 3388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 35)

Art. 150. Os laboratórios de citopatologia que não se habilitarem até a data de 29 de dezembro de 2017, como Tipo I, não poderão registrar os procedimentos abaixo, sendo automaticamente desligados do SIA-SUS a partir de 2 de janeiro de 2018. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 36-A)

I - 02.03.01.008-6 - EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA - RASTREAMENTO; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 36-A, I)

II - 02.03.01.001-9 - EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 36-A, II)

Anexo 1 do Anexo IV

DIRETRIZES GERAIS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Anexo 1)

DIRETRIZES GERAIS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

O tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal, conforme descrito nesta Portaria. O tratamento cirúrgico é indicado apenas em alguns casos, cujas indicações estão descritas abaixo, portanto é apenas uma ação dentro do toda da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade.

1. Indicações para cirurgia bariátrica:

a. Indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 50 Kg/m²;

b. Indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

c. Indivíduos com IMC maior que 35 kg/m2 e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

Os seguintes critérios devem ser observados:

I. Indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

II. Respeitar os limites clínicos de acordo a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir: a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área. Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento;

III. O indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe;

IV. Compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastro-enterológica e anestésica).

2. Contra indicações para cirurgia bariátrica:

a. Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;

b. Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra indicativos obrigatórios à cirurgia;

c. Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício;

d. Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;

e. Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.

3. Avaliação para tratamento cirúrgico para obesidade

A avaliação deve contemplar todos os critérios de indicação e contra indicação do tratamento cirúrgico da obesidade descritos nos itens 1 e 2 deste Anexo I, devendo ser realizada por equipe multiprofissional na Atenção Especializada.

4. Assistência pré e pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade

A assistência pré-operatória e pós-operatória deve ser realizada conforme orientações definidas pelo Ministério da Saúde em portaria específica.

5. Indicações para cirurgia plástica reparadora:

O paciente com aderência ao acompanhamento pós-operatório poderá ser submetido à cirurgia plástica reparadora do abdômen, das mamas e de membros, conforme orientações para indicação de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, definidas pelo Ministério da Saúde em portaria específica.

Anexo 2 do Anexo IV

ROTEIRO PARA DESCRIÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE SOBREPESO E OBESIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Anexo 2)

ROTEIRO PARA DESCRIÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE SOBREPESO E OBESIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

1. Dados do Município-sede da linha de cuidado:

· CNPJ da Prefeitura;

· Código IBGE;

· Contato da Prefeitura (email e telefone);

· Nome do dirigente (Prefeito ou Secretário Municipal de Saúde);

· Cargo ou função;

· Contato do Dirigente (email e telefone).

2. Descrição dos componentes da linha de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade:

2.1 Municípios que vão compor a linha de cuidado (listar);

2.2 Pontos de Atenção à Saúde (Serviços) dos componentes da Rede de Atenção à Saúde que irão compor a linha de cuidado e suas especificidades:

a) Atenção Básica:

Para cada Município, especificar:

· Nº de UBS adstritas à linha de cuidado;

· CNES e população do território da UBS(s), destacando quais UBS fazem parte do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ);

· Nº de NASF com CNES;

· Nº de Academias da Saúde com CNES;

· Descrever a(s) responsabilidade(s) da Atenção Básica.

b) Atenção Especializada (especificar apenas os serviços que serão envolvidos nesta linha de cuidado - ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência):

· Serviços: tipo, número e CNES, (ex para tipo: policlínica/ ambulatório/ centro de especialidade; hospital geral; hospital especializado, pronto atendimento; pronto socorro geral; pronto socorro especializado);

· Profissionais destes serviços que vão se dedicar à linha de cuidado: categoria profissional, número e carga horária;

· Especificar se realiza procedimento cirúrgico;

· Se não realiza procedimento cirúrgico, especificar, por CNES, para qual serviço de referência realiza os encaminhamentos;

· Especificar se realiza cirurgia plástica reparadora;

· Se não realiza cirurgia plástica reparadora, especificar, por CNES, para qual serviço de referência realiza os encaminhamentos; · Descrever as responsabilidade(s) da Atenção Especializada (ambulatorial e hospitalar) e informar a população que cada ponto de atenção especializado está responsável (informação obrigatória).

2.3 Sistemas de apoio (especificar apenas os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico que serão envolvidos):

· Exames laboratoriais disponíveis para cada ponto de atenção;

· Medicamentos e suplementos disponíveis.

2.4 Regulação:

· Descrever as ações e serviços de regulação e, se houver, Central de Regulação, com indicação do CNES.

3.Indicar o local de publicação das diretrizes clínicas desta linha de cuidado de sobrepeso e obesidade (ex.: site, publicações oficiais do município ou do estado);

4.Descrever a organização da educação permanente relacionada a esta linha de cuidado;

5.Dados do contato:

· Nome;

· CPF;

· Cargo ou função;

· E-mail do contato;

· Telefone do contato.

6. Anexar Ata de reunião da CIB em que a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade foi pactuada.

Anexo 3 do Anexo IV

DIRETRIZES GERAIS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE E ACOMPANHAMENTO PRÉ E PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Anexo 1)

DIRETRIZES GERAIS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE E ACOMPANHAMENTO PRÉ E PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

Ressalta-se que o tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal, conforme descrito nesta portaria. O tratamento cirúrgico é indicado apenas em alguns casos, cujas indicações estão descritas abaixo, portanto é apenas uma ação dentro do todo da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade.

1. Indicações para cirurgia bariátrica:

a. indivíduos que apresentem IMC>50 Kg/m²;

b. indivíduos que apresentem IMC>40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

c. indivíduos com IMC>35 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

Os seguintes critérios devem ser observados:

I. indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

II. respeitar os limites clínicos de acordo a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir: a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área. Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento;

III. o indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe;

IV. compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastroenterológica, anestésica).

2. Contra indicações para cirurgia bariátrica:

a. limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;

b. quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicações obrigatórias à cirurgia;

c. doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício;

d. hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;

e. síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.

3. Avaliação para tratamento cirúrgico para obesidade

A avaliação deve contemplar todos os critérios de indicação e contraindicação do tratamento cirúrgico da obesidade, devendo ser realizada por equipe multiprofissional na Atenção Especializada.

4. Assistência pré e pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade

O acompanhamento pré e pós-operatório deve ser realizado pela equipe multiprofissional de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

A assistência pré-operatória deve ser realizada em duas fases:

Pré-operatório/Fases	Avaliações
Fase inicial	Avaliação pelo cirurgião, clínico ou endocrinologista, nutricionista, psicólogo, cardiologista, pneumologista e quando necessário pelo psiquiatra, angiologista, gastroenterologista e ginecologista.
	Indivíduos com IMC>50 kg/m² recomenda-se perda ponderal de 10 a 20% do excesso de peso no pré- operatório.
	Reuniões do grupo multiprofissionais, realizadas mensalmente, devem enfatizar a mudança de hábitos com objetivo de informar, orientar e educar para mudanças de hábitos.
Fase secundária	Avaliação do risco cirúrgico
	Exames pré-operatórios: Radiografia simples de tórax, ECG, ultrassonografia de abdômen total, esofagogastroduodenoscopia, hemograma com plaquetas, TP, KTTP, creatinina, sódio, potássio, bilirrubina total e frações, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, cálcio iônico, cloretos, ferro sérico, fosfatase alcalina, glicose em jejum, ureia, magnésio, potássio, T4, TSH, colesterol total, HDL, triglicérides, glicose pós-dextrosol,insulina, hemoglobina glicosilada, (sorologias para hepatite B, C e HIV, espirometria, ferritina, vitamina B12, 25 (OH) vitamina D3).

Assistência pós-operatória deve ser realizada da seguinte forma:

A assistência pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade grau III e grau II com comorbidades deve garantir a continuidade do tratamento por equipe multiprofissional até 18 meses. No primeiro ano pós-operatório, diante da perda de peso mais relevante e aguda, o acompanhamento deverá ser mais frequente, conforme descrito no quadro abaixo:

CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO E EXAMES PÓS-OPERATÓRIOS
Entre 15 a 30 dias (1º mês) Consulta com cirurgião e nutricionista.
No 2º mês Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
No 3º mês Consulta com clínico, psicólogo e nutricionista.
No 4º mês Consulta com clínico, nutricionista e psicólogo.
No 6º mês Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
No 9º mês Consulta com clinico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
Entre 12º e 15º meses Consulta com cirurgião, clinico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
18º mês Consulta com cirurgião, clinico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.

Os exames pós-operatórios deverão ser realizados de acordo com a periodicidade estabelecida acima, sendo esses: hemograma completo, proteínas totais e frações, zinco sérico, dosagem de cálcio, dosagem de vitamina B12, folato, dosagem de ferritina, triglicérides, dosagem de 25 hidroxivitamina D, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol total.

5. Indicações para cirurgia plástica reparadora:

O paciente com aderência ao acompanhamento pós-operatório poderá ser submetido à cirurgia plástica reparadora do abdômen, das mamas e de membros, conforme as orientações para indicação de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, descritas a seguir:

a. mamoplastia: incapacidade funcional pela ptose mamária, com desequilíbrio da coluna; Infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; Alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).

b. abdominoplastia/torsoplastia: incapacidade funcional pelo abdômen em avental e desequilíbrio da coluna; Infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; Alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).

c. excesso de pele no braço e coxa: limitação da atividade profissional pelo peso e impossibilidade de movimentação; Infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; Alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).

Contraindicação da cirurgia plástica reparadora: Ausência de redução de peso (falta de aderência ao tratamento).

Anexo 4 do Anexo IV

NORMAS DE CREDENCIAMENTO/HABILITAÇÃO PARA A ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE AO INDIVÍDUO COM OBESIDADE (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Anexo 2)

NORMAS DE CREDENCIAMENTO/HABILITAÇÃO DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE AO INDIVÍDUO COM OBESIDADE

1 - Normas gerais de credenciamento e habilitação:

1.1. Planejamento/Distribuição

As Secretarias de Saúde dos Estados deverão estabelecer um planejamento regional para a organização das linhas de cuidado do sobrepeso e obesidade, definindo as especificidades da assistência ao indivíduo com obesidade e a distribuição dos serviços habilitados, conforme a necessidade da população e a disponibilidade orçamentária.

1.2. Processo de Credenciamento e Habilitação

1.2.1 - O processo de credenciamento/habilitação deverá ser formalizado pela Secretaria Estadual de Saúde. O respectivo Gestor do SUS, uma vez concluída a análise preconizada, atendida a necessidade e os critérios estratégicos e técnicos para credenciamento/habilitação desta Portaria e seus anexos, dará início ao processo de credenciamento. A ausência desta avaliação ou da aprovação por parte dos respectivos Gestores do SUS impede a sequência do processo.

1.2.2 - O processo de credenciamento/habilitação, ao ser formalizado pelo respectivo Gestor do SUS, deverá ser instruído com:

a.documento de solicitação/aceitação de Credenciamento por parte do estabelecimento de saúde pelo Diretor do hospital;

b.formulário de Vistoria, disponível no site www.saude.gov.br/sas, preenchido e assinado, pelos respectivos Gestores do SUS;

c.parecer conclusivo do respectivo Gestor do SUS - manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento. No caso de processo formalizado pela Secretaria Municipal de Saúde, este deverá constar, além do parecer do Gestor municipal, o parecer do Gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;

d. resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB aprovando a indicação do estabelecimento para o credenciamento/habilitação na Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

1.2.3 - Uma vez emitido o parecer favorável a respeito do credenciamento pelo (s) Gestor (es) do SUS, o processo com a documentação comprobatória ficará na posse do gestor do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria.

1.2.4 - A Secretaria de Estado da Saúde encaminhará à Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde/MS (CGMAC/DAE/SAS/MS) os seguintes documentos:

a.parecer conclusivo do Gestor estadual quanto ao credenciamento em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade;

b.formulário de Vistoria, modelo disponível no site www.saude.gov.br/sas, preenchido e assinado pelo respectivo Gestor do SUS;

c.relatório de vistoria da VISA local, com parecer conclusivo sobre o credenciamento/habilitação em pauta;

d.resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB aprovando o credenciamento, bem como a aprovação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, conforme Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013;

e.informação sobre o impacto financeiro no custeio do hospital;

f.titulação do responsável técnico cadastrado no CNES que deve ser médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo.

1.2.5 - O Ministério da Saúde avaliará o formulário de vistoria encaminhado pela Secretaria de Estado da Saúde, podendo proceder a vistoria in loco para conceder a habilitação em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade pelo Ministério da Saúde.

1.2.6 - Caso a avaliação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS tomará as providências para a publicação da habilitação.

2 - Estrutura Assistencial

O estabelecimento de saúde a ser credenciado/habilitado em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deve oferecer atendimento especializado e integral em:

a) diagnóstico e tratamento clínico e cirúrgico;

b) atendimento de urgência referida nos casos de comorbidades da obesidade, que funcione nas 24 horas, mediante o termo de compromisso firmado com o gestor local do SUS;

c) atendimento ambulatorial dos obesos, conforme o estabelecido na linha de cuidado regional pelo gestor local e mediante termo de compromisso firmado entre as partes;

d) internação hospitalar em leitos apropriados para obesos;

e) salas de cirurgia equipadas para cirurgias bariátricas de obesos e disponibilidade de estrutura para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório;

f) internação clínica nas intercorrências relativas à obesidade e nas complicações pós-operatórias, mediante termo de compromisso firmado com o gestor;

g) cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica.

h) reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente, no preparo pré-operatório e no seguimento pós-cirúrgico, no sentido da restituição da sua capacidade funcional.

3 - Recursos Humanos

3.1 - Responsabilidades Técnicas e Equipe de Cirurgia Bariátrica

a) o estabelecimento de saúde para ser credenciado/habilitado em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deve contar com serviço de Cirurgia Bariátrica, cujo responsável técnico deve ser médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo, comprovada por registro dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina;

b) cada médico responsável técnico só poderá assumir um único estabelecimento credenciado/habilitado pelo Sistema Único de Saúde, devendo este residir no mesmo município onde está situado o estabelecimento habilitado ou em cidade circunvizinha;

c) a equipe de cirurgia bariátrica deve contar com, pelo menos, mais um médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo além do responsável técnico, e contar com número suficiente de profissionais para a assistência nos leitos habilitados, em ambulatório e para as intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório.

3.2 - Exigências gerais para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade:

3.2.1 - Equipe Mínima:

a) Médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo;

b) Nutricionista;

c) Psicólogo ou Psiquiatra;

d) Clínico geral ou endocrinologista.

3.2.2 - Equipe Complementar (apoio multiprofissional):

3.2.2.1 A estabelecimento deverá contar, em caráter permanente, com:

a) Equipe médica composta por: clínico geral, cardiologista, pneumologista, endocrinologista, angiologista/cirurgião vascular e cirurgião plástico;

b) Anestesiologista;

c) Enfermagem;

d) Assistente Social,

e) Fisioterapeuta.

4 - Materiais e Equipamentos

O estabelecimento deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência e possibilitar o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético. Deverá destinar quantitativo de leitos adaptados para obesos, conforme descrito a seguir, tanto para internações clínicas quanto cirúrgicas.

4.1 - Ambulatório:

a) consultório equipado com cadeira, mesa de exame, cadeiras de rodas adequadas aos obesos e balança antropométrica com capacidade para peso maior que 230 kg;

b) sala de espera com cadeiras ou bancos adequados aos obesos.

4.2 - Enfermaria:

a) 01 (uma) balança antropométrica com capacidade mínima para peso maior que 230 kg;

b) 02 (dois) aparelhos de pressão com manguito especial;

c) Pelo menos 02 (dois) leitos com as seguintes especificações: Cama hospitalar do tipo Fowler especial, acionável por controle eletrônico, para obesos, com capacidade para pacientes com peso maior que 230 kg (acionável por controle eletrônico), movimento de Trendelemburg (acionável por meio de motor ou por manivela) e colchão de alta densidade;

d) 02 (duas) poltronas com capacidade para pacientes com peso maior que 230 kg;

e) 01 (uma) cadeira de rodas específica para indivíduos obesos com capacidade para pacientes com peso maior que 230 kg;

f) 01 (uma) maca de transporte com cilindro de oxigênio que suporte paciente com mais 230kg;

g) roupa específica, tais como camisolas e pijamas, adequados para indivíduos obesos.

4.3 - Bloco Cirúrgico:

Deve contar com sala cirúrgica equipada para obesos, com mesa cirúrgica que resista a pesos superiores a 230 kg e suportes que possibilitem a fixação e a mobilidade do paciente, além dos equipamentos descritos a seguir:

a) capnógrafo;

b) oxímetro de pulso;

c) monitor de transporte;

d) monitor de pressão não invasiva;

e) monitor de pressão invasiva;

f) 02 (duas) bombas de infusão, no mínimo;

g) aparelho de pressão com manguito especial para obesos;

h) material de emergência para reanimação cardiorrespiratória;

i) afastadores cirúrgicos especiais para operações cirúrgicas de obesos;

j) válvulas com lâminas de aço reforçadas, mais longas e largas;

k) compressão intermitente para membros inferiores;

l) cautério bipolar;

m) maca de transferência de paciente obeso.

4.4 - Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) com leitos habilitados pelo SUS, equipados para obesos:

a) box ou leito de pós-operatório de Cirurgia Bariátrica adequados aos obesos;

b) respiradores volumétricos que suportem volumes e pressões especialmente elevados nos obesos;

c) bipap (bi-level Positive Airway Pressure);

d) cama do tipo Fowler para obesos conforme especificado no subitem 4.2;

e) esfigomanômetro especial para obesos.

5 - Recursos Auxiliares de Diagnóstico e Terapia:

a) laboratório de Análises Clínicas que participe de programa de Controle de Qualidade;

b) posto de coleta no local e resultados disponíveis nas 24 horas: bioquímicos, hematológicos, microbiológicos, gasométricos, de líquidos orgânicos e de urina;

c) serviço de Imagenologia: equipamento de radiologia convencional de 500 mA fixo ou superior, equipamento de radiologia portátil, Ecodoppler, Ecografia e Tomografia Computadorizada, compatíveis com obesos. Os exames de Tomografia Computadorizada e Ergometria poderão ser realizados em serviços instalados dentro ou fora da estrutura ambulatório-hospitalar cadastrados como terceiros no CNES.

d) eletrocardiografia e Ergometria;

e) hemoterapia disponível nas 24 horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, conforme legislação vigente,

f) farmácia.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300245

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

6 - Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento:

O estabelecimento a ser credenciado/habilitado em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deve possuir:

a) rotinas de funcionamento escritas, atualizadas e assinadas pelo Responsável Técnico pelo serviço de Cirurgia Bariátrica, que devem abordar todos os processos complementares envolvidos na assistência aos indivíduos com obesidade;

b) protocolos nutricionais;

c) protocolos de acompanhamento fisioterápico, com reabilitação funcional;

d) protocolo de suporte psicológico/psiquiátrico;

e) formulários de avaliações e acompanhamento disponíveis no site www.saude.gov.br/sas;

f) escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucionais e dos serviços terceirizados.

7 - Registro das informações sobre os indivíduos:

Deve possuir prontuário para cada paciente abordando o atendimento ambulatorial e hospitalar que contenha as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo respectivo atendimento (identificação do paciente, anamnese e exame físico, técnica cirúrgica, condições ou sumário da alta hospitalar). Os formulários disponíveis no www.saude.gov.br/sas devem estar inseridos no prontuário do paciente para eventuais auditorias.

8 - Comissões

Para ser credenciado/habilitado em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade o estabelecimento deve estar em funcionamento, devidamente documentado por atas ou documentos afins, as comissões exigidas pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde e Conselhos Federal e Regional de Medicina.

Anexo 5 do Anexo IV

PROCEDIMENTOS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE NA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Anexo 3)

PROCEDIMENTOS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE NA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS

Procedimento: 04.07.01.012-2	GASTRECTOMIA COM OU SEM DESVIO DUODENAL
Descrição:	Procedimento predominantemente disabsortivo, na técnica de Scopinaro sendo realizada gastrectomia distal (corte horizontal), sem preservação do piloro (o antro, é removido), colecistectomia e reconstrução em alça longa com anastomose em Y de Roux com um curto canal alimentar de 50 cm. Na técnica de Duodenal Switch a porção removida do estômago é a grande curvatura e é preservada a primeira porção do duodeno (parte inicial do intestino delgado) que é anastomosada ao íleo.
Valor Profissional SP:	R$ 2.000,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 2.350,00
Total Hospitalar:	R$ 4.350,00
Atributo Complementar:	017-Exige Informação da OPM
Idade Mínima:	16 anos
Idade Máxima:	110 anos
Media Permanência:	4
CBO:	2252-20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo, 2252-25 - Médico cirurgião geral
CID	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127-Serviço de Atenção à Obesidade - 001- Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento:04 .07.01.036-0	GASTRECTOMIA VERTICAL EM MANGA (SLEEVE)
Descrição	Gastrectomia vertical (gastrectomia em manga, gastrectomia longitudinal, gastrectomia Sleeve) é um procedimento restritivo que consiste na ressecção da grande curvatura do estômago, iniciando a partir de 4 a 6 cm do piloro até o ângulo esofagogástrico, deixando o reservatório novo com formato tubular e alongado de volume entre 150 e 200 ml.
Complexidade:	AC- Alta Complexidade
Modalidade:	02-Hospitalar
Instrumento de Registro:	03-AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04-Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Profissional SP:	R$ 1.745,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 2.350,00
Total Hospitalar:	R$ 4095,00
Atributo Complementar:	001-Inclui valor da anestesia, 004-Admite permanência à maior- 006-CNRAC, 017-Exige Informação da OPM
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	16 anos
Idade Máxima:	110 anos
Media Permanência:	4
Quantidade Máxima:	1
Pontos:	386
CBO:	2252-20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo, 2252-25 - Médico cirurgião geral
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Habilitação:	02.02 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave.
	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Especialidade do Leito:	01 - Leito Cirúrgico
Serviço/Classificação	127-Serviço de Atenção à Obesidade - 001- Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento: 04.07.01.017-3	GASTROPLASTIA COM DERIVAÇÃO INTESTINAL
Descrição	Procedimento com componente restritivo e disabsortivo, que consiste em grampeamento com transecção do estômago, criando uma pequena câmara gástrica, na qual se pode colocar ou não anel de silicone e a seguir o trânsito gastro-interstinal é reconstituído em Y de Roux.
Valor Profissional SP:	R$ 2.000,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 2.350,00
Total Hospitalar:	R$ 4.350,00
Atributo Complementar:	017-Exige Informação da OPM
Idade Mínima:	16 anos
Idade Máxima:	110 anos
Media Permanência:	4
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
CBO:	2252-20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo, 2252-25 - Médico cirurgião geral
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127-Serviço de Atenção à Obesidade - 001- Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento: 04.07.01.018-1	GASTROPLASTIA VERTICAL COM BANDA
Descrição	Cria-se uma pequena bolsa de cerca de 20 ml imediatamente abaixo da junção esofagogástrica. A passagem dessa bolsa para o restante do estomago é limitada por um anel polipropileno, com diâmetro intraluminar de cerca de 1,2 cm.
Valor Profissional SP:	R$ 1.500,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 2.350,00
Total Hospitalar:	R$ 3.850,00
Atributo Complementar:	017-Exige Informação da OPM
Idade Mínima:	16 anos
Idade Máxima:	110 anos
Media Permanência:	4
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
CBO:	2252-20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo, 2252-25 - Médico cirurgião geral
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127-Serviço de Atenção à Obesidade - 001- Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento:07 .02.05.004-0	CARGA PARA GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE
Quantidade Máxima:	03

Procedimento:03 .03.07.013-7	TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA CLÍNICA PÓS - CIRURGIA BARIÁTRICA
Descrição	Consiste na internação do paciente com intercorrências clínicas nos primeiros 30 dias pós-cirurgia bariátrica. O valor deste procedimento não inclui diária de Unidade de Tratamento Intensivo.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02-Hospitalar
Instrumento de Registro:	03-AIH principal
Tipo de Financiamento:	04-Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Profissional SP:	R$ 50,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 272,00
Total Hospitalar:	R$ 322,00
Atributo Complementar:	004-Admite permanência à maior
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	16 anos
Idade Máxima:	110 anos
Media Permanência:	3
Quantidade Máxima:	1
Pontos:	200
CBO:	2251-20 - Médico cardiologista, 2251-25 - Médico clínico, 2251-33 - Médico psiquiatra, 2251-55 - Médico endócrino, 2252- 20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo, 2252-25 - Médico cirurgião geral, 2251-27 - Médico pneumologista
CID:	K81.1, K81.9, K85, A49.0, A49.9, E10, E10.0, E10.1, E11, E11.0, E11.1, I26, I74, I82.8, I82.9, J15.8, J15.9, K805, L02.2, L02.8, L08.9, M54.5, N30.0, R074, T80.0, T80.1, T80.2,T81.0, T81.4
Habilitação:	02.02 - Unidade de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade.
	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Especialidade do Leito:	01 - Leito Clínico
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento:04 .07.01.037-8	TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA CIRÚRGICA PÓS -CIRURGIA BARIÁTRICA
Descrição	Consiste na internação do paciente com intercorrências cirúrgicas nos primeiros 30 dias pós-cirurgia bariátrica. Não inclui as diárias de Unidade de Tratamento Intensivo.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02-Hospitalar
Instrumento de Registro:	03-AIH principal.
Tipo de Financiamento:	04-Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Profissional SP:	R$ 183,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 792,00
Total Hospitalar:	R$ 975,00
Atributo Complementar:	004-Admite permanência à maior; 001-Inclui valor da anestesia
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	16 anos
Idade Máxima:	110 anos
Media Permanência:	05
Quantidade Máxima:	01
Pontos:	200
CBO:	2252-20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo; 2252-25 - Médico cirurgião geral.
CID:	R10, R19.0, R19.3, R85, R85.0, K46.9,T81.3, K91.3, K31.0, K25.9, K26.9, K55.9, K56, K56.1, K56.2,K56.3, K56.4, K56.5, K56.6, K65 K65.0, K93.8,
	K80.0, K80.8.
Habilitação:	02.02 - Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave.
	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Especialidade do Leito:	01 - Leito Cirúrgico
Serviço/Classificação	127 - Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento: 03.01.12.008-0	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PRÉ-CIRURGIA BARIÁTRICA POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
Descrição	Consiste na realização de acompanhamento multiprofissional pré- tratamento cirúrgico da obesidade.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	06-APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04-Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Profissional SP:	00
Valor Ambulatorial:	R$ 40,00
Total Ambulatorial:	R$ 40,00
Atributo Complementar:	Exige registro na APAC de dados complementares
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	16
Idade Máxima:	110 anos
Quantidade Máxima:	01
Atributo complementar:	Exige informação do Cartão Nacional SUS/ Exige registro na APAC de dados complementares
CBO:	2237-10 - Nutricionista; 2515-10 - Psicólogo; 2251-25-Médico clínico; 2251-33 - Médico psiquiatra; 2251-55 - Médico endócrino; 2252- 20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo; 2252-25 - Médico cirurgião geral.
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
Procedimento:03 .01.12.005-6	
Descrição:	Consiste na realização de acompanhamento multiprofissional após o tratamento cirúrgico da obesidade.
	Consiste no atendimento por equipe multiprofissional pós-cirurgia bariátrica, realizado durante o período de 18 (dezoito) meses, correspondendo a um atendimento nº1°, 2°, 3°, 4°, 6°, 9°, 12° e 18° meses.
Complexidade:	Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Profissional SP:	00
Valor Ambulatorial:	R$ 40,00
Total Ambulatorial:	R$ 40,00
Atributo Complementar:	Admite APAC de Continuidade/ Exige registro na APAC de dados complementares
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	16
Idade Máxima:	11 0
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2237-10 - Nutricionista; 2515-10 - Psicólogo; 2236-05 - Fisioterapeuta; 2251-25-Médico clínico; 2251-33 - Médico psiquiatra; 2251-55 - Médico endócrino; 2252- 20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo; 2252-25 - Médico cirurgião geral; 2251-20 - Médico cardiologista.
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Habilitação:	02.02 - Unidade de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade
	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300247

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Procedimento:04 .13.04.005-4	DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Idade Mínima:	18 anos
Idade máxima:	110 anos
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo Portador de Obesidade.
Especialidade do Leito:	01 - Leito Cirúrgico
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento:04 .13.04.025-9	DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL CIRCUNFERENCIAL PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA
Descrição	Cirurgia plástica reconstrutiva do abdome e da região posterior do tronco, realizados em um único ato cirúrgico para correção dos excessos de pele pós-grandes perdas ponderais decorrente de cirurgias bariátricas.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02-Hospitalar
Instrumento de Registro:	03-AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04-Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Profissional SP:	R$ 550,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 502,20
Total Hospitalar:	R$ 1052,20
Atributo Complementar:	Inclui valor da anestesia/Admite permanência à maior/CNRAC
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	18 anos
Idade Máxima:	110 anos
Media Permanência:	2
Quantidade Máxima:	1
Pontos:	250
CBO:	225235 - Médico cirurgião plástico
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Habilitação:	02.02 - Serviço de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade
	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Especialidade do Leito:	01 - Leito Cirúrgico
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento: 04.13.04.007-0	DERMOLIPECTOMIA CRURAL PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Idade Mínima:	18 anos
Idade máxima:	110 anos
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento: 04.13.04.006-2	DERMOLIPECTOMIA BRAQUIAL PÓS-BARIÁTRICA
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Idade Mínima:	18 anos
Idade máxima:	110 anos
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento: 04.13.04.008-9	MAMOPLASTIA PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Idade Mínima:	18 anos
Idade máxima:	110 anos
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento:04 .15.02.001-8	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS DE CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Idade Mínima:	18 anos
Idade máxima:	110 anos
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Anexo 6 do Anexo IV

INDICADORES DE QUALIDADE (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Anexo 2)

INDICADORES DE QUALIDADE

1- Proporção de pacientes em tratamento conservador com Hemoglobina (Hb) >10 g/dl:

A) CÁLCULO:

No de pacientes em tratamento conservador com Hb >10 e 2,5 e < 4,5 mg/dl

---

No total de pacientes em tratamento conservador X 100

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

C) META: 90% ao final de 2 anos após a implementação da política

2- Proporção de pacientes em tratamento conservador com dosagem de Fósforo > 2,5 e < 4,5 mg/dl

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em tratamento conservador com P > 2,5 e < 4,5 mg/dl

---

Nº total de pacientes em tratamento conservador X 100

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

C) META: 70% ao final de 2 anos após a implementação da política

3- Proporção de pacientes em tratamento conservador encaminhados para tratamento hemodialítico e com FAV maturada:

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em tratamento conservador encaminhado para diálise com FAV maturada

---

Nº total de pacientes em tratamento conservador encaminhado para diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: 50% ao final de 2 anos após a implementação da política

4- Proporção de pacientes em tratamento conservador que abandonaram o tratamento

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em tratamento conservador com abandono de tratamento

---

Nº total de pacientes em tratamento conservador X 100

B) FREQUÊNCIA: Anual

C) META: < 10% ao final de 2 anos após a implementação da política

5- Proporção de pessoas em diálise peritoneal

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em diálise peritoneal

Nº total de pacientes em tratamento em diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: Aumento anual gradativo, com relação 1 para ciente em diálise peritoneal para cada 4 paciente em hemodiálise, ao final de 2 anos após a implementação da política

6- Taxa de hospitalização dos pacientes por intercorrência clínica:

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes internados por intercorrência clínica em hemodiálise

---

Nº total de pacientes em tratamento por hemodiálise X 100 OU Nº de pacientes internados por intercorrência clínica em CAPD e DPA

Nº total de pacientes em tratamento por CAPD e DPA X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: < 10%/mês, ao final de 2 anos após a implementação da política

7- Proporção de pacientes em hemodiálise em uso de cateter de curta duração por mais de 3 meses

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em Hemodiálise em uso de cateter de curta duração por mais de 3 meses

---

Nº total de pacientes em Hemodiálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: < 10% ao final de 2 anos após a implementação da política

8- Taxa de Mortalidade de pacientes em diálise

A) CÁLCULO:

Nº de óbitos de pacientes em diálise

Nº total de pacientes em diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: < 10% ao final de 2 anos após a implementação da política

9- Número de soroconversão para Hepatite C em pacientes submetidos à Hemodiálise

A) CÁLCULO:

Nº absoluto de casos com soroconversão para Hepatite C

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: Zero ao final de 2 anos após a implementação da política

10- Incidência de peritonite em pacientes em DPA e CAPD

A) CÁLCULO:

Nº de episódios de peritonites diagnosticadas no mês vigente

Nº total de pacientes em tratamento por DPA e CAPD

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: 1 episódio / 20-30 pacientes/mês

11- Proporção de pacientes com Hb > 10 g/dl e < 12,0 g/dl em diálise

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em diálise com Hb > 10 e < 12 g/dl

Nº total de pacientes em diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: > 80% ao final de 2 anos após a implementação da política

12- Proporção de pacientes em diálise com Fósforo (P) >3,5 e < 5,5 mg/dl

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes com P > 3,5 e < 5,5 mg/dl

Nº total de pacientes em diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: > 50% ao final de 2 anos após a implementação da política

13- Proporção de pacientes em Diálise com PTH > 600 pg/ml

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em Diálise com PTH > 600 pg/ml

Nº total de pacientes em Diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

C) META: < 20% ao final de 2 anos após a implementação da política

14- Proporção de pacientes em Hemodiálise com KTV > 1,2

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em Hemodiálise com KTV > 1,2

Nº total de pacientes em Hemodiálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: > 70% ao final de 2 anos após a implementação da política

15- Proporção de pacientes com mais de 6 meses de tratamento dialítico, aptos para o transplante e inscritos na CNCDO

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes com mais de 6 meses de tratamento dialítico, aptos para o transplante na e inscritos na CNCDO

Nº total de pacientes com mais de 6 meses de tratamento dialítico e aptos para o transplante X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: 80% ao final de 2 anos após a implementação da política

16- Proporção de confecção de Fístula Arterio-Venosa maturadas

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes com FAV maturadas

Nº total de pacientes com FAV confeccionada X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META:70% ao final de 2 anos após a implementação da política

Anexo 7 do Anexo IV

SERVIÇO ESPECIALIZADO 130 - ATENÇÃO À DOENÇA RENAL CRÔNICA (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Anexo 5)

SERVIÇO ESPECIALIZADO 130 - ATENÇÃO À DOENÇA RENAL CRÔNICA

CÓD. SERV	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	CÓD. CLASS	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	CBO	DESCRIÇÃO
130	ATENÇÃO À DOENÇA RENAL CRÔNICA	001	TRATAMENTO DIALÍTICO - HEMODIÁLISE	1	2235-05	Enfermeiro
					2235-35	Enfermeiro nefrologista
					2237-10	Nutricionista
					2251-09	Médico nefrologista
					2515-10	Psicólogo clínico
					2516-05	Assistente social
					3222-05	Técnico de enfermagem
		003	CONFECÇÃO INTERVENÇÃO DE ACESSOS PARA DIÁLIS	1	2251-09	Médico nefrologista
					2252-03	Médico cirurgião vascular
					2252-10	Médico cirurgião cardiovascular
					2252-25	Médico cirurgião geral
		004	TRATAMENTO NEFROLOGIA EM GERAL	1	2251-09	Médico nefrologista
					2235-05	Enfermeiro
		005	TRATAMENTO DIALÍTICO- PERITONEA	1	2235-35	Enfermeiro Nefrologista
					2237-10	Nutricionista
					2251-09	Médico nefrologista
					2515-10	Psicólogo clínico
					2516-05	Assistente social
					3222-05	Técnico de enfermagem
		006	TRATAMENTO PRÉ DIALÍTICO	1	2235-05	Enfermeiro
					2237-10	Nutricionista
					2251-09	Médico nefrologista
					2515-10	Psicólogo clínico
					2516-05	Assistente social
					3222-05	Técnico de enfermagem

Anexo 8 do Anexo IV

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Anexo 1)

Avaliação e Monitoramento

Abaixo, segue sugestão de indicadores que podem ser utilizados no monitoramento e na avaliação do cuidado ao tabagista. Porém, outros indicadores poderão ser definidos e pactuados localmente.

1. Proporção de usuários tabagistas cadastrados: Número de usuários tabagistas ³ 18 anos cadastrados, em determinado local e período / Número estimado* de usuários tabagistas ³ 18 anos no mesmo local e período x 100

Fonte: Cadastro Individual do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (numerador) e VIGITEL e Cadastro Individual do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (denominador)

*número estimado de usuários tabagistas na área coberta pela equipe de atenção básica = Pessoas cadastradas na área coberta pela equipe x parâmetro de prevalência estadual / 100.

2. Número de grupos de tratamento do tabagista realizados: Total de atendimentos em grupo realizados para usuários de tabaco e dependência química*, em determinado local e período.

Fonte: Mapa de atividade coletiva do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS

3. Proporção de usuários tabagistas participantes de atendimento em grupo: Número de usuários que participaram de atendimento em grupo para usuário de tabaco e dependência química* em determinado local período/ Número de usuários tabagistas no mesmo local período x 100

Fonte: Mapa de atividade coletiva do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (numerador) e Cadastro Individual do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (denominador)

*quando a opção "público alvo" está marcada como "usuário de tabaco" e a opção "práticas/temas para a saúde" está marcada como "dependência química (tabaco, álcool e outras drogas)".

Além dos indicadores acima descritos, que podem ser extraídos do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS, sugere-se os indicadores abaixo para acompanhamento da equipe:

4. Proporção de fumantes que deixaram de fumar: Número de fumantes sem fumar na 4ª sessão estruturada/ Número de fumantes atendidos na 1ª sessão x 100

5. Proporção de fumantes que abandonaram o tratamento: Número de fumantes atendidos na 1ª sessão estruturada - Número de fumantes atendidos na 4ª sessão estruturada/ Número de fumantes atendidos na 1ª sessão estruturada x 100.

*quando a opção "público alvo" está marcada como "usuário de tabaco" e a opção "práticas/temas para a saúde" está marcada como "dependência química (tabaco, álcool e outras drogas)".

Anexo 9 do Anexo IV

CONTROLE DE QUALIDADE DO EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Anexo 1)

Controle de qualidade do exame citopatológico cervico vaginal

Procedimento	02.03.01.007-8 Controle de qualidade do exame citopatológico cervico vaginal.
Descrição	Consiste na revisão de lâminas por laboratório diferente daquele que realizou o exame citopatológico de rotina para detectar as diferenças de interpretação dos critérios citomorfológicos e reduzir o percentual dos casos falso-negativos, falso-positivos e insatisfatórios para rastreio da s lesões pré-neoplásicas e câncer de colo de útero.
Complexidade	MC - Média Complexidade
Modalidade	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro	02 - BPA (Individualizado)
Atributos Complementares	023-Registro no SISCOLO; 040 - Registro no SISCAN
Tipo de Financiamento	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Subtipo de Financiamento	0057- Controle de qualidade do exame citopatológico do colo de útero
Valor Ambulatorial SA	R$ 8,96
Valor Ambulatorial Total	R$ 8,96
Valor Hospitalar SP	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH	R$ 0,00
Total Hospitalar	R$ 0,00
Quantidade Máxima	1
Sexo	Feminino
Idade Mínima	10 anos
Idade Máxima	130 anos
CBO	2211-05, 2212-05, 2234-15, 2251-48, 2253-05, 2253-35
Serviço / classificação	120 - Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ ou citologia - 003 - Monitoramento externo da qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero.
Habilitação	32.03- Laboratório de monitoramento externo de qualidade de exames citopatológicos do colo de útero - Tipo II

Anexo 10 do Anexo IV

EXAME DO CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA - RASTREAMENTO (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Anexo 2)

Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento

Procedimento	02.03.01.008-6 Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento
Descrição	Consiste na análise microscópica de material coletado do colo do útero. Indicado para todas as mulheres com idade entre 25 e 64 anos e vida sexual ativa, para o rastreio das lesões pré-neoplásicas e câncer de colo do útero.
Complexidade	MC - Média Complexidade
Modalidade	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro	02 - BPA (Individualizado)
Atributo Complementar	023- Registro no SISCOLO, 040 - Registro no SISCAN
Tipo de Financiamento	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Subtipo de Financiamento	0057- Controle de qualidade do exame citopatológico do colo de útero
Valor Ambulatorial SA	R$7,30
Valor Ambulatorial Total	R$7,30
Valor Hospitalar SP	R$0,00
Valor Hospitalar SH	R$0,00
Total Hospitalar	R$0,00
Quantidade Máxima	1
Sexo	Feminino
Idade Mínima	25 anos
Idade Máxima	64 anos
CBO	2211-05, 2212-05, 2234-15, 2251-48, 2253-05, 2253-35
Serviço / Classificação	120 - Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ ou citologia - 002 - Exames citopatológicos; 120 - Serviço de Diagnóstico por Anatomia Patológica e/ou Citopatologia - 003 - Monitoramento externo da qualidade dos exames citopatológico do colo do útero.
Habilitação	32.02- Laboratório de exames citopatológicos de colo de útero - Tipo I
	32.03- Laboratório de monitoramento externo de qualidade de exames citopatológicos do colo de útero - Tipo II

Anexo 11 do Anexo IV

EXAME DO CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Anexo 3)

Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora

Procedimento	02.03.01.001-9 Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora
Descrição	Consiste na análise microscópica de material coletado do colo do útero. Indicado para mulheres com vida sexual ativa, para diagnóstico das lesões pré-neoplásicas e câncer de colo do útero.
Valor Ambulatorial SA	R$6,97
Valor Ambulatorial Total	R$6,97
Quantidade Máxima	1
Atributo complementar	040 - Registro no SISCAN
CBO	2211-05, 2212-05, 2234-15, 2251-48, 2253-05, 2253-35
Serviço / Classificação	Incluir: 120 - Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ ou citologia - 003 - Monitoramento externo da qualidade dos exames citopatológico do colo do útero.
Habilitação	32.02- Laboratório de exames citopapatológicos do colo de útero - Tipo I
	32.03- Laboratório de monitoramento externo de qualidade de exames citopatológicos do colo de útero - Tipo II

Anexo V

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Origem: PRT MS/GM 3088/2011)

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 1º)

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º)

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, I)

II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, II)

III - combate a estigmas e preconceitos; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, III)

IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, IV)

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, V)

VI - diversificação das estratégias de cuidado; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, VI)

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, VII)

VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, VIII)

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, IX)

X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, X)

XI - promoção de estratégias de educação permanente; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, XI)

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, XII)

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 3º)

I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 3º, I)

II - promover o acesso das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 3º, II)

III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das Redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 3º, III)

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º)

I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, I)

II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, II)

III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, III)

IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, IV)

V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, V)

VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, VI)

VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e seus familiares, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, VII)

VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais de seus pontos de atenção; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, VIII)

IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, IX)

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º)

I - Atenção Básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I)

a) Unidade Básica de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, a)

1. Equipes de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, a, 1)

2. Equipes de Atenção Básica para populações específicas: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, a, 2)

3. 1. Equipe de Consultório na Rua; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, a, 2-A)

4. 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, a, 2-A)

5. Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, a, 3)

b) Centros de Convivência e Cultura; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, b)

II - Atenção Psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, II)

a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, II, a)

III - Atenção de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, III)

a) SAMU 192; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, III, a)

b) Sala de Estabilização; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, III, b)

c) UPA 24 horas; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, III, c)

d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, III, d)

e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, III, e)

IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, IV)

a) Unidade de Acolhimento; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, IV, a)

b) Serviços de Atenção em Regime Residencial. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, IV, b)

V - Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, V)

a) Leitos de psiquiatria em hospital geral; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, V, a)

b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral). (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, V, b)

VI - Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, VI)

a) Serviços Residenciais Terapêuticos. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, VI, a)

VII - Estratégias de Reabilitação Psicossocial: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, VII)

a) Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, VII, a)

Art. 6º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Básica em saúde os seguintes serviços: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º)

I - Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, I)

II - Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, II)

a) Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, II, a)

1. pessoas em situação de rua em geral; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, II, a, 1)

2. pessoas com transtornos mentais; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, II, a, 2)

3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, II, a, 3)

b) equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, II, b)

III - Centro de Convivência Cultura: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, III)

§ 1º A Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, § 1º)

§ 2º O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, vinculado à Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por

apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental incluindo os problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, § 2º)

§ 3º Quando necessário, a Equipe de Consultório na Rua, de que trata a alínea "a" do inciso II deste artigo, poderá utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, § 3º)

§ 4º Os Centros de Convivência e Cultura, de que trata o inciso III deste artigo, são estratégicos para a inclusão social das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade. Os Centros de Convivência serão normatizados por portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, § 4º)

Art. 7º Os Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades, são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário que compõe a Rede de Atenção Psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º)

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 1º)

§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 2º)

§ 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 3º)

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º)

I - CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, I)

II - CAPS II: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, II)

III - CAPS III: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, III)

IV - CAPS AD: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, IV)

V - CAPS AD III: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, V)

VI - CAPS i: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, VI)

Art. 8º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 8º)

§ 1º Os pontos de Atenção de Urgência e Emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.(Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção de Urgência e Emergência deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 8º, § 2º)

Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Residencial de Caráter Transitório os seguintes serviços: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º)

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, I)

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, II)

§ 1º O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.(Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, § 1º)

§ 2º As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, § 2º)

I - Unidade de Acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, § 2º, I)

II - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos incompletos). (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, § 2º, II)

§ 3º Os serviços de que trata o inciso II deste artigo funcionam de forma articulada com: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, § 3º)

I - a atenção básica, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, § 3º, I)

II - o Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período e pelo planejamento da saída, em parceria com o Serviço de Atenção em Regime Residencial, e pelo seguimento do cuidado após a saída, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, § 3º, II)

Art. 10. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar os seguintes serviços: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 10)

I - Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral: oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 10, I)

II - Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no Hospital Geral: oferece retaguarda clínica por meio de internações de curta duração, com equipe multiprofissional e sempre acolhendo os pacientes em articulação com os CAPS e outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial para construção do Projeto Terapêutico Singular. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 10, II)

§ 1º A regulação do acesso aos leitos de que tratam os incisos I e II desse artigo deverá ser definida pelo gestor local segundo critérios de necessidade clínica e de gestão. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 10, § 1º)

§ 2º As internações de que tratam os serviços dos incisos I e II desse parágrafo deverão seguir as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 10, § 2º)

Art. 11. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial nas Estratégias de Desinstitucionalização os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 11)

§ 1º O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 11, § 1º)

§ 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 11, § 2º)

§ 3º O Programa de Volta para Casa, enquanto estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que provê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 11, § 3º)

Art. 12. O componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 12)

§ 1º As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial desenvolvidas em iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais têm como objetivo a inclusão produtiva, a formação e a qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 12, § 1º)

§ 2º As iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais de que trata o §1º deste artigo devem articular sistematicamente as Redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 12, § 2º)

Art. 13. O processo de incentivo e habilitação dos pontos de atenção ficará submetidas aos critérios estabelecidos nesta normativa e em suas portarias específicas descrita no Anexo 1 do Anexo V . (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 13)

Parágrafo Único. Situações excepcionais serão analisadas pela Área Técnica de Saúde Mental DAPES/SAS/MS, no sentido de se buscar a adequação às peculiaridades regionais, podendo realizar vistoria in loco a qualquer tempo. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 14. A operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial se dará pela execução de cinco fases: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14)

I - Fase I - Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, I)

a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional (CGR) e pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com o apoio da SES, de análise da situação de saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, I, a)

b) pactuação do Desenho da Rede de Atenção Psicossocial no CGR e no CGSES/DF; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, I, b)

c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no CGR e no CGSES/DF, com a programação da atenção à saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos; na sequencia, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, I, c)

d) estímulo à instituição do Fórum Rede de Atenção Psicossocial que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede de Atenção Psicossocial na Região. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, I, d)

II - Fase II - adesão e diagnóstico: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II)

a) apresentação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado, Distrito Federal e nos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, a)

b) apresentação e análise da matriz diagnóstica, conforme o Anexo 1 do Anexo V , na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no CGSES/DF e no CGR; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, b)

c) homologação da região inicial de implementação da Rede de Atenção Psicossocial na CIB e CGSES/DF; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, c)

d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, formado pela SES, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, d)

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, d, 1)

2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, d, 2)

3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, d, 3)

4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, d, 4)

e) contratualização dos Pontos de Atenção; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, e)

f) qualificação dos componentes. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, f)

III - Fase 3 - Contratualização dos Pontos de Atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, III)

a) elaboração do desenho da Rede de Atenção Psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, III, a)

b) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, III, b)

c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, III, c)

IV - Fase 4 - Qualificação dos componentes: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, IV)

a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas nos arts. 6º, 7º, 8º, 9º, 10, 11 e 12 do Anexo V ; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, IV, a)

b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde, que deverão ser definidas na matriz diagnóstica para cada componente da Rede serão acompanhadas de acordo com o Plano de Ação Regional e dos Planos de Ações Municipais. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, IV, b)

V - Fase 5 - Certificação: A certificação da Rede de Atenção Psicossocial será concedida pelo Ministério da Saúde aos gestores do SUS, em parceria com CONASS e CONASEMS, após a realização das ações de atenção à saúde previstas nos arts. 6º, 7º, 8º, 9º, 10, 11 e 12 do Anexo V , e avaliadas na Fase de Qualificação dos Componentes. Serão desenvolvidas reavaliações de certificação anualmente. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, V)

§ 1º O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da RAPS assim como para monitoramento e avaliação da implementação da Rede pelo Grupo Condutor Estadual e pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, § 1º)

§ 2º Quaisquer mudanças no Plano de Ação das RAPS deverão ser encaminhas ao Ministério da Saúde (que avaliará viabilidade da mudança), após repactuação em CIR e homologação em CIB. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, § 2º)

Art. 15. Para operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial cabe: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 15)

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, o apoio à pactuação, implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 15, I)

II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, apoio à pactuação, implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 15, II)

III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, pactuação, implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território municipal. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 15, III)

Art. 16. Os critérios definidos para implantação de cada componente e seu financiamento, por parte da União, serão objetos de normas específicas a serem publicadas pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 16)

Art. 17. Fica constituído Grupo de Trabalho Tripartite, coordenado pelo Ministério da Saúde, a ser definido por Portaria específica, para acompanhar, monitorar, avaliar e se necessário, revisar esta Portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011 em até cento e oitenta dias. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 17)

CAPÍTULO I

DO COMITÊ DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Art. 18. Fica instituído o Comitê de Mobilização Social para a Rede de Atenção Psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º)

§ 1º São atribuições deste Comitê: (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 1º)

I - ampliar o envolvimento da Sociedade Civil na discussão relacionada às ações voltadas às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 1º, I)

II - contribuir na sensibilização e na mobilização social, com o objetivo de facilitar e promover a implementação da Rede de Atenção Psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 1º, II)

III - promover a difusão de informações que possam subsidiar o debate sobre ações inclusivas, considerando os princípios dos Direitos Humanos, da Reforma Psiquiátrica e a participação democrática; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 1º, III)

IV - contribuir para o fortalecimento do controle social destas ações; e (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 1º, IV)

V - realizar o balanço semestral do andamento da implementação e dos resultados da Rede de Atenção Psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 1º, V)

§ 2º O Comitê de Mobilização Social será composto por representantes das seguintes Entidades: (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º)

I - Associação Brasileira de Redutores de Danos - ABORDA; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, I)

II - Associação Brasileira de Saúde Mental - ABRASME; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, II)

III - Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas - ABRAMD; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, III)

IV - Associação Brasileira de Autismo - ABRA; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, IV)

V - Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, V)

VI - Associação Juízes para a Democracia; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, VI)

VII - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, VII)

VIII - Central Única das Favelas - CUFA; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, VIII)

IX - Comitê de Assuntos Sociais do Senado Federal; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, IX)

X - Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura - CONTAG; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, X)

XI - Conselho Federal de Serviço Social - CFESS; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XI)

XII - Conselho Federal de Enfermagem - COFEN; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XII)

XIII - Conselho Federal de Medicina - CFM; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XIII)

XIV - Conselho Federal de Psicologia - CFP; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XIV)

XV - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XV)

XVI - Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XVI)

XVII - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XVII)

XVIII - Conselho Nacional de Juventude; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XVIII)

XIX - Conselho Nacional de Saúde - CNS; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XIX)

XX - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XX)

XXI - Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXI)

XXII - Cruz Azul no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXII)

XXIII - Especialistas, Intelectuais e Artistas; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXIII)

XXIV - Federação Brasileira de Hospitais - FBH; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXIV)

XXV - Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas - FENNOCT; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXV)

XXVI - Fórum Brasileiro de Economia Solidária; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXVI)

XXVII - Frente Nacional de Entidades pela Cidadania, Dignidade e Direitos Humanos na Política Nacional sobre Drogas; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXVII)

XXVIII - Movimento Nacional da População em Situação de Rua; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXVIII)

XXIX - Movimento Nacional de Direitos Humanos - MNDH; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXIX)

XXX - Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis - MNCR; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXX)

XXXI - Movimento Nacional da Luta Antimanicomial - MNLA; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXXI)

XXXII - Ordem dos Advogados do Brasil - OAB; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXXII)

XXXIII - Pastoral Nacional do Povo da Rua - PNPR; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXXIII)

XXXIV - Rede de Educação Popular e Saúde - REDPOP; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXXIV)

XXXV - Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial - RENILA; e (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXXV)

XXXVI - União Nacional dos Estudantes - UNE. (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXXVI)

§ 3º A coordenação do Comitê de Mobilização Social será responsabilidade do Gabinete do Ministro, com o apoio técnico e institucional da Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 3º)

§ 4º O Comitê de Mobilização Social se reunirá semestralmente, ou em caráter extraordinário quando solicitado. (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 4º)

Art. 19. A Secretaria de Atenção a Saúde tomará as devidas providências para a operacionalização do estabelecido neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 2º)

TÍTULO II

DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CAPÍTULO I

DAS MODALIDADES DE SERVIÇOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Art. 20. Os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto neste Capítulo; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 1º)

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no art. 22, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 1º, § 2º)

Art. 21. Somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 2º)

Art. 22. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 3º)

Parágrafo Único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 23. As modalidades de serviços estabelecidas pelo art. 20 corresponderão às características abaixo discriminadas: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º)

§ 1º CAPS I - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º)

I - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º, I)

II - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º, II)

III - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º, III)

IV - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º, IV)

V - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental e medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, dentro de sua área assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º, V)

VI - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º, VI)

§ 2º A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º)

I - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, I)

II - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, II)

III - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, III)

IV - visitas domiciliares; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, IV)

V - atendimento à família; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, V)

VI - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, VI)

VII - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, VII)

§ 3º Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 3º)

I - 01 (um) médico com formação em saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 3º, I)

II - 01 (um) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 3º, II)

III - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 3º, III)

IV - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 3º, IV)

§ 4º CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º)

I - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º, I)

II - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º, II)

III - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º, III)

IV - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º, IV)

V - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º, V)

VI - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º, VI)

§ 5º A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 5º)

I - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 5º, I)

II - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 5º, II)

III - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 5º, III)

IV - visitas domiciliares; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 5º, IV)

V - atendimento à família; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 5º, V)

VI - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 5º, VI)

VII - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 5º, VII)

§ 6º Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 6º)

I - 01 (um) médico psiquiatra; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 6º, I)

II - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 6º, II)

III - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 6º, III)

IV - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 6º, IV)

§ 7º CAPS III - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º)

I - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º, I)

II - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º, II)

III - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º, III)

IV - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º, IV)

V - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º, V)

VI - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º, VI)

VII - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º, VII)

§ 8º A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º)

I - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, I)

II - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, II)

III - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, III)

IV - visitas e atendimentos domiciliares; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, IV)

V - atendimento à família; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, V)

VI - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, VI)

VII - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, VII)

VIII - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, VIII)

IX - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, IX)

§ 9º Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 9º)

I - 02 (dois) médicos psiquiatras; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 9º, I)

II - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 9º, II)

III - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 9º, III)

IV - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 9º, IV)

§ 10. Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 10)

I - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 10, I)

II - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 10, II)

§ 11. Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 11)

I - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 11, I)

II - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 11, II)

III - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 11, III)

§ 12. CAPS i II - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12)

I - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12, I)

II - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12, II)

III - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12, III)

IV - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12, IV)

V - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12, V)

VI - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12, VI)

VII - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12, VII)

§ 13. A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13)

I - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13, I)

II - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13, II)

III - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13, III)

IV - visitas e atendimentos domiciliares; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13, IV)

V - atendimento à família; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13, IV-A)

VI - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13, V)

VII - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13, VI)

VIII - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13, VII)

§ 14. Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 14)

I - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 14, I)

II - 01 (um) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 14, II)

III - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 14, III)

IV - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 14, IV)

§ 15. CAPS ad II - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15)

I - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15, I)

II - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15, II)

III - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15, III)

IV - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15, IV)

V - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15, V)

VI - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15, VI)

VII - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15, VII)

VIII - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15, VIII)

§ 16. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16)

I - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16, I)

II - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16, II)

III - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16, III)

IV - visitas e atendimentos domiciliares; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16, IV)

V - atendimento à família; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16, V)

VI - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16, VI)

VII - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16, VII)

VIII - atendimento de desintoxicação. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16, VIII)

§ 17. Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 17)

I - 01 (um) médico psiquiatra; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 17, I)

II - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 17, II)

III - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 17, III)

IV - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 17, IV)

V - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 17, V)

Art. 24. Os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 5º)

Parágrafo Único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no art. 21. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 25. Os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 6º)

Parágrafo Único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 26. Os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluídos CAPS i II e CAPS ad II) e III, objetos deste Capítulo, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 9º)

CAPÍTULO II

DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS 24 HORAS (CAPS AD III)

Seção I

Das Disposições Gerais

(Origem: PRT MS/GM 130/2012, CAPÍTULO I)

Art. 27. Este Capítulo define o Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III). (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 1º)

Art. 28. O CAPS AD III é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 2º)

Art. 29. O CAPS AD III poderá atender a população infantojuvenil, desde que atendendo ao requisitos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 3º)

Art. 30. O CAPS AD III poderá constituir-se como referência regional, de acordo com implantação pactuada pela Comissão Intergestores Regional (CIR) respectiva e desde que previsto no Plano de Ação Regional ou em situações excepcionais no período de transição do processo de construção do Plano. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 4º)

§ 1º O CAPS AD III regional será retaguarda para grupo populacional de 150 (cento e cinquenta) mil a 300 (trezentos) mil habitantes. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 4º, § 1º)

§ 2º No caso do caput, o Plano de Ação Regional deverá indicar a linha de cuidado (Hospital Geral e/ou UPA e/ou Portas Hospitalares de Atenção à Urgência) de referência para o CAPS AD III regional, garantindo-se apoio qualificado aos usuários que apresentem quadros de abstinência, intoxicação aguda ou outros agravos clínicos relacionados ao consumo de álcool, crack e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 4º, § 2º)

Seção II

Do Funcionamento

(Origem: PRT MS/GM 130/2012, CAPÍTULO II)

Art. 31. O CAPS AD III observará as seguintes características de funcionamento: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º)

I - constituir-se em serviço aberto, de base comunitária que funcione segundo a lógica do território e que forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, durante as 24 (vinte e quatro) horas em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados;(Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, I)

II - ser lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de gravidade (recaídas, abstinência); (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, II)

III - ter disponibilidade para acolher casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, por 12 (doze) horas ininterruptas diurnas, como das 7 às 19 horas ou 8 às 20 horas ou 9 às 21 horas. Durante os finais de semana e feriados os casos avaliados que necessitarem de acolhimento noturno deverão ser encaminhados para avaliação médica (Hospital Geral e/ou UPA e/ou Portas Hospitalares de Atenção à Urgência). Nos casos que a avaliação médica não indicar internação em Hospital Geral, o usuário deverá retornar para o CAPS que o acolheu no primeiro dia útil: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, III)

a) Sempre que houver necessidade de avaliação médica, e o CAPS não dispuser deste profissional no momento, o usuário deverá ser encaminhado para o serviço de urgência de referência. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, III, a)

IV - condicionar o recebimento de usuários transferidos de outro Ponto de Atenção, para acolhimento noturno, ao prévio contato com a equipe que receberá o caso; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, IV)

V - produzir, em conjunto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, V)

VI - regular o acesso ao acolhimento noturno, com base em critérios clínicos, em especial desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, VI)

VII - promover inserção proteção e suporte de grupo para seus usuários, no processo de reabilitação psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, VII)

VIII - organizar o processo de trabalho do serviço com equipe multiprofissional, sob a ótica da interdisciplinaridade, priorizado espaços coletivos; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, VIII)

IX - estabelecer profissionais de referência para cada usuário; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, IX)

X - adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários, recorrendo às tecnologias de baixa exigência, tais como acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida (agulhas e seringas limpas, preservativos, etc), dentre outras;(Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, X)

XI - ofertar cuidados às famílias de usuários, independentemente da vinculação do usuário aos serviços daquele CAPS AD III; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, XI)

XII - promover junto aos usuários e familiares a compreensão das Políticas Públicas, especialmente dos fundamentos legais da Política Pública de Saúde Mental Álcool e outras Drogas, e da defesa de seus direitos; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, XII)

XIII - orientar-se pelos princípios da Redução de Danos; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, XIII)

XIV - responsabilizar-se, dentro de suas dependências ou em parceria com outros pontos de atenção da Rede de Saúde, pelo manejo e cuidado de situações envolvendo comorbidade psiquiátrica ou clínica; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, XIV)

XV - compartilhar a responsabilidade pelos usuários nas internações em Hospital Geral e outros Pontos de Atenção; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, XV)

XVI - realizar ações de apoio matricial no âmbito da Regional na Atenção Básica e outros pontos de atenção, de acordo com as necessidades de cada caso; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, XVI)

XVII - funcionar de forma articulada com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, em especial junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), participando diretamente do resgate voltado aos usuários com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com vistas a minimizar o sofrimento e a exposição, de acordo com pactuação prévia; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, XVII)

XVIII - articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Regional a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, XVIII)

Subseção I

Da Atenção Integral ao Usuário

(Origem: PRT MS/GM 130/2012, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 32. A atenção integral ao usuário no CAPS AD III inclui as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º)

I - trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe interdisciplinar, realizado por trabalhadores de formação universitária e/ou média, conforme definido neste Capítulo; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, I)

II - atendimento individual para consultas em geral, atendimento psicoterápico e de orientação, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, II)

III - oferta de medicação assistida e dispensada; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, III)

IV - atendimento em grupos para psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social, dentre outras; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, IV)

V - oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível universitário ou de nível médio, nos termos deste Capítulo; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, V)

VI - visitas e atendimentos domiciliares; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, VI)

VII - atendimento à família, individual e em grupo; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, VII)

VIII - atividades de reabilitação psicossocial, tais como resgate e construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, manejo de moeda corrente, autocuidado, manejo de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, VIII)

IX - estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social, assembleias semanais, atividades de promoção, divulgação e debate das Políticas Públicas e da defesa de direitos no território, dentre outras; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, IX)

X - fornecimento de refeição diária aos usuários assistidos, na seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, X)

a) os usuários assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, X, a)

b) usuários assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, X, b)

c) usuários que permanecerem no serviço durante 24 (vinte e quatro) horas contínuas receberão 4 (quatro) refeições diárias. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, X, c)

§ 1º A permanência de um mesmo usuário no acolhimento noturno do CAPS AD III fica limitada a 14 (catorze) dias, no período de 30 (trinta) dias. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Caso seja necessária permanência no acolhimento noturno por período superior a 14 (catorze) dias, o usuário será encaminhado a uma Unidade de Acolhimento. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, § 2º)

§ 3º A regra estabelecidas nos §§ 1º e 2º poderá ser excepcionada a critério da equipe de serviço, quando necessário ao pleno desenvolvimento dos Projetos Terapêuticos Singulares, devendo ser justificada à Coordenação Municipal de Saúde Mental. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, § 3º)

Subseção II

Da Equipe Mínima

(Origem: PRT MS/GM 130/2012, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 33. O CAPS AD III deverá contar com equipe mínima para atendimento de sua clientela na seguinte configuração: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º)

I - 60 horas de profissionais médicos, entre psiquiatras e clínicos com formação e/ou experiência em saúde mental, sendo no mínimo um psiquiatra. Deverá ser garantida a presença mínima de um médico no período diurno de segunda à sexta-feira; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, I)

II - 1 (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental, por turno; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, II)

III - 5 (cinco) profissionais de nível universitário por turno, pertencentes às seguintes categorias profissionais: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, III)

a) psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, III, a)

b) assistente social; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, III, b)

c) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, III, c)

d) terapeuta ocupacional; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, III, d)

e) pedagogo; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, III, e)

f) educador físico. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, III, f)

IV - 4 (quatro) técnicos de enfermagem por turno; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, IV)

V - 4 (quatro) profissionais de nível médio por turno, preferencialmente com experiência em ações de redução de danos dentre as seguintes categorias profissionais: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, V)

a) artesão; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, V, a)

b) agente social; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, V, b)

c) educador social. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, V, c)

VI - 1 (um) profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa, por turno. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, VI)

§ 1º Além do mínimo previsto acima, o CAPS poderá contar com outras categorias profissionais, que potencializem o alcance das ações do serviço. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Para os períodos de acolhimento noturno, das 19 às 7 horas a equipe mínima deverá ser composta pelos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 2º)

I - 1 (um) enfermeiro; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 2º, I)

II - 02 (dois) profissionais de nível médio, sendo que um deles deverá ser necessariamente técnico de enfermagem. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 2º, II)

§ 3º No período diurno aos sábados, domingos e feriados, a equipe mínima será composta da seguinte forma, em plantões de 12 (doze) horas: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 3º)

I - 2 profissionais de nível universitário, sendo que um deles deverá ser necessariamente enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 3º, I)

II - 2 (dois) profissionais de nível médio, sendo que um deles deverá ser necessariamente técnico de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 3º, II)

III - 1 (um) profissional da área de apoio. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 3º, III)

§ 4º Cabe ao gestor de saúde local garantir a composição da equipe mínima em situações de férias, licenças e outros afastamentos. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 4º)

Subseção III

Da Estrutura Física Mínima

(Origem: PRT MS/GM 130/2012, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 34. O CAPS AD III terá a seguinte estrutura física mínima: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 8º)

I - espaço para atendimento individual; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 8º, I)

II - espaço para atendimento de grupo; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 8º, II)

III - espaço para refeições; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 8º, III)

IV - espaço para convivência; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 8º, IV)

V - banheiros com chuveiro; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 8º, V)

VI - no mínimo 8 (oito) e no máximo 12 (doze) vagas para acolhimento noturno; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 8º, VI)

VII - posto de enfermagem. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 8º, VII)

Seção III

Da Implantação e da Tipologia

(Origem: PRT MS/GM 130/2012, CAPÍTULO III)

Art. 35. O CAPS AD III será implantado conforme previsto no Plano de Ação Regional ou instrumento equivalente, e poderá ser de dois tipos: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 9º)

I - CAPS AD III Novo; ou (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 9º, I)

II - CAPS AD III Qualificado. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 9º, II)

Parágrafo Único. O CAPS AD III Qualificado é aquele que é resultado da adaptação e qualificação de um CAPS AD tradicional preexistente e transformado para o atendimento de pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 36. O CAPS AD III Novo será implantado na proporção de um para cada grupo populacional de 150 (cento e cinquenta) mil a 300 (trezentos) mil habitantes. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 10)

Parágrafo Único. Situações excepcionais serão analisadas pela Área Técnica de Saúde Mental DAPES/SAS/MS, no sentido de se buscar a adequação às peculiaridades regionais, podendo realizar vistoria in loco para a habilitação a qualquer tempo. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 37. No intuito de garantir efetiva retaguarda de acolhimento 24 horas para pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, recomenda-se a qualificação de CAPS AD II em CAPS AD III. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 11)

Seção IV

Da Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial

Art. 38. Fica instituída a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 1º)

Art. 39. Para efeito desta Seção, a Unidade de Acolhimento referida no art. 38 é um dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial e apresenta as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 2º)

I - Funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana; e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 2º, I)

II - Caráter residencial transitório. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 2º, II)

§ 1º A Unidade de Acolhimento tem como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 2º, § 1º)

§ 2º A Unidade de Acolhimento deverá articular intersetorialmente a garantia dos direitos de moradia, educação, convivência familiar e social. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 2º, § 2º)

Art. 40. Os usuários da Unidade de Acolhimento serão acolhidos conforme definido pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 3º)

Parágrafo Único. O CAPS de referência será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular de cada usuário, considerando a hierarquização do cuidado e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 41. O Plano de Ação Regional deverá indicar a linha de cuidado (Hospital Geral e/ou UPA e/ou Portas Hospitalares de Atenção à Urgência) de referência para a Unidade de Acolhimento, garantindo-se apoio qualificado aos usuários. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 4º)

Art. 42. As Unidades de Acolhimento funcionarão em duas modalidades: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 5º)

I - Unidade de Acolhimento Adulto - destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos; e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 5º, I)

II - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil - destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 5º, II)

§ 1º A Unidade de Acolhimento Adulto terá disponibilidade de 10 (dez) a 15 (quinze) vagas. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil terá disponibilidade de 10 (dez) vagas. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 5º, § 2º)

Art. 43. A Unidade de Acolhimento poderá ser constituída por Estados, por Municípios e pelo Distrito Federal, como unidade pública ou em parceria com instituições ou entidades sem fins lucrativos, atendidas as exigências estabelecidas nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 6º)

Art. 44. A Unidade de Acolhimento a ser implantada deverá estar inserida na Rede de Atenção Psicossocial e referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 7º)

Art. 45. A Unidade de Acolhimento deve contar com estrutura física mínima, na seguinte configuração: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º)

I - sala de acolhimento de residentes, familiares e visitantes; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, I)

II - quartos coletivo com acomodações individuais e espaço para guarda de roupas (Com até 04 (quatro) camas cada quarto); (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, II)

III - refeitório; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, III)

IV - cozinha; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, IV)

V - banheiros com chuveiros, adaptados para pessoa com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, V)

VI - banheiros (vestuário) para funcionários; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, VI)

VII - lavanderia; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, VII)

VIII - abrigo externo de resíduos sólidos; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, VIII)

IX - sala de TV; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, IX)

X - sala Administrativa (Escritório); e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, X)

XI - almoxarifado. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, XI)

Art. 46. A Unidade de Acolhimento Adulto deverá observar os seguintes requisitos específicos: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 9º)

I - Ser referência para Municípios ou regiões com população igual ou superior de 200.000 (duzentos mil) habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 9º, I)

II - Contar com equipe técnica mínima, composta por profissionais que possuam experiência comprovada de dois anos e/ou pós-graduação lato sensu (mínimo de 360 horas) ou stricto sensu (mestrado ou doutorado) na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 9º, II)

a) 56 horas semanais de profissionais de nível universitário da área da saúde, com distribuição entre os turnos de domingo a domingo de maneira a garantir a presença mínima de um profissional por período todos os dias da semana. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 9º, II, a)

b) Profissionais de nível médio, com a presença mínima de 2 (dois) em todos os dias da semana e nas 24 (vinte e quatro) horas do dia. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 9º, II, b)

Art. 47. Os profissionais de nível universitário na área da saúde poderão pertencer às seguintes categorias profissionais: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 10)

I - assistente social; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 10, I)

II - educador físico; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 10, II)

III - enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 10, III)

IV - psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 10, IV)

V - terapeuta ocupacional; e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 10, V)

VI - médico. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 10, VI)

Art. 48. A Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil deverá observar os seguintes requisitos específicos: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11)

I - Ser referência para Municípios ou região com população igual ou superior a 100.000 (cem mil) habitantes; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, I)

II - Contar com equipe técnica mínima, composta por profissionais que possuam experiência comprovada de dois anos ou pós-graduação lato sensu (mínimo de 360 horas) ou stricto sensu (mestrado ou doutorado) na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, II)

a) 56 horas semanais de profissionais de nível universitário da área da saúde, com distribuição entre os turnos de domingo a domingo de maneira a garantir a presença mínima de um profissional por período todos os dias da semana. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, II, a)

b) Profissionais de nível médio, com a presença mínima de 2 (dois) em todos os dias da semana e nas 24 (vinte e quatro) horas do dia. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, II, b)

c) 40 horas de profissionais de nível universitário na área de educação, distribuídas de maneira a garantir a presença mínima de 1 (um) profissional por período em todos os dias úteis da semana, das 7 às 19 horas. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, II, c)

§ 1º Situações excepcionais serão analisadas pela Área Técnica de Saúde Mental DAPES/SAS/MS, no sentido de se buscar a adequação às peculiaridades regionais, podendo realizar vistoria in loco para a habilitação a qualquer tempo. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, Parágrafo Único)

§ 2º Poderá ser implantada 1 (uma) Unidade de Acolhimento em Município ou região que contabilizem de 2.500 (dois mil e quinhentos) a 5.000 (cinco mil) crianças e adolescentes em risco para uso de drogas. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 1º)

§ 3º O cálculo do número de crianças e adolescentes em risco para uso de drogas deverá observar a fórmula constante do Anexo 2 do Anexo V . (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 2º)

§ 4º Os profissionais de nível universitário na área da saúde poderão pertencer às seguintes categorias profissionais: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 3º)

I - assistente Social; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 3º, I)

II - educador físico; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 3º, II)

III - enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 3º, III)

IV - psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 3º, IV)

V - terapeuta ocupacional; e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 3º, V)

VI - médico. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 3º, VI)

Art. 49. As ações a serem desenvolvidas pelas Unidades de Acolhimento e o tempo de permanência de cada usuário deverão estar previstas no Projeto Terapêutico Singular, tendo como parâmetro o limite de seis meses. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12)

Parágrafo Único. O Projeto Terapêutico Singular será formulado no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial com a participação da Unidade de Acolhimento, devendo-se observar as seguintes orientações: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único)

I - acolhimento humanizado, com estímulo à grupalização e socialização, por meio de atividades terapêuticas e coletivas; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, I)

II - desenvolvimento de ações que garantam a integridade física e mental, considerando o contexto social e familiar; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, II)

III - desenvolvimento de intervenções que favoreçam a adesão ao tratamento, visando à interrupção ou redução do uso de crack, álcool e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, III)

IV - acompanhamento psicossocial ao usuário e à respectiva família; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, IV)

V - atendimento psicoterápico e de orientação, entre outros, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, V)

VI - atendimento em grupos, tais como psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, assembleias, grupos de redução de danos, entre outros; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, VI)

VII - oficinas terapêuticas; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, VII)

VIII - atendimento e atividades sociofamiliares e comunitárias; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, VIII)

IX - promoção de atividades de reinserção social; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, IX)

X - articulação com a Rede intersetorial, especialmente com a assistência social, educação, justiça e direitos humanos, com o objetivo de possibilitar ações que visem à reinserção social, familiar e laboral, como preparação para a saída; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, X)

XI - articulação com programas culturais, educacionais e profissionalizantes, de moradia e de geração de trabalho e renda; e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, XI)

XII - saída programada e voltada à completa reinserção do usuário, de acordo com suas necessidades, com ações articuladas e direcionadas à moradia, ao suporte familiar, à inclusão na escola e à geração de trabalho e renda. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, XII)

Art. 50. O gestor responsável pela implantação da Unidade de Acolhimento será o responsável pelo acompanhamento, controle, avaliação, fiscalização e auditoria, devendo-se verificar periodicamente o cumprimento dos requisitos e orientações contidos nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 17)

TÍTULO III

DAS NORMAS DE FUNCIONAMENTO E HABILITAÇÃO DO SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO A PESSOAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES DE SAÚDE DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS, DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Art. 51. Este Título define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DO SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO A PESSOAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES DE SAÚDE DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS

(Origem: PRT MS/GM 148/2012, CAPÍTULO I)

Seção I

Das Diretrizes

(Origem: PRT MS/GM 148/2012, CAPÍTULO I, Seção I)

Art. 52. O Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas é um ponto de atenção do componente Atenção Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e observará as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 2º)

I - função precípua de preservação da vida, visando criar condições para a garantia da continuidade do cuidado pelos outros componentes da Rede de Atenção Psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 2º, I)

II - integração à Rede de Atenção Psicossocial, como parte das demandas e fluxos assistenciais na Região de Saúde, potencializando ações de matriciamento, corresponsabilidade pelos casos e garantia da continuidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 2º, II)

III - articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde na Região de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 2º, III)

IV - oferta de suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 2º, IV)

V - competência da Rede de Saúde local para regulação do acesso aos leitos; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 2º, V)

VI - funcionamento em regime integral, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, finais de semana e feriados inclusive, sem interrupção da continuidade entre os turnos. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 2º, VI)

Art. 53. O Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas construirá seu projeto técnico considerando as seguintes referências: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º)

I - internações de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário, respeitando as especificidades de cada caso; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, I)

II - adoção de protocolos técnicos para o manejo terapêutico dos casos; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, II)

III - estabelecimento de fluxos entre os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção às Urgências e o sistema de regulação; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, III)

IV - incorporação da estratégia de redução de danos como norteadora de projetos terapêuticos singulares, pactuados nos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, IV)

V - articulação com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para continuidade do tratamento, considerando perspectiva preventiva para outros episódios de internação; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, V)

VI - estabelecimento de mecanismos de integração do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas com outros setores do Hospital Geral, por intermédio de interconsulta ou outras formas de interação entre os diversos serviços, a partir de demandas de ordem clínica específica; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, VI)

VII - garantia de transferência do usuário para estruturas hospitalares de maior complexidade, devidamente acreditados pelo gestor local de saúde, quando as condições clínicas impuserem tal necessidade; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, VII)

VIII - avaliação permanente, por equipe multiprofissional, dos indicadores de qualidade e humanização da assistência prestada. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, VIII)

Art. 54. O projeto técnico do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas contemplará as seguintes atividades, de acordo com as demandas singulares de cada usuário: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 4º)

I - avaliação clínica e psicossocial realizada por equipe multiprofissional, devendo ser considerado o estado clínico/psíquico do paciente; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 4º, I)

II - abordagem familiar, incluídas orientações sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento em outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 4º, II)

III - articulação com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para construção do Projeto Terapêutico Singular. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 4º, III)

Seção II

Da Estrutura Física

(Origem: PRT MS/GM 148/2012, CAPÍTULO I, Seção II)

Art. 55. A estrutura física do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas observará os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º)

I - iluminação e ventilação adequadas, permitindo que os atendimentos sejam desenvolvidos com conforto, privacidade, quando necessário, organização e segurança; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, I)

II - em instalações hospitalares de arquitetura vertical, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas deve ficar o mais próximo possível do andar térreo, facilitando o trânsito e reduzindo os riscos aos usuários do serviço, e possibilitando a integração de pequena área livre para atividades; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, II)

III - busca da compatibilização entre espaços hospitalares concebidos, de acordo com a economia espacial utilizada pela arquitetura hospitalar, e o uso desses mesmos espaços de acordo com a dinâmica da atenção psicossocial, em uma lógica na qual a humanização do cuidado e a convivência se apresentem como favorecedores do processo terapêutico; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, III)

IV - observância dos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, especialmente: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, IV)

a) RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Prorrogação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, IV, a)

b) RDC ANVISA nº 63, de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, IV, b)

c) Resolução nº 5, de 5 de agosto de 1993, do Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA). (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, IV, c)

Art. 56. A configuração do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas observará os seguintes parâmetros: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 6º)

I - no caso de até 10 (dez) leitos implantados, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas poderá funcionar em: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 6º, I)

a) leitos de clínica médica qualificados para o atendimento destinado a pessoas adultas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; ou (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 6º, I, a)

b) leitos de pediatria qualificados para o atendimento destinado a crianças e adolescentes em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 6º, I, b)

II - no caso de mais de 10 (dez) leitos implantados, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas funcionará em enfermaria especializada destinada ao atendimento de pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 6º, II)

Parágrafo Único. Os leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas destinados ao atendimento de crianças e adolescentes deverão estar sempre localizados em espaço próprio, resguardando-se o direito à permanência de acompanhante em tempo integral. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

Seção III

Da Equipe Técnica Multiprofissional

(Origem: PRT MS/GM 148/2012, CAPÍTULO I, Seção III)

Art. 57. A definição da equipe técnica multiprofissional responsável pelo Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas observará a gradação do número de leitos implantados, na seguinte proporção:(Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º)

I - para o cuidado de até 4 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, I)

a) 1 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem por turno; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, I, a)

b) 1 (um) profissional de saúde mental de nível superior; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, I, b)

c) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, I, c)

II - para o cuidado de 5 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, II)

a) 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, II, a)

b) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, II, b)

c) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, II, c)

III - para o cuidado de 11 a 20 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, III)

a) 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, III, a)

b) 1 (um) enfermeiro por turno; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, III, b)

c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, III, c)

d) 1 (um) médico, preferencialmente psiquiatra, responsável pelos leitos. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, III, d)

IV - para o cuidado de 21 a 30 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, IV)

a) 6 (seis) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, IV, a)

b) 1 (um) enfermeiro por turno; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, IV, b)

c) 3 (três) profissionais de saúde mental de nível superior; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, IV, c)

d) 1(um) médico clínico responsável pelos leitos; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, IV, d)

e) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, IV, e)

CAPÍTULO II

DA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO A PESSOAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES DE SAÚDE DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS

(Origem: PRT MS/GM 148/2012, CAPÍTULO II)

Art. 58. A implantação do Serviço Hospitalar de Referência para a atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas observará os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 8º)

I - em Municípios ou Regiões de Saúde com até 100 (cem) mil habitantes, a implantação do serviço referido no caput depende da existência de ações de saúde mental na Atenção Básica e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 8º, I)

II - em Municípios ou Regiões de Saúde com mais de 100 (cem) mil habitantes, a implantação do serviço referido no caput depende da existência de ações de saúde mental na Atenção Básica e de CAPS de referência que realize atenção a pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 8º, II)

Parágrafo Único. O Serviço Hospitalar de Referência de que trata este artigo deve ser implantado em Hospitais Gerais, preferencialmente de natureza pública ou filantrópica, e serão preferencialmente utilizados também como espaços de atuação docente assistencial. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 59. A distribuição dos leitos hospitalares para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas observará os seguintes parâmetros e critérios: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 9º)

I - 1 (um) leito de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas para cada 23 mil habitantes, tendo como base o Capítulo II do Título IV da Portaria de Consolidação nº 1; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 9º, I)

II - O número de leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas não deverá exceder o percentual de 15% (quinze por cento) do número total de leitos do Hospital Geral, até o máximo de 25 leitos (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 9º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 1615/2012)

Parágrafo Único. Projetos que ultrapassarem os parâmetros dos incisos I e II poderão, em caráter de excepcionalidade, ser analisados tecnicamente pela Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS), observada a pactuação regional acerca das particularidades da Rede de Atenção Psicossocial das distintas Regiões de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 60. O planejamento de distribuição regional do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas será definido pelos gestores de saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, na perspectiva da constituição do Componente Atenção Hospitalar como estratégia para a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 10)

Art. 61. O planejamento de distribuição regional do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas deve constar do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial, ou instrumento equivalente. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 11)

CAPÍTULO III

DO ACOMPANHAMENTO

Art. 62. A Área Técnica do DAPES/SAS/MS procederá à avaliação semestral de desempenho do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, considerando a taxa média de ocupação e a média de permanência do usuário no leito de atenção. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 18)

Art. 63. A SAS/MS publicará ato específico para regulamentar os procedimentos para o funcionamento do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas em Hospitais Gerais e os mecanismos de controle da Autorização de Internação Hospitalar (AIH). (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 19)

TÍTULO IV

DO CONTROLE DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS (IPI) E VOLUNTÁRIAS (IPV)

Art. 64. Os estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do Sistema Único de Saúde, observarão o disposto neste Título para efetuarem as internações psiquiátricas voluntárias ou involuntárias, conforme o disposto na Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 1º)

Art. 65. A internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 2º)

Art. 66. Ficam caracterizadas quatro modalidades de internação: (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º)

I - Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI); (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º, I)

II - Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV), (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º, II)

III - Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária (IPVI), (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º, III)

IV - Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC). (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º, IV)

§ 1º Internação Psiquiátrica Voluntária é aquela realizada com o consentimento expresso do paciente. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Internação Psiquiátrica Involuntária é aquela realizada sem o consentimento expresso do paciente. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A Internação Psiquiátrica Voluntária poderá tornar-se involuntária quando o paciente internado exprimir sua discordância com a manutenção da internação. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A Internação Psiquiátrica Compulsória é aquela determinada por medida judicial e não será objeto da presente regulamentação. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º, § 4º)

Art. 67. As internações involuntárias, referidas no art. 66, § 2º , deverão ser objeto de notificação às seguintes instâncias: (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 4º)

I - ao Ministério Público Estadual ou do Distrito Federal e Territórios onde o evento ocorrer, (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 4º, I)

II - à Comissão referida no art. 73. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 4º, II)

Art. 68. A Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária deverá ser feita, no prazo de 72 horas, às instâncias referidas no art. 67, observado o sigilo das informações, em formulário próprio (Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, modelo constante do Anexo 3 do Anexo V), que deverá conter laudo de médico especialista pertencente ao quadro de funcionários do estabelecimento de saúde responsável pela internação. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º)

Parágrafo Único. O laudo médico é parte integrante da Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, a qual deverá conter obrigatoriamente as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único)

I - identificação do estabelecimento de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, I)

II - identificação do médico que autorizou a internação; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, II)

III - identificação do usuário e do seu responsável e contatos da família; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, III)

IV - caracterização da internação como voluntária ou involuntária; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, IV)

V - motivo e justificativa da internação; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, V)

VI - descrição dos motivos de discordância do usuário sobre sua internação; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, VI)

VII - CID; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, VII)

VIII - informações ou dados do usuário, pertinentes à Previdência Social (INSS); (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, VIII)

IX - capacidade jurídica do usuário, esclarecendo se é interditado ou não; e (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, IX)

X - informações sobre o contexto familiar do usuário; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, X)

XI - previsão estimada do tempo de internação (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, XI)

Art. 69. Caberá ao Ministério Público o registro da notificação das internações psiquiátricas involuntárias (IPI), bem como das voluntárias que se tornam involuntárias (IPVI), para controle e acompanhamento destas até a alta do paciente. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 6º)

Art. 70. Se no decurso de uma internação voluntária o paciente exprimir discordância quanto à sua internação, após sucessivas tentativas de persuasão pela equipe terapêutica, passando a caracterizar-se uma internação involuntária, o estabelecimento de saúde enviará ao Ministério Público o Termo de Comunicação de Internação Involuntária, até 72 horas após aquela manifestação, devidamente assinado pelo paciente. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 7º)

Art. 71. Caberá à instituição responsável pela internação involuntária a comunicação da alta hospitalar, conforme modelo de formulário Anexo 3 do Anexo V , do qual deverão constar, obrigatoriamente, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 8º)

I - numeração da IPI; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 8º, I)

II - data; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 8º, II)

III - condições da alta; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 8º, III)

IV - encaminhamento do paciente. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 8º, IV)

Art. 72. Nas internações voluntárias, deverá ser solicitado ao paciente que firme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, modelo em Anexo 3 do Anexo V , que ficará sob a guarda do estabelecimento. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 9º)

Art. 73. O gestor estadual do SUS constituirá uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, com a participação de integrante designado pelo Ministério Público Estadual, que fará o acompanhamento dessas internações, no prazo de setenta e duas horas após o recebimento da comunicação pertinente.(Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 10)

§ 1º A Comissão deverá ser multiprofissional, sendo integrantes dela, no mínimo, um psiquiatra ou clínico geral com habilitação em Psiquiatria, e um profissional de nível superior da área de saúde mental, não pertencentes ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer a internação, além de representante do Ministério Público Estadual. É relevante e desejável que dela também façam parte representantes de associações de direitos humanos ou de usuários de serviços de saúde mental e familiares. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 10, § 1º)

§ 2º Se necessário, poderão ser constituídas Comissões Revisoras das Internações Psiquiátricas Involuntárias, em âmbito microrregional, municipal ou por regiões administrativas de municípios de grande porte. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 10, § 2º)

Art. 74. O Ministério Público poderá solicitar informações complementares ao autor do laudo e à direção do estabelecimento, bem como realizar entrevistas com o internado, seus familiares ou quem mais julgar conveniente, podendo autorizar outros especialistas a examinar o internado, com vistas a oferecerem parecer escrito.(Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 11)

Art. 75. A Comissão Revisora efetuará, até o sétimo dia da internação, a revisão de cada internação psiquiátrica involuntária, emitindo laudo de confirmação ou suspensão do regime de tratamento adotado e remetendo cópia deste ao estabelecimento de saúde responsável pela internação, no prazo de vinte e quatro horas.(Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 12)

Art. 76. O Diretor do estabelecimento enviará mensalmente ao gestor estadual do SUS listagem contendo o nome do paciente internado e o número da notificação da Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI e IPVI), ressalvados os cuidados de sigilo. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 13)

TÍTULO V

DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL PARA O ATENDIMENTO AO PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS

Art. 77. Ficam criados os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 1º)

Parágrafo Único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 78. Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º)

Art. 79. Os SRT deverão acolher pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-A)

Parágrafo Único. Para fins deste Título, será considerada internação de longa permanência a internação de 2 (dois) anos ou mais ininterruptos. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-A, Parágrafo Único)

Art. 80. Os SRT serão constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II, definidos pelas necessidades específicas de cuidado do morador, conforme descrito no Anexo 4 do Anexo V . (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-B)

§ 1º São definidos como SRT Tipo I as moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo 8 (oito) moradores. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-B, § 1º)

§ 2º São definidos como SRT Tipo II as modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo 10 (dez) moradores. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-B, § 2º)

§ 3º Para fins de repasse de recursos financeiros, os Municípios deverão compor grupos de mínimo quatro moradores em cada tipo de SRT. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-B, § 3º)

§ 4º Os SRT tipo II deverão contar com equipe mínima composta por cuidadores de referência e profissional técnico de enfermagem, observando-se as diretrizes constantes do Anexo 4 do Anexo V . (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-B, § 4º)

§ 5º As duas modalidades de SRT se mantem como unidades de moradia, inseridos na comunidade, devendo estar localizados fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, estando vinculados a rede pública de serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-B, § 5º)

Art. 81. Cabe aos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental: (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 3º)

I - garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 3º, a)

II - atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado; e (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 3º, b)

III - promover a reinserção desta clientela à vida comunitária. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 3º, c)

Art. 82. Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 4º)

I - ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 4º, a)

II - ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários; e (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 4º, b)

III - respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 4º, c)

Art. 83. Constituem normas e critérios para inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no SUS: (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º)

I - serem exclusivamente de natureza pública; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º, a)

II - a critério do gestor local, poderão ser de natureza não governamental, sem fins lucrativos, devendo para isso ter Projetos Terapêuticos específicos, aprovados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º, b)

III - estarem integrados à rede de serviços do SUS, municipal, estadual ou por meio de consórcios intermunicipais, cabendo ao gestor local a responsabilidade de oferecer uma assistência integral a estes usuários, planejando as ações de saúde de forma articulada nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º, c)

IV - estarem sob gestão preferencial do nível local e vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo; e (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º, d)

V - a critério do Gestor municipal/estadual de saúde os Serviços Residenciais Terapêuticos poderão funcionar em parcerias com organizações não governamentais (ONGs) de saúde, ou de trabalhos sociais ou de pessoas físicas nos moldes das famílias de acolhimento, sempre supervisionadas por um serviço ambulatorial especializado em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º, e)

Art. 84. São características físico-funcionais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental: (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 6º)

I - apresentar estrutura física situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas seguindo critérios estabelecidos pelos gestores municipais e estaduais; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 6º, I)

II - existência de espaço físico que contemple de maneira mínima: (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 6º, II)

a) dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de no máximo 08 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 03 (três) por dormitório. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 6º, II, a)

b) sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 6º, II, b)

c) dormitórios devidamente equipados com cama e armário; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 6º, II, c)

d) copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários, etc.); e (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 6º, II, d)

e) garantia de, no mínimo, três refeições diárias, café da manhã, almoço e jantar. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 6º, II, e)

Art. 85. Definir que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados, possuam equipe técnica que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 7º)

I - 01 (um) profissional médico; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 7º, I)

II - 02 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 7º, II)

Art. 86. Cabe ao gestor municipal /estadual do SUS identificar os usuários em condições de serem beneficiados por esta nova modalidade terapêutica, bem como instituir as medidas necessárias ao processo de transferência dos mesmos dos hospitais psiquiátricos para os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde mental.(Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 8º)

Art. 87. Ficam priorizados, para a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, os municípios onde já existam outros serviços ambulatoriais de saúde mental de natureza substitutiva os hospitais psiquiátricos, funcionando em consonância com os princípios da II Conferência Nacional de Saúde Mental e contemplados dentro de um plano de saúde mental, devidamente discutido e aprovado nas instâncias de gestão pública. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 9º)

Art. 88. Para a inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no Cadastro do SUS, deverão ser cumpridas as normas gerais que vigoram para cadastramento no Sistema Único de Saúde e a apresentação de documentação comprobatória aprovada pelas Comissões Intergestores Bipartite. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 10)

Art. 89. As Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação para a garantia do funcionamento com qualidade dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 12)

Art. 90. As Secretarias de Assistência à Saúde e a Secretaria-Executiva, mediante ato conjunto, regulamentarão os procedimentos assistenciais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 13)

Art. 91. Cabe aos gestores de saúde do SUS emitir normas complementares que visem a estimular as políticas de intercâmbio e cooperação com outras áreas de governo, Ministério Público, Organizações Não Governamentais, no sentido de ampliar a oferta de ações e de serviços voltados para a assistência aos portadores de transtornos mentais, tais como: desinterdição jurídica e social, bolsa-salário ou outra forma de benefício pecuniário, inserção no mercado de trabalho. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 14)

TÍTULO VI

DA ESTRATÉGIA NACIONAL DE AVALIAÇÃO, MONITORAMENTO, SUPERVISÃO E APOIO TÉCNICO AOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E OUTROS SERVIÇOS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL DO SUS

Art. 92. Fica instituída a Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros Dispositivos Comunitários da rede pública de saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Estratégia objeto deste artigo será desenvolvida por meio do estabelecimento de parceria entre o Ministério da Saúde e instituições de ensino, pesquisa e extensão, com o objetivo de formulação e execução de projetos de pesquisa e produção e de conhecimento para avaliação e aperfeiçoamento dos CAPS e demais serviços da rede pública de saúde mental, focalizando desde a acessibilidade, a organização dos serviços, a gestão, a qualidade da atenção, a efetividade, a formação dos profissionais e a produção de qualidade de vida e cidadania dos usuários envolvidos. (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 93. Para a condução da Estratégia de que trata o art. 92, o Ministério da Saúde buscará o estabelecimento de parceria com os seguintes centros universitários: (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 2º)

I - Universidade Federal da Bahia - Instituto de Saúde Coletiva; (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 2º, I)

II - Universidade de Brasília - Instituto de Psicologia; (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 2º, II)

III - Universidade Estadual de Campinas - Instituto de Saúde Coletiva; (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 2º, III)

IV - Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 2º, IV)

V - Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública; e (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 2º, V)

VI - Universidade Federal do Rio de Janeiro - Centro de Ciências da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 2º, VI)

Art. 94. A Secretaria de Atenção à Saúde, ouvidas as Secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no prazo de 60 (sessenta) dias, procederá à elaboração do Termo de Cooperação Técnica e Científica entre as referidas universidades e o Ministério da Saúde, do qual conste a definição das ações e responsabilidades de cada instituição. (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 3º)

Anexo 1 do Anexo V

MATRIZ DIAGNÓSTICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Anexo 1)

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região:					
Município:					
População:					
COMPONENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâmetro
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro 2011
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas				Consultório na Rua: Portarias nos 122 e 123 de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes de organização e o funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: A ser normatizado por portaria específica.
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, apresentada pela Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.
	Centro de Convivência				A ser normatizado por portaria específica.
II. Atenção Psicossocial	CAPS I				Municípios ou regiões com pop. acima de 15 mil hab.
	CAPS II				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III				Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS AD				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS AD III				Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS i				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA SAMU Sala de Estabilização Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/Pronto Socorro				Conforme orientações de Portaria específica.
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO				Conforme orientações da Portaria 121. de 25 de janeiro de 2012.
	UA INFANTO-JUVENIL				Conforme orientações da Portaria 121. de 25 de janeiro de 2012.
	SERVIÇO DE ATENÇÃO EM REGIME RESIDENCIAL				Municípios ou regiões com ao menos 1 CAPS e uma UA adulto.
V. Atenção Hospitalar	LEITOS DE PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL				1 leito para cada 23 mil habitantes
	SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA				
VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRT				A depender do nº de munícipes que recebam alta após ao menos dois anos de internação ininterrupta em hospital psiquiátrico ou hospital de custódia
	PVC				A depender do nº de munícipes que recebam alta após ao menos dois anos de internação ininterrupta em hospital psiquiátrico ou hospital de custódia
VII. Estratégias de Reabilitação Psicossocial	COOPERATIVAS SOCIAIS, EMPREENDIMENTOS SOLIDÁRIOS E INICIATIVAS DE TRABALHO E RENDA				Conforme orientações da Portaria n.132 de 26 de janeiro de 2012

Anexo 2 do Anexo V

FÓRMULA PARA DEFINIÇÃO DO NÚMERO DE CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS EM RISCO PARA USO DE DROGAS: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Anexo 1)

Fórmula para definição do número de crianças, adolescentes e jovens em risco para uso de drogas:

Num. de hab. Entre 10 e 19 anos x 6 = N
100

Onde:

1 .Número de habitantes entre 10 e 19 anos.

2. 6%: Percentual de uso de qualquer droga no último mês por estudantes de 10 a 19 anos, segundo dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), realizado em 2010.

3. N: Número de crianças e adolescentes em risco para uso de drogas.

Anexo 3 do Anexo V

FORMULÁRIOS (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Anexo 1)

FORMULÁRIOS

TIMBRE DA INSTITUIÇÃO

_____ _____, de _____de 200__

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a alta do(a) paciente abaixo relacionado(a):

COMUNICAÇÃO DE ALTA DO PACIENTE - Nº

1. ESTABELECIMENTO

Nome: _____C.G.C.:_____

2. PACIENTE

Nome:_____

Pai: _____ Mãe: _____

Identidade nº: _____Órgão Exp.: _____U.F.: _____ C.I.C: _____

Naturalidade: _____ U.F.: _____ Nacionalidade: _____

Data de Nasc.: ____/___/_____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

3. ALTA

Data: __/__/__ Hora: __:__ C.I.D.: _____ Setor: _____

Justificativa da Alta: _____

_____

Médico responsável pela alta:_____

_____

Assinatura e Carimbo com nº de CRM

Familiar responsável pelo paciente: _____

Grau de Parentesco: _____Identidade nº: _____ Órgão Exp.:___ U.F:__

_____

Assinatura do Responsável

4. Alta solicitada por: ( ) médico ( ) familiar ( ) responsável legal ( )

outros _____

5. Observações: _____

(timbre da instituição)

_____ _____, de _____de 200__

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre o internação do paciente abaixo relacionado:

COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA AO MINISTÉRIO PÚBLICO DE _____ Nº _____

1. ESTABELECIMENTO

Nome: _____ C.G.C.: _____

2. PACIENTE

Nome : _____

Pai : _____ Mãe: _____

Identidade Nº: _____ Órgão exp.: _____ U.F.:____ C.I.C.: _____

Naturalidade: _____ U.F.: _____ Nacionalidade: _____

Data de Nasc.: __/__/__ Estado Civil: _____Profissão: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ UF:_____

Acompanhante/Responsável

Nome: _____ Grau de parentesco: _____

Endereço: _____ tel.: _____

RG: _____

Assinatura: _____

3. INTERNAÇÃO

Data: __/__/__ Hora: __:__ Local: _____ C.I.D.: _____

Motivo da Internação: _____

Justificativa da Involuntariedade: _____

Motivo de discordância do paciente quanto à internação: _____

Antecedentes psiquiátricos: _____

Tempo estimado da internação (dias):

( )1 a 5 ( )6 a 14 ( ) 15 a 21 ( ) 22 a 30 ( ) mais de 30

Médico Responsável pela Internação: _____

_____

Assinatura e Carimbo com nº do CRM

Contexto familiar: _____

4. Situação Jurídica do paciente: Interditado? ( ) sim ( ) não ( ) informação ignorada

5. Dados sobre INSS: _____

6. Observações: _____

(timbre da instituição)

Local e data: _____

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 7º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a alta do(a) paciente abaixo relacionado(a):

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA VOLUNTÁRIA Nº _____

1. ESTABELECIMENTO

Nome: _____ C.G.C.: _____

2. PACIENTE

Nome : _____

Pai: _____ Mãe: _____

Identidade Nº: _____ Órgão Exp.:_____ U.F.: _____

C.I.C.: _____

Naturalidade: _____ U.F.: _____ Nacionalidade: _____

Data de Nasc.: __/__/__ Estado Civil: _____ Profissão: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ U.F.: _____

3. INTERNAÇÃO

Data: __/__/__ Hora: __:__ Setor: _____ C.I.D.: _____

Justificativa: _____

Médico Responsável: _____

_____

Assinatura e Carimbo com nº do CRM

Familiar/ Responsável pelo paciente: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade Nº: _____

Órgão Exp.: _____ U.F: _____

Endereço: _____ tel.: _____

_____

Assinatura do Responsável

4. CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Concordo com minha internação neste hospital, tendo em vista as informações que me foram prestadas pelo médico responsável, sobre a necessidade de internação e também sobre os meus direitos, garantidos na Lei 10. 216.

Brasília, ___de ___ de _____

_____

Assinatura ou polegar do paciente

5. Observações: _____

Anexo 4 do Anexo V

DIRETRIZES DE FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Anexo 1)

DIRETRIZES DE FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.

SRT TIPO I

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. A lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social.

O SRT tipo I deve acolher no máximo 8 (oito) moradores, não podendo exceder este número.

Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial. O acompanhamento dos moradores das residências deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais. Tal suporte focaliza-se no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, entre outros).

Cada módulo poderá contar com um cuidador de referência. A incorporação deste profissional deve ser avaliada pela equipe técnica de acompanhamento do SRT, vinculada ao equipamento de saúde de referência e ocorrerá mediante a necessidade de cuidados de cada grupo de moradores, levando-se em consideração o número e nível de autonomia dos moradores.

O ambiente doméstico deve constituir-se conforme definido na Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000.

SRT TIPO II

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretivas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente.

Este tipo de SRT deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número.

O encaminhamento de moradores para SRTs tipo II deve ser previsto no projeto terapêutico elaborado por ocasião do processo de desospitalização, focado na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com consequente inserção deles na rede social existente.

O ambiente doméstico deve constituir-se conforme definido na Portaria 106/GM/MS, de 2000, levando em consideração adequações/adaptações no espaço físico que melhor atendam as necessidades dos moradores.

Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial.

Cada módulo residencial deverá contar com cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem. Para cada grupo de 10 (dez) moradores orienta-se que a RT seja composta por 5 (cinco) cuidadores em regime de escala e 1 (um) profissional técnico de enfermagem diário. Esta equipe deve estar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência.

Anexo 5 do Anexo V

REPASSE DE INCENTIVO FINANCEIRO PARA IMPLANTAÇÃO E/OU IMPLEMENTAÇÃO DE SRTS TIPO I E II (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Anexo 1)

REPASSE DE INCENTIVO FINANCEIRO PARA IMPLANTAÇÃO E/OU IMPLEMENTAÇÃO DE SRTs TIPO I E II

Documentação necessária para fins de repasse do incentivo:

I) Ofício assinado pelo gestor solicitando o incentivo financeiro, informando o número de Residências que pretende implantar, bem como o tipo (I ou II) e situação de cada serviço (se estão em implantação ou funcionamento). Para os serviços em funcionamento o anexo IV deverá ser preenchido;

II) Termos de Compromisso de gestor local assegurando o início do funcionamento do SRT em até 3 (três) meses a partir da data de recebimento do recurso, podendo esse prazo ser prorrogado uma única vez por igual período;

III) Programa de Ação Técnica do Serviço, contendo os critérios que justifiquem a inserção dos moradores nos diferentes tipos de SRT, e as ações que nortearão a rotina da casa.

IV) Identificação do Serviço de Saúde Mental de Referência que será responsável pelo suporte terapêutico dos moradores do SRT;

V) Proposta Técnica de aplicação do recurso.

Anexo 6 do Anexo V

TABELA 1 (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Anexo 2)

Tabela 1

Nº de Moradores	SRT tipo I			SRT tipo II		
	Serviço (R$)	Profissional (R$)	Total (R$)	Serviço (R$)	Profissional (R$)	Total (R$)
8	8.000,00	2.000,00	10.000,00	12.000,00	8.000,00	20.000,00

Anexo 7 do Anexo V

TABELAS 2 E 3 (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Anexo 3)

Tabela 2

Nº de Moradores	SRT tipo I		
	Serviço	Profissional	Total
4	4.000,00	1.000,00	5.000,00
5	4.625,00	1.625,00	6.250,00
6	5.250,00	2.250,00	7.500,00
7	5.875,00	2.875,00	8.750,00
8	8.000,00	2.000,00	10.000,00

Tabela 3

Nº de Moradores	SRT tipo II		
	Serviço	Profissional	Total
4	5.000,00	3.000,00	8.000,00
5	6.000,00	4.000,00	10.000,00
6	7.000,00	5.000,00	12.000,00
7	8.000,00	6.000,00	14.000,00
8	9.000,00	7.000,00	16.000,00
9	10.000,00	8.000,00	18.000,00
10	12.000,00	8.000,00	20.000,00

Anexo 8 do Anexo V

CADASTRAMENTO PARA REPASSE DE RECURSO FINANCEIRO DE CUSTEIO MENSAL DE SRT TIPO I (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Anexo 4)

CADASTRAMENTO PARA REPASSE DE RECURSO FINANCEIRO DE CUSTEIO MENSAL DE SRT TIPO I

Em relação ao cadastramento, os módulos residenciais tipo I deverão estar em funcionamento para efetivarem a solicitação de cadastro junto ao Ministério da Saúde. Dessa forma, deverão enviar à Área Técnica de Saúde Mental a seguinte documentação:

I) Relatório de Vistoria da Secretaria de Saúde do Estado/Distrito Federal;

II) Identificação do Serviço de Saúde Mental de Referência que será responsável pelo suporte terapêutico dos moradores do SRT, com apresentação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do serviço (Conforme a Portaria nº 748/GM/MS, de 10 de outubro de 2006);

III) Programa de Ação Técnica do Serviço, contendo os critérios que justifiquem a inserção dos moradores nos diferentes tipos de SRT, e as ações que nortearão a rotina da casa;

IV) Preenchimento do formulário de cadastro de Serviço Residencial Terapêutico (anexo V).

CADASTRAMENTO PARA REPASSE DE RECURSO FINANCEIRO DE CUSTEIO MENSAL DE SRT TIPO II

Os SRTs tipo II deverão seguir as diretrizes estabelecidas nesta portaria no que tange ao repasse do incentivo financeiro para implantação.

Em relação ao cadastramento, os módulos residenciais tipo II novos deverão estar em funcionamento para efetivarem a solicitação de cadastro junto ao Ministério da Saúde. Dessa forma, deverão enviar à Área Técnica de Saúde Mental a seguinte documentação:

I) Relatório de Vistoria da Secretaria de Saúde do Estado / Distrito Federal;

II) Identificação do Serviço de Saúde Mental de Referência que será responsável pelo suporte terapêutico dos moradores do SRT, com a apresentação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do serviço, (Conforme Portaria nº 748/GM/MS, de 10 de outubro de 2006);

III) Programa de Ação Técnica do Serviço, contendo os critérios que justifiquem a inserção dos moradores nos diferentes tipos de SRT, e as ações que nortearão a rotina da casa;

IV) Preenchimento do formulário de cadastro de Serviço Residencial Terapêutico (Anexo V);

V) Envio de relatório circunstanciado que justifique a necessidade de cuidados específicos pelos moradores.

Anexo 9 do Anexo V

CADASTRO NACIONAL DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICO (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Anexo 5)

CADASTRO NACIONAL DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

MUNICÍPIO: UF: ( ) TIPO I ( ) TIPO II

Nome do Gestor responsável pelo SRT:

Endereço Completo do SRT:

Telefone:

Número de moradores:

Nome do técnico responsável:

Telefone: E-mail:

Serviço de Saúde Mental de Referência:

CNES

DADOS PESSOAIS DOS MORADORES

Nº	Nome do morador	Data de nascimento	Sexo	CPF	Data de entrada no SRT	Procedência	Benefícios que possui		
1							( ) PVC	( ) BPC	( ) Aposentadoria
2							( ) PVC	( ) BPC	( ) Aposentadoria
3							( ) PVC	( ) BPC	( ) Aposentadoria
4							( ) PVC	( ) BPC	( ) Aposentadoria
5							( ) PVC	( ) BPC	( ) Aposentadoria
6							( ) PVC	( ) BPC	( ) Aposentadoria
7							( ) PVC	( ) BPC	( ) Aposentadoria
8							( ) PVC	( ) BPC	( ) Aposentadoria
9							( ) PVC	( ) BPC	( ) Aposentadoria
10							( ) PVC	( ) BPC	( ) Aposentadoria

Anexo VI

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Origem: PRT MS/GM 793/2012)

Art. 1º Este Anexo institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 793/2012, CAPÍTULO I)

Art. 2º São diretrizes para o funcionamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º)

I - respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, I)

II - promoção da equidade; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, II)

III - promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, III)

IV - garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, IV)

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, V)

VI - diversificação das estratégias de cuidado; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, VI)

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, VII)

VIII - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, VIII)

IX - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, IX)

X - promoção de estratégias de educação permanente; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, X)

XI - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, XI)

XII - desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva (MCT). (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, XII)

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 3º)

I - ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 3º, I)

II - promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 3º, II)

III - garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 3º, III)

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º)

I - promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, I)

II - desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, II)

III - ampliar a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM); (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, III)

IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, IV)

V - promover mecanismos de formação permanente para profissionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, V)

VI - desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, VI)

VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e manuais; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, VII)

VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, VIII)

IX - construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção à saúde. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, IX)

Art. 5º A operacionalização da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se dará pela execução de quatro fases: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 5º)

I - diagnóstico e desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 5º, I)

II - adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 5º, II)

III - contratualização dos Pontos de Atenção; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 5º, III)

IV - implantação e acompanhamento pelo Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 5º, IV)

Art. 6º O diagnóstico e o desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência serão estruturados em 4 (quatro) ações: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 6º)

I - apresentação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 6º, I)

II - realização de diagnóstico e análise da situação de saúde e elaboração do desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência pela Comissão Intergestores Regional (CIR) ou pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com o apoio das Secretarias de Saúde estaduais, considerando as necessidades das pessoas com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 6º, II)

III - pactuação do desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e da proposta de Plano de Ação Regional na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), ou no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com a programação da atenção à saúde das pessoas com deficiência, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 6º, III)

IV - elaboração dos Planos de Ação Municipal dos Municípios integrantes da CIR. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 6º, IV)

Art. 7º A adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência está estruturada da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 7º)

I - instituição de Grupo Condutor Estadual de Cuidados à Pessoa com Deficiência, coordenado pela Secretaria de Saúde estadual ou distrital, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), com apoio institucional do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 7º, I)

II - homologação da região inicial de implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na CIB ou no CGSES/DF. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 7º, II)

Parágrafo Único. No âmbito do Grupo Condutor Estadual de Cuidados à Pessoa com Deficiência, o Ministério da Saúde terá como atribuições: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 7º, Parágrafo Único)

I - mobilizar os dirigentes do SUS em cada fase; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 7º, Parágrafo Único, a)

II - coordenar e apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 7º, Parágrafo Único, b)

III - identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 7º, Parágrafo Único, c)

IV - monitorar e avaliar o processo de implantação e implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 7º, Parágrafo Único, d)

Art. 8º A articulação dos pontos de atenção à saúde da pessoa com deficiência compreenderá: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 8º)

I - elaboração do desenho municipal da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 8º, I)

II - contratualização dos pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência pelo ente responsável, observada as responsabilidades definidas no âmbito da Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 8º, II)

III - instituição do Grupo Condutor Municipal de Cuidados à Pessoa com Deficiência em cada Município que compõe o CIR e no Distrito Federal, com apoio institucional da Secretaria de Saúde estadual ou distrital. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 8º, III)

Art. 9º Compete ao Grupo Condutor Estadual: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 9º)

I - implementação de Diretrizes Clínicas e Protocolos para atenção à pessoa com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 9º, I)

II - acompanhamento das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, previstas no art. 5º; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 9º, II)

Parágrafo Único. O cumprimento das metas relacionadas às ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência será acompanhado de acordo com o Plano de Ação Regional e dos Planos de Ação Municipais. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 10. Para operacionalização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, ficam estabelecidas as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10)

I - caberá ao Município, por meio da Secretaria de Saúde municipal, quando houver: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, I)

a) a implementação e a coordenação do Grupo Condutor Municipal; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, I, a)

b) a contratualização dos pontos de atenção à saúde sob a sua gestão, incluído o respectivo financiamento; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, I, b)

c) o monitoramento e a avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no território municipal; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, I, c)

II - caberá ao Estado, por meio da Secretaria de Saúde estadual: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, II)

a) a coordenação do Grupo Condutor Estadual; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, II, a)

b) a contratualização dos pontos de atenção à saúde sob a sua gestão, incluído o respectivo financiamento; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, II, b)

c) o monitoramento e a avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no território estadual, de forma regionalizada; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, II, c)

d) o apoio à implementação e ao financiamento dos pontos de atenção sob gestão municipal; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, II, d)

III - caberá à União, por intermédio do Ministério da Saúde o apoio à implementação, ao financiamento, ao monitoramento e à avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em todo território nacional. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, III)

Parágrafo Único. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II

DOS COMPONENTES DA REDE DE CUIDADES À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

(Origem: PRT MS/GM 793/2012, CAPÍTULO II)

Art. 11. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se organizará nos seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11)

I - Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, I)

II - Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, II)

III - Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, III)

Parágrafo Único. Os componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência serão articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários, quais sejam: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, Parágrafo Único)

I - acessibilidade; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, I)

II - comunicação; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, II)

III - manejo clínico; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, III)

IV - medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, IV)

V - medidas da compensação da função perdida e da manutenção da função atual. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, V)

Seção I

Do Componente Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

(Origem: PRT MS/GM 793/2012, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 12. O componente Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência terá como pontos de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e contará com: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 12)

I - Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), quando houver; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 12, I)

II - atenção odontológica. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 12, II)

Art. 13. A Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência priorizará as seguintes ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à pessoa com deficiência: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13)

I - promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, I)

II - acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, II)

III - educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, III)

IV - criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, IV)

V - publicação do Caderno de Atenção Básica para o apoio aos profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, V)

VI - incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, VI)

VII - implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, VII)

VIII - acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, VIII)

IX - apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, IV)

X - apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, X)

Seção II

Do Componente Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências

(Origem: PRT MS/GM 793/2012, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 14. O componente Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências contará com os seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 14)

I - estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 14, I)

II - Centros Especializados em Reabilitação (CER); e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 14, II)

III - Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 14, III)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação (auditiva, física, intelectual, visual, ostomia ou múltiplas deficiências) até a data de publicação deste Anexo passam a compor a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 15. Os pontos de atenção previstos no art. 14 poderão contar com serviço de Oficina Ortopédica, fixo ou itinerante. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 15)

§ 1º A Oficina Ortopédica constitui-se em serviço de dispensação, de confecção, de adaptação e de manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), e será implantada conforme previsto no Plano de Ação Regional. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 15, § 1º)

§ 2º As oficinas itinerantes de que trata o caput deste artigo poderão ser terrestres ou fluviais, estruturadas em veículos ou barcos adaptados e equipados para confecção, adaptação e manutenção de órteses e próteses. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 15, § 2º)

§ 3º As oficinas itinerantes terrestres ou fluviais estarão necessariamente vinculadas a uma Oficina Ortopédica Fixa. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 15, § 3º)

§ 4º A Oficina Ortopédica deverá estar articulada e vinculada a estabelecimento de saúde habilitado como Serviço de Reabilitação Física ou ao CER com serviço de reabilitação física, visando ampliar o acesso e a oferta de Tecnologia Assistiva. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 15, § 4º)

Art. 16. A implantação dos pontos de atenção que compõem o componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências visa promover a equidade e ampliar o acesso aos usuários do SUS, observadas as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 16)

I - proporcionar atenção integral e contínua às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua; severa e em regime de tratamento intensivo das deficiências auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 16, I)

II - garantir acesso à informação, orientação e acompanhamento às pessoas com deficiência, famílias e acompanhantes; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 16, II)

III - promover o vínculo entre a pessoa com deficiência e a equipe de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 16, III)

IV - adequar os serviços às necessidades das pessoas com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 16, IV)

Art. 17. Os pontos de atenção do componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências observarão as seguintes regras de funcionamento: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17)

I - constituir-se em serviço de referência regulado, que funcione segundo em base territorial e que forneça atenção especializada às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua; severa e em regime de tratamento intensivo; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, I)

II - estabelecer-se como lugar de referência de cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, II)

III - produzir, em conjunto com o usuário, seus familiares e acompanhantes, e de forma matricial na rede de atenção, um Projeto Terapêutico Singular, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência, incluindo dispositivos e tecnologias assistivas, e com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, III)

IV - garantir que a indicação de dispositivos assistivos devem ser criteriosamente escolhidos, bem adaptados e adequados ao ambiente físico e social, garantindo o uso seguro e eficiente; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, IV)

V - melhorar a funcionalidade e promover a inclusão social das pessoas com deficiência em seu ambiente social, através de medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional, da melhora ou recuperação da função; da compensação da função perdida; e da manutenção da função atual; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, V)

VI - estabelecer fluxos e práticas de cuidado à saúde contínua, coordenada e articulada entre os diferentes pontos de atenção da rede de cuidados às pessoas com deficiência em cada território; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, VI)

VII - realizar ações de apoio matricial na Atenção Básica, no âmbito da Região de Saúde de seus usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, VII)

VIII - articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, VIII)

IX - articular-se com a Rede de Ensino da Região de Saúde a que pertença, para identificar crianças e adolescentes com deficiência e avaliar suas necessidades; dar apoio e orientação aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência.(Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, IX)

§ 1º Os pontos de atenção do componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomias e Múltiplas Deficiências poderão se constituir como referência regional, conforme Plano de Ação Regional pactuado na Comissão Intergestores Regional (CIR), de acordo com o previsto no Anexo VI; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, § 1º)

§ 2º Os pontos de atenção do componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências devem estar articulados, mediante regulação, aos demais pontos da rede de atenção, garantindo-se a integralidade da linha de cuidado e o apoio qualificado às necessidades de saúde das pessoas com deficiência. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, § 2º)

Subseção I

Dos Estabelecimentos de Saúde Habilitados em Apenas Um Serviço de Reabilitação

(Origem: PRT MS/GM 793/2012, CAPÍTULO II, Seção II, Subeção I)

Art. 18. Os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação são unidades ambulatoriais especializadas em apenas reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia ou múltiplas deficiências. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 18)

§ 1º Os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação são aqueles que já existam na data da publicação da Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012, ficando vedadas novas habilitações para esse tipo de ponto de atenção. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 18, § 1º)

§ 2º Excepcionalmente, poderão ser habilitados estabelecimentos de saúde em apenas uma modalidade de reabilitação, desde que aprovado pela Comissão Intergestores Regional (CIR), motivadamente, e pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 18, § 2º)

§ 3º Os estabelecimentos de saúde já habilitados em serviço de reabilitação até a data da publicação da Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012 deverão manter as especificações técnicas exigidas previstas em normativa quando da data de sua habilitação. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 18, § 3º)

§ 4º Nos casos mencionados no § 3º, devem ser cumpridas as exigências descritas neste Anexo e nas normas técnicas mencionadas no art. 12. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 18, § 4º)

§ 5º Os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação poderão requerer a qualificação para CER, desde que previsto no Plano de Ação Regional e desde que sejam cumpridas as exigências estabelecidas neste Anexo e nas Normas Técnicas respectivas publicadas no endereço eletrônico do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 18, § 5º)

Subseção II

Dos Centros Especializados em Reabilitação (CER)

(Origem: PRT MS/GM 793/2012, CAPÍTULO II, Seção II, Subeção II)

Art. 19. O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território, e poderá ser organizado das seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 19)

I - CER composto por dois serviços de reabilitação habilitados - CER II; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 19, I)

II - CER composto por três serviços de reabilitação habilitados - CER III; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 19, II)

III - CER composto por quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados - CER IV. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 19, III)

§ 1º O atendimento no CER será realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, através de Projeto Terapêutico Singular, cuja construção envolverá a equipe, o usuário e sua família. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 19, § 1º)

§ 2º O CER poderá constituir rede de pesquisa e inovação tecnológica em reabilitação e ser pólo de qualificação profissional no campo da reabilitação, por meio da educação permanente. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 19, § 2º)

§ 3º O CER contará com transporte sanitário, por meio de veículos adaptados, com objetivo de garantir o acesso da pessoa com deficiência aos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 19, § 3º)

§ 4º O transporte sanitário poderá ser utilizado por pessoas com deficiência que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional ou que manifestem grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 19, § 4º)

Subseção III

Do Centro de Especialidade Odontológica (CEO)

(Origem: PRT MS/GM 793/2012, CAPÍTULO II, Seção II, Subeção III)

Art. 20. Os CEO são estabelecimentos de saúde que ofertam atendimento especializado odontológico, conforme estabelecido na Seção I do Capítulo V do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 20)

Art. 21. Os CEO deverão ampliar e qualificar o cuidado às especificidades da pessoa com deficiência que necessite de atendimento odontológico no âmbito das especialidades definidas pelos CEO. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 21)

Seção III

Do Componente da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

(Origem: PRT MS/GM 793/2012, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 22. A Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência deverá: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 22)

I - responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 22, I)

II - instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 22, II)

III - ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 22, III)

IV - ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 22, IV)

V - ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 22, V)

Art. 23. Os critérios definidos para implantação de cada componente e seu financiamento por parte da União serão objeto de normas específicas, previamente discutidas e pactuadas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 23)

Art. 24. O Ministério da Saúde instituirá e coordenará o Grupo de Trabalho Tripartite, por ato específico, para acompanhar, monitorar, avaliar e se necessário, revisar este Anexo em até 180 dias. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 24)

CAPÍTULO III

DA CLASSIFICAÇÃO DOS CENTROS DE REABILITAÇÃO (CER)

Art. 25. Os Centros de Reabilitação serão classificados quanto ao tipo e quantidade de serviços especializados de reabilitação das seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º)

I - CER Tipo: CER II; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva e Física; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, I)

II - CER Tipo: CER II; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva e Intelectual; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, II)

III - CER Tipo: CER II; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva e Visual; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, III)

IV - CER Tipo: CER II; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Física e Intelectual; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, IV)

V - CER Tipo: CER II; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Física e Visual; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, V)

VI - CER Tipo: CER II; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Intelectual e Visual; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, VI)

VII - CER Tipo: CER III; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva, Física e Intelectual; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, VII)

VIII - CER Tipo: CER III; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva, Física e Visual; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, VIII)

IX - CER Tipo: CER III; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva, Intelectual e Visual; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, IX)

X - CER Tipo: CER III; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Física, Intelectual e Visual; e (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, X)

XI - CER Tipo: CER IV; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva, Física, Intelectual e Visual. (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, XI)

CAPÍTULO IV

DA CÂMARA TÉCNICA DE ASSESSORAMENTO E APOIO ÀS AÇÕES DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ÂMBITO DO SUS

Art. 26. Fica instituída a Câmara Técnica de assessoramento e apoio às ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 1º)

Art. 27. Compete à Câmara Técnica de assessoramento e apoio às ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS: (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 2º)

I - Ampliar e qualificar o debate acerca das ações para a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 2º, I)

II - Realizar estudos técnicos concernentes à qualificação das ações e serviços no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 2º, II)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300262

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

III - Propor ações e estratégias visando a ampliação e a qualificação do acesso às ações e serviços de saúde no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 2º, III)

Art. 28. A Câmara Técnica de assessoramento e apoio às ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS será composta por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos e/ou instituições: (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º)

I - Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPES/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, I)

II - Departamento de Atenção Básica/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, II)

III - Conselho Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência - CONADE; (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, III)

IV - Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, IV)

V - Ordem dos Advogados do Brasil (OAB); (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, V)

VI - Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, VI)

VII - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, VII)

VIII - Conselho Federal de Psicologia (CFP); (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, VIII)

IX - Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS); (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, IX)

X - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); e (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, X)

XI - Sociedades científicas. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, XI)

§ 1º Câmara Técnica de assessoramento e apoio às ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS será coordenada pela Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os representantes titulares e os respectivos suplentes dos órgãos ou instituições de que tratam os incisos I ao XI do "caput" serão indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos e instituições à Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A Coordenação da Câmara Técnica poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades, públicas e privadas, além de pesquisadores e especialistas, quando necessário para o cumprimento das finalidades desta Câmara Técnica. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, § 3º)

Art. 29. À Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPES/SAS/MS, na qualidade de coordenadora da Câmara Técnica, compete: (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 4º)

I - convocar e coordenar as reuniões da Câmara Técnica; e (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 4º, I)

II - disponibilizar os recursos logísticos e de estrutura física necessários para a viabilização dos trabalhos da Câmara Técnica. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 4º, II)

Art. 30. A Câmara Técnica de assessoramento e apoio às ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS se reunirá ordinariamente duas vezes ao ano e extraordinariamente por convocação da Coordenação. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 5º)

Art. 31. As funções dos membros da Câmara Técnica não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 6º)

CAPÍTULO V

DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA

Seção I

Dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva

Art. 32. Ficam definidos, na forma do Anexo 2 do Anexo VI e do Anexo XCV da Portaria de Consolidação nº 6, os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva e os limites físicos e financeiros dos estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: PRT MS/GM 626/2006, Art. 1º)

§ 1º Os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva devem garantir o atendimento integral ao paciente que compreendem avaliação para diagnóstico, acompanhamento, reavaliação da perda auditiva, terapia fonoaudiológica, seleção, adaptação e fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) e reposição de molde auricular e de AASI. (Origem: PRT MS/GM 626/2006, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Os limites financeiros publicados incluem todos os procedimentos e respectivos parâmetros, previstos na Portaria SAS/MS nº 589, de 8 de outubro de 2004, para o atendimento integral aos pacientes protetizados e para aqueles que, após avaliação diagnóstica, não necessitaram de AASI. (Origem: PRT MS/GM 626/2006, Art. 1º, § 2º)

§ 3º Constam relacionados no Anexo 2 do Anexo VI os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva a Média Complexidade, com o código de Serviço/Classificação 027/001, e na Alta Complexidade, com o código de Serviço/Classificação 027/002, habilitados, até a presente data, e os Serviços de Diagnose e Terapia em Otorrinolaringologia, com o código de Serviço/Classificação 027/114, que por definição das Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal permanecerão na Rede Estadual de Atenção à Saúde Auditiva. (Origem: PRT MS/GM 626/2006, Art. 1º, § 3º)

Art. 33. A Secretaria de Atenção à Saúde adotará medidas necessárias ao cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 626/2006, Art. 8º)

Seção II

Das Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no SUS

Subseção I

Das Disposições Gerais

(Origem: PRT MS/GM 2776/2014, CAPÍTULO I)

Art. 34. Esta Seção aprova diretrizes gerais, amplia e incorpora procedimentos para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 1º)

Art. 35. O cuidado na Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva, em especial a indicação para tratamento cirúrgico e respectivo acompanhamento ambulatorial, deve obedecer aos critérios estabelecidos nas diretrizes gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no SUS, na forma do Anexo 4 do Anexo VI e disponibilizada no endereço eletrônico http://www.portal.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 2º)

Subseção II

Dos Critérios para Habilitação à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva

(Origem: PRT MS/GM 2776/2014, CAPÍTULO II)

Art. 36. O estabelecimento de saúde a ser habilitado deve oferecer ou promover ações e serviços de saúde em: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 3º)

I - promoção e prevenção das afecções otológicas e déficit auditivo, as quais devem ser desenvolvidas de maneira articulada com os programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde, e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 3º, I)

II - diagnóstico e tratamentos clínico e cirúrgico destinados ao atendimento de pacientes com doenças otológicas e déficit auditivo, complementando a Rede de Atenção à Saúde (RAS), incluindo: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 3º, II)

a) atendimento ambulatorial e hospitalar de otorrinolaringologia, conforme o estabelecido na RAS pelo gestor local, mediante termo de compromisso firmado entre as partes, onde deverá constar a quantidade de consultas médicas otorrinolaringológicas a serem ofertadas, de acordo com o número total mínimo de cirurgia de implante coclear, prótese auditiva ancorada no osso e cirurgias otológicas, conforme detalhado no art. 45 e a proporcionalidade definida no Anexo XCVI da Portaria de Consolidação nº 6; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 3º, II, a)

b) exames de diagnose e terapia em otologia e fonoaudiologia, conforme procedimentos constantes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS disponível no endereço eletrônico www.sigtap.datasus.gov.br, os quais estarão disponíveis para a RAS, cujos quantitativos serão acordados pelo gestor local; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 3º, II, b)

c) salas de cirurgia exclusivas ou eletivas, com possibilidade de reserva programada e disponibilidade de salas para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 3º, II, c)

III - atendimento de urgência nos casos de alterações otológicas e déficit auditivo, que funcione 24 (vinte e quatro) horas por dia, mediante termo de compromisso firmado com o gestor local do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 3º, III)

IV - reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente, no preparo pré-operatório e no seguimento pós-cirúrgico, a fim de restituir sua capacidade funcional. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 3º, IV)

Art. 37. O estabelecimento de saúde interessado na habilitação à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverá apresentar requerimento à Secretaria de Saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município, contendo os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º)

I - documento de solicitação/aceitação de credenciamento por parte do estabelecimento de saúde assinado pelo diretor do hospital; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, I)

II - indicação do médico especialista em otorrinolaringologia como responsável técnico, devidamente cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, II)

III - relação da equipe do serviço, devidamente cadastrada no SCNES, com as respectivas titulações, conforme exigência do art. 41. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, III)

§ 1º O requerimento referido no "caput" será apreciado pela Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, que, se concordar, formalizará o processo e encaminhará à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS), os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 1º)

I - parecer conclusivo do gestor de saúde quanto ao credenciamento do interessado à Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 1º, I)

II - formulário de vistoria, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas, preenchido e assinado pelo respectivo gestor de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 1º, II)

III - relatório de vistoria local; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 1º, III)

IV - resolução do Colegiado Intergestores Regional (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), ou, quando for o caso, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), contendo pactuação das ações e dos serviços necessários para a assistência à Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 1º, IV)

V - declaração do impacto financeiro do serviço a ser habilitado, contendo a meta física e financeira, segundo os valores dos procedimentos constantes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 1º, V)

VI - indicação do médico especialista em otorrinolaringologia como responsável técnico, devidamente cadastrado no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 1º, VI)

§ 2º Na habilitação em Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva será respeitada a seguinte ordem: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 2º)

I - estabelecimentos de saúde públicos; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 2º, I)

II - estabelecimentos de saúde privados filantrópicos; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 2º, II)

III - estabelecimento de saúde privados com fins lucrativos. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 2º, III)

§ 3º A Região de Saúde que já contemplar um estabelecimento com Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva e solicitar mais uma habilitação deverá justificar essa necessidade, apresentando as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 3º)

I - realidade locorregional; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 3º, I)

II - demanda reprimida; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 3º, II)

III - produção anual mínima estabelecida para cirurgias de implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso e seus respectivos acompanhamentos, conforme estabelecido no art. 45. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 3º, III)

Art. 38. O Ministério da Saúde avaliará os documentos encaminhados pela Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, referidos no art. 37, podendo visitar o estabelecimento de saúde interessado para confirmar as informações apresentadas pelo gestor de saúde estadual ou distrital. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 5º)

Parágrafo Único. Caso concorde com as informações apresentadas pela Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal, o Ministro de Estado da Saúde publicará ato específico no Diário Oficial da União, habilitando o estabelecimento de saúde interessado à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva.(Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 5º, Parágrafo Único)

Subseção III

Das Condições Técnicas dos Estabelecimentos de Saúde Habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva

(Origem: PRT MS/GM 2776/2014, CAPÍTULO III)

Art. 39. A Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva será realizada pelos estabelecimentos de saúde que ofereçam apoio diagnóstico e terapêutico especializado, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento ambulatorial e hospitalar, na mesma estrutura física. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 6º)

Art. 40. O estabelecimento de saúde habilitado à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deve contar com um responsável técnico, médico otorrinolaringologista, com título de especialista da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (ABORLCCF) e/ou certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC). (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 7º)

§ 1º O médico referido no "caput" deste artigo somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único estabelecimento de saúde cadastrado no SUS, devendo residir no mesmo Município ou em cidades circunvizinhas. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 7º, § 1º)

§ 2º A responsabilidade técnica assumida pelo médico não o impede de exercer a medicina em outro estabelecimento de saúde credenciado pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 7º, § 2º)

§ 3º A equipe deve contar com, pelo menos, mais um médico otorrinolaringologista, especialista pela ABORLCCF ou titular de certificado de Residência Médica em Otorrinolaringologia emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 7º, § 3º)

Art. 41. O estabelecimento de saúde habilitado à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverá disponibilizar atendimento de enfermaria, ambulatorial e de intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 8º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2157/2015)

Parágrafo Único. Para a prestação dos serviços de saúde descritos no "caput", o estabelecimento de saúde deverá contar com equipe composta, no mínimo, dos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 8º, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2157/2015)

I - médico otorrinolaringologista, com título de especialista, emitido pela respectiva sociedade de especialidade - Associação Brasileira de otorrinolaringologista e Cirurgia Cérvico-Facial (ABORLCCF) e/ou certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC), além de experiência e capacidade técnica apresentada pelo gestor local para o cuidado clínico e cirúrgico em saúde auditiva de que trata esta Seção e de acordo com a especificidade e escopo do respectivo estabelecimento de saúde, seja para implante coclear ou prótese auditiva ancorada no osso;(Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 8º, Parágrafo Único, I)

II - fonoaudiólogo, em quantitativo suficiente para o cuidado de que trata esta Seção, com título de especialista em audiologia emitido pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), além de

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

experiência e capacidade técnica apresentada pelo gestor local para o cuidado em saúde auditiva de que trata esta Seção e de acordo com a especificidade e escopo do respectivo estabelecimento de saúde, seja para implante coclear ou prótese auditiva ancorada no osso; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 8º, Parágrafo Único, II)

III - psicólogo, em quantitativo suficiente para o atendimento ambulatorial pré-cirúrgico de pacientes candidatos à cirurgia de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso e para o acompanhamento pós-cirúrgico de pacientes implantados; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 8º, Parágrafo Único, III)

IV - 1 (um) assistente social exclusivo para o atendimento ambulatorial pré-cirúrgico de pacientes candidatos à cirurgia de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso e para o acompanhamento pós-cirúrgico de pacientes implantados; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 8º, Parágrafo Único, IV)

V - anestesiologista, com Certificado de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação em Anestesia ou Título de Especialista em Anestesiologia emitido pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 8º, Parágrafo Único, V)

VI - na área de enfermagem, a equipe deve possuir 1 (um) enfermeiro coordenador, e, ainda, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermaria (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 8º, Parágrafo Único, VI)

Art. 42. Os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva devem possuir, também, equipe complementar composta de clínico geral, neuropediatra, neurologista, pediatra, radiologista, cardiologista, anestesista, cirurgião plástico e geneticista, todos residentes no mesmo Município ou em cidades circunvizinhas. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 9º)

Parágrafo Único. Além da equipe complementar descrita no "caput", os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverão prestar, na mesma área física, serviços de suporte, próprios ou contratados, nas seguintes áreas: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 9º, Parágrafo Único)

I - nutrição; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 9º, Parágrafo Único, I)

II - farmácia; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 9º, Parágrafo Único, II)

III - hemoterapia; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 9º, Parágrafo Único, III)

IV - radiologia. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 9º, Parágrafo Único, IV)

Art. 43. Os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverão dispor de: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10)

I - consultório médico com equipe e instrumental de otorrinolaringologia; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, I)

II - consultórios médicos para as diferentes especialidades médicas; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, II)

III - salas para o serviço de Audiologia Clínica; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, III)

IV - salas para avaliação e terapia fonoaudiológica; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, IV)

V - salas para atendimento psicológico e para atendimento em serviço social; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, V)

VI - salas para serviços administrativos; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, VI)

VII - recepção e sala de espera para acompanhantes; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, VII)

VIII - área para arquivo médico e registro de pacientes; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, VIII)

IX - depósito de material de limpeza; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, IX)

X - área para guarda de materiais e equipamentos. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, X)

Art. 44. Os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverão dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade dos serviços de enfermagem, fonoaudiologia, nutricional e dietético, possibilitando o diagnóstico, o tratamento e o respectivo acompanhamento médico. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11)

§ 1º Para o atendimento otorrinolaringológico ou otológico, os estabelecimentos de saúde deverão possuir os seguintes materiais: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º)

I - instrumental em otorrinolaringologia para atendimento ambulatorial; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, I)

II - aspirador otológico de secreção; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, II)

III - cadeira com comando elétrico ou mecânico (para exame físico); (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, III)

IV - cureta para remoção de cerumem; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, IV)

V - equipo de otorrinolaringologia (ORL); (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, V)

VI - 20 (vinte) unidades de espéculo auricular; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, VI)

VII - 10 (dez) unidades de espéculo nasal metálico; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, VII)

VIII - estilete para retirada de corpo estranho; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, VIII)

IX - estilete porta algodão; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, IX)

X - fotóforo; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, X)

XI - otoscópio; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, XI)

XII - ponta de aspiração otológica; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, XII)

XIII - seringa metálica de 100 (cem) mililitros (ml) para remoção de cerumem. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, XIII)

§ 2º O serviço cirúrgico do estabelecimento de saúde deverá dispor de uma sala de cirurgia equipada com: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º)

I - microscópio cirúrgico, com vídeo e possibilidade de documentação científica; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, I)

II - dois sistemas de brocas cirúrgicas com motor de alta rotação; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, II)

III - monitor de nervo facial para uso transoperatório; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, III)

IV - instrumental específico para cirurgia otológica de grande porte; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, IV)

V - computador e periféricos para monitoramento intra-operatório para telemetria de respostas neurais (NRT) e outras provas; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, V)

VI - notebook; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, VI)

VII - raio X intraoperatório; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, VII)

VIII - interfaces e softwares para testes eletrofisiológicos intraoperatório e pós-operatório; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, VIII)

IX - analisador de gases anestésicos; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, IX)

X - capnógrafo; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, X)

XI - desfibrilador com pás externas e internas; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XI)

XII - oxímetro de pulso; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XII)

XIII - monitor de transporte; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XIII)

XIV - monitor de pressão não invasiva; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XIV)

XV - aquecedor de sangue; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XV)

XVI - respirador a volume, com misturador tipo blender microprocessado; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XVI)

XVII - possibilidade de filtro bacteriológico, no aparelho respirador ou anestésico; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XVII)

XVIII - pelo menos 2 (duas) bombas de infusão; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XVIII)

XIX - 1 (um) termômetro termoeletrônico. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XIX)

§ 3º Os estabelecimentos de saúde deverão possuir os seguintes materiais de avaliação e reabilitação audiológica: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º)

I - cabina acústica; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, I)

II - audiômetro de dois canais; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, II)

III - imitanciômetro multifrequencial; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, III)

IV - sistema de campo livre; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, IV)

V - sistema completo de reforço visual; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, V)

VI - emissões Otoacústicas (evocadas transientes e por produto de distorção); (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, VI)

VII - potenciais Evocados Auditivos de curta, média e longa latência; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, VII)

VIII - equipamento de verificação eletroacústica - ganho de inserção; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, VIII)

IX - interface de programação com todas as marcas de AASI (ex: HI-PRO, etc); (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, IX)

X - conjuntos de modelos de AASI adequados aos diferentes graus e tipos de perda auditiva para testes de seleção (no mínimo 3 conjuntos); (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, X)

XI - programas de computação periféricos para programação de AASI; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, XI)

XII - conjunto de acessórios para AASI - testador de baterias, baterias, aspirador, estetoscópio, desumidificador, presilhas, alicate; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, XII)

XIII - caneta otoscópio, seringa e massa para pré-moldagem; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, XIII)

XIV - materiais pedagógicos; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, XIV)

XV - espelho Fixo; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, XV)

XVI - televisão e vídeo para o trabalho com crianças; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, XVI)

XVII - conjunto básico de instrumentos musicais; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, XVII)

XVIII - brinquedos para ludoterapia e terapia fonoaudiológica. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, XVIII)

§ 4º Os estabelecimentos de saúde deverão possuir os seguintes recursos auxiliares de diagnóstico e terapia: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 4º)

I - laboratório de análises clínicas, participante de programa de controle de qualidade, que realize exames de hematologia, bioquímica, microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uroanálise, devendo o serviço estar disponível 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 4º, I)

II - serviço de imagenologia integrante de programa de controle de qualidade, dotado de equipamento de Rx convencional de 500 mA fixo, equipamento de Rx portátil, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 4º, II)

III - hemoterapia disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, conforme legislação vigente; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 4º, III)

IV - Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) com leitos habilitados pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 4º, IV)

§ 5º Os exames de tomografia e ressonância magnética poderão ser realizados por terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatório-hospitalar, desde que sejam cadastrados no SCNES nessa qualidade. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 5º)

Art. 45. O estabelecimento de saúde habilitado em Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deve realizar, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 12)

I - 24 (vinte e quatro) atos operatórios de implantes cocleares ao ano; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 12, I)

II - 3 (três) cirurgias de prótese auditiva ancorada no osso ao ano; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 12, II)

III - 144 (cento e quarenta e quatro) cirurgias otológicas ao ano, listadas no Anexo 3 do Anexo VI , em pacientes do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 12, III)

IV - 480 (quatrocentos e oitenta) consultas otorrinolaringológicas ao ano. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 12, IV)

Art. 46. Os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverão possuir prontuário único para cada paciente, no qual devem ser incluídos todos os atendimentos a ele referentes, contendo, no mínimo, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13)

I - identificação do paciente; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, I)

II - histórico clínico; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, II)

III - avaliação inicial; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, III)

IV - indicação do procedimento cirúrgico, de acordo com o protocolo estabelecido; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, IV)

V - descrição do ato cirúrgico ou procedimento, em ficha específica, contendo: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, V)

a) identificação da equipe; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, V, a)

b) descrição cirúrgica, incluindo materiais usados e seus respectivos registros nacionais, quando existirem, para controle e rastreamento de implantes; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, V, b)

VI - descrição da evolução; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, VI)

VII - sumário de alta hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, VII)

VIII - ficha de registro de infecção hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, VIII)

IX - evolução ambulatorial. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, IX)

Art. 47. Os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverão possuir rotinas e normas escritas, anualmente atualizadas e assinadas pelo Responsável Técnico pelo Serviço, devendo abordar todos os processos envolvidos na assistência e na administração, contemplando os seguintes itens: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14)

I - manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, I)

II - avaliação dos pacientes; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, II)

III - indicação do procedimento cirúrgico; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, III)

IV - protocolos médico-cirúrgicos; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, IV)

V - protocolos de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, V)

VI - protocolos de avaliação auditiva; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, VI)

VII - protocolos para Suporte nutricional; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, VII)

VIII - controle de Infecção Hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, VIII)

IX - acompanhamento ambulatorial dos pacientes; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, IX)

X - protocolo de acompanhamento, manutenção preventiva e reabilitação fonoaudiológica; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, X)

XI - avaliação de satisfação do cliente; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, XI)

XII - escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucionais e dos serviços terceirizados. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, XII)

Subseção IV

Do Monitoramento e Avaliação

(Origem: PRT MS/GM 2776/2014, CAPÍTULO V)

Art. 48. Os estabelecimentos de saúde habilitados a prestarem a Atenção Especializada às Pessoas com deficiência auditiva no âmbito do SUS estarão submetidos à regulação, controle e avaliação

pelos respectivos gestores públicos de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 16)

Art. 49. O Ministério da Saúde, através do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS), em conjunto com a CGMAC/DAET/SAS/MS, monitorará e avaliará periodicamente o atendimento contínuo dos serviços prestados para manutenção do repasse dos recursos financeiros ao ente federativo beneficiário, de acordo com as informações constantes no SIA/SUS e no SIH/SUS. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 17)

§ 1º O estabelecimento de saúde que não cumprir as metas estabelecidas no art. 45 será notificado a respeito. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 17, § 1º)

§ 2º No caso do § 1º , o gestor público de saúde interessado em manter a habilitação do serviço encaminhará, ao Ministério da Saúde, justificativa sobre o não cumprimento da produção mínima exigida, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar do recebimento da notificação. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 17, § 2º)

§ 3º O Ministério da Saúde analisará a justificativa de que trata o § 2º e decidirá pela manutenção da habilitação ou pela desabilitação do estabelecimento hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 17, § 3º)

§ 4º A desabilitação referida no § 3º será processada pela edição de ato específico do Ministro de Estado da Saúde, com indicação do ente federativo desabilitado, nome e código SCNES do serviço desabilitado e o tipo de habilitação cancelada. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 17, § 4º)

§ 5º O ente federativo desabilitado fica obrigado a restituir ao Ministério da Saúde os valores referentes ao período no qual não tenha cumprido as metas mínimas. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 17, § 5º)

Art. 50. O monitoramento descrito no art. 49 não exonera a Secretaria de Saúde do respectivo ente federativo de avaliar, anualmente, o estabelecimento de saúde que lhe é vinculado, ou, ainda, em virtude de recomendação da CGMAC/DAET/SAS/MS, no que tange ao cumprimento das metas descritas no art. 45. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 18)

§ 1º Os relatórios gerados, incluindo avaliações anuais, qualitativas e quantitativas dos estabelecimentos produzidos, deverão ser encaminhados à CGMAC/DAET/SAS/MS para análise. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 18, § 1º)

§ 2º A Secretaria de Atenção à Saúde, por meio da CGMAC/DAET/SAS/MS, determinará o descredenciamento ou a manutenção da habilitação, amparado no cumprimento das normas estabelecidas nesta Seção, nos relatórios periódicos de avaliação e na produção anual. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 18, § 2º)

Art. 51. O monitoramento de que trata esta Seção não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 23)

Subseção V

Das Disposições Finais

(Origem: PRT MS/GM 2776/2014, CAPÍTULO VII)

Art. 52. Compete ao estabelecimento de saúde da Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva avaliar e ofertar, dentro do período de garantia, as trocas e manutenções das OPME relacionadas à assistência que trata esta Seção, após autorização do respectivo gestor. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 25)

Art. 53. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios adotarão as providências necessárias ao cumprimento das normas estabelecidas nesta Seção, podendo estabelecer normas de caráter suplementar, a fim de adequá-las às especificidades locais ou regionais. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 26)

Art. 54. Eventual complementação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio das ações previstas nesta Seção é de responsabilidade conjunta dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva CIB e CIR. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 27)

Art. 55. Ficam incluídas as compatibilidades entre os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS relacionados no Anexo XCVII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 31)

Art. 56. Os procedimentos incluídos nos termos do disposto no Anexo III-B, da Portaria GM/MS 2.776, de 18 de dezembro de 2014, deverão ser utilizados pelos estabelecimentos habilitados em Atenção Especializada às Pessoas com deficiência auditiva, de acordo com o estabelecido no art. 1090 da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 33)

Art. 57. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios devem estabelecer fluxos assistenciais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 34)

Art. 58. Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS), adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS) para o cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 36)

Anexo 1 do Anexo VI

PROGRAMA MÍNIMO PARA CER (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Anexo 1)

TABELA 01 - PROGRAMA MÍNIMO PARA CER II

Área/Ambientes	CER II - Tipos de Reabilitação																	
	Auditiva e Física			Auditiva e Intelectual			Auditiva e Visual			Física e Intelectual			Física e Visual			Intelectual e Visual		
	Quant. (min.)	Área unit. (min.)	Área total	Quant. (min.)	Área unit. (min.)	Área total	Quant. (min.)	Área unit. (min.)	Área total	Quant. (min.)	Área unit. (min.)	Área total	Quant. (min.)	Área unit. (min.)	Área total	Quant. (min.)	Área unit. (min.)	Área total
Área Especializada de Reabilitação Auditiva																		
Consultório Diferenciado (Otorrinolaringologia)	1	12,5	12,5	1	12,5	12,5	1	12,5	12,5									
Sala de atendimento individualizado com cabine de audiometria (Sala com cabine acústica, campo livre, reforço visual e equipamentos para avaliação audiológica)	1	16	16	1	16	16	1	16	16									
Sala para Exame complementar Potencial Evocado Auditivo (EOA - emissões otoacústicas) e BERA	1	10	10	1	10	10	1	10	10									
Sala de atendimento individualizado (Sala para seleção e adaptação AASI - Aparelho de amplificação sonora individual)	1	10	10	1	10	10	1	10	10									
Área Especializada de Reabilitação Física																		
Consultório Diferenciado (Fisiatria, Ortopedia ou Neurologia)	1	12,5	12,5							1	12,5	12,5	1	12,5	12,5			
Sala de Preparo de paciente (consulta de enferm., triagem, biometria)	1	12,5	12,5							1	12,5	12,5	1	12,5	12,5			
Salão para cinesioterapia e mecanoterapia (Ginásio)	1	150	150							1	150	150	1	150	150			
Box de terapias (eletroterapia)	4	8	32							4	8	32	4	8	32			
Banheiro individual para deficientes (Sala de banho)	2	4,8	9,6	2	4,8	9,6	2	4,8	9,6	2	4,8	9,6	2	4,8	9,6	2	4,8	9,6
Depósito de equipamentos / materiais*	1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais		1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais		1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais		1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais		1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais		1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais	
Área Especializada de Reabilitação Intelectual																		
Consultório Diferenciado (Neurologista)				1	12,5	12,5				1	12,5	12,5				1	12,5	12,5
Área Especializada de Reabilitação Visual																		
Consultório Diferenciado (Oftalmológico)							1	15	15				1	15	15	1	15	15
Sala de atendimento individualizado (Laboratório de Prótese Ocular) - Opcional							1	5	5				1	5	5	1	5	5
Consultório Indiferenciado (Sala de Orientação de Mobilidade)							1	20	20				1	20	20	1	20	20
Consultório Indiferenciado (Sala de orientação para uso funcional de recursos para baixa visão)							1	12	12				1	12	12	1	12	12
Área Comum de Habilitação/ Reabilitação																		
Consultório Indiferenciado (Consultório Interdisciplinar para triagem e avaliação clínico-funcional)	8	12,5	100	8	12,5	100	8	12,5	100	8	12,5	100	8	12,5	100	8	12,5	100
Área de prescrição médica (Átrio com bancada de trabalho coletiva)	1	50	50	1	50	50	1	50	50	1	50	50	1	50	50	1	50	50

Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico em grupo infantil)	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico em grupo adulto)	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico infantil)	1	12	12	1	12	12	1	12	12	1	12	12	1	12	12	1	12	12
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico adulto)	1	12	12	1	12	12	1	12	12	1	12	12	1	12	12	1	12	12
Consultório Indiferenciado (Sala de Estimulação Precoce)	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20
Consultório Indiferenciado (Sala de Atividade de Vida Prática - AVP)	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20
Banheiro individual para deficientes (Banheiro da sala de AVP)	1	4,8	4,8	1	4,8	4,8	1	4,8	4,8	1	4,8	4,8	1	4,8	4,8	1	4,8	4,8
Sala de reunião	1	12	12	1	12	12	1	12	12	1	12	12	1	12	12	1	12	12
Áreas de Convivência Interna	1	70	70	1	70	70	1	70	70	1	70	70	1	70	70	1	70	70
Apoio Administrativo e Recepção																		
Sanitários Independentes (feminino e masculino)	4	2,55	10,2	4	2,55	10,2	4	2,55	10,2	4	2,55	10,2	4	2,55	10,2	4	2,55	10,2
Copa Pacientes	1	2,6	2,6	1	2,6	2,6	1	2,6	2,6	1	2,6	2,6	1	2,6	2,6	1	2,6	2,6
Fraldário Infantil	1	4	4	1	4	4	1	4	4	1	4	4	1	4	4	1	4	4
Fraldário Adulto	1	4	4	1	4	4	1	4	4	1	4	4	1	4	4	1	4	4
Shaft (sala de quadros)*		A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento			A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento			A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento			A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento			A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento			A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento	
Sala de espera/recepção	1	80	80	1	80	80	1	80	80	1	80	80	1	80	80	1	80	80
Área para guarda de macas e cadeira de rodas (macas e cadeira)	1	3	3	1	3	3	1	3	3	1	3	3	1	3	3	1	3	3
Sanitário/Vestiário para funcionários Independentes (feminino e masculino)	2	10	20	2	10	20	2	10	20	2	10	20	2	10	20	2	10	20
Almoxarifado	1	15	15	1	15	15	1	15	15	1	15	15	1	15	15	1	15	15
Sala de arquivo	1	10	10	1	10	10	1	10	10	1	10	10	1	10	10	1	10	10
Sala administrativa	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20
Depósito de Material de Limpeza (DML)	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4
Copa/ refeitório	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20
Sala de utilidades (com guarda temporária de resíduos sólidos)	1	6	6	1	6	6	1	6	6	1	6	6	1	6	6	1	6	6
Área externa																		
Área de convivência externa	1	40	40	1	40	40	1	40	40	1	40	40	1	40	40	1	40	40
Área para atividades lúdicas - Área de recreação / lazer	1	25	25	1	25	25	1	25	25	1	25	25	1	25	25	1	25	25
Pátio	1	35,00	35,00	1	35,00	35,00	1	35,00	35,00	1	35,00	35,00	1	35,00	35,00	1	35,00	35,00
Área externa para embarque e desembarque de veículo adaptado + ambulância (área coberta)	1	21	21	1	21	21	1	21	21	1	21	21	1	21	21	1	21	21
Sala para equipamento de geração de energia elétrica alternativa*	1	A depender dos equipamentos utilizados		1	A depender dos equipamentos utilizados		1	A depender dos equipamentos utilizados		1	A depender dos equipamentos utilizados		1	A depender dos equipamentos utilizados		1	A depender dos equipamentos utilizados	
Abrigo externo de resíduos sólidos*	A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos			A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos			A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos			A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos			A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos			A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos		
Estacionamento*	No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.			No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.			No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.			No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.			No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.			No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.		

*Não será solicitado o preenchimento da metragem quadrada no SISMOB, não eximindo o proponente da responsabilidade de observar os requisitos, normas e regulamentos pertinentes.

TABELA 02 - PROGRAMA MÍNIMO PARA CER III

Área/Ambientes	CER III - Tipos de Reabilitação											
	Auditiva, Física e Intelectual			Auditiva, Física e Visual			Auditiva, Intelectual e Visual			Física, Intelectual e Visual		
	Quant. (min.)	Área (min.)	unit. Área total	Quant. (min.)	Área (min.)	unit. Área total	Quant. (min.)	Área (min.)	unit. Área total	Quant. (min.)	Área (min.)	unit. Área total
Área Especializada de Reabilitação Auditiva												
Consultório Diferenciado (Otorrinolaringologia)	1	12,5	12,5	1	12,5	12,5	1	12,5	12,5			
Sala de atendimento individualizado com cabine de audiometria (Sala com cabine acústica, campo livre, reforço visual e equipamentos para avaliação audiológica)	1	16	16	1	16	16	1	16	16			
Sala para Exame complementar Potencial Evocado Auditivo (EOA - emissões otoacústicas) e BERA	1	10	10	1	10	10	1	10	10			
Sala de atendimento individualizado (Sala para seleção e adaptação AASI - Aparelho de amplificação sonora individual)	1	10	10	1	10	10	1	10	10			
Área Especializada de Reabilitação Física												
Consultório Diferenciado (Fisiatria, Ortopedia ou Neurologia)	1	12,5	12,5	1	12,5	12,5				1	12,5	12,5
Sala de Preparo de paciente (consulta de enferm., triagem, biometria)	1	12,5	12,5	1	12,5	12,5				1	12,5	12,5
Salão para cinesioterapia e mecanoterapia (Ginásio)	1	150	150	1	150	150				1	150	150
Box de terapias (eletroterapia)	4	8	32	4	8	32				4	8	32
Banheiro individual para deficientes (Sala de banho)	2	4,8	9,6	2	4,8	9,6	2	4,8	9,6	2	4,8	9,6
Depósito de equipamentos / materiais*	1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais		1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais		1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais		1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais	
Área Especializada de Reabilitação Intelectual												
Consultório Diferenciado (Neurologista)	1	12,5	12,5				1	12,5	12,5	1	12,5	12,5

Área Especializada de Reabilitação Visual												
Consultório Diferenciado (Oftalmológico)				1	15	15	1	15	15	1	15	15
Sala de atendimento individualizado (Laboratório de Prótese Ocular) - Opcional				1	5	5	1	5	5	1	5	5
Consultório Indiferenciado (Sala de Orientação de Mobilidade)				1	20	20	1	20	20	1	20	20
Consultório Indiferenciado (Sala de orientação para uso funcional de recursos para baixa visão)				1	12	12	1	12	12	1	12	12
Área Comum de Habilitação/ Reabilitação												
Consultório Indiferenciado (Consultório Interdisciplinar para triagem e avaliação clínico-funcional)	10	12,5	125	10	12,5	125	10	12,5	125	10	12,5	125
Área de prescrição médica (Átrio com bancada de trabalho coletiva)	1	50	50	1	50	50	1	50	50	1	50	50
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico em grupo infantil)	2	20	40	2	20	40	2	20	40	2	20	40
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico em grupo adulto)	2	20	40	2	20	40	2	20	40	2	20	40
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico infantil)	2	12	24	2	12	24	2	12	24	2	12	24
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico adulto)	2	12	24	2	12	24	2	12	24	2	12	24
Consultório Indiferenciado (Sala de Estimulação Precoce)	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20
Consultório Indiferenciado (Sala de Atividade de Vida Prática - AVP)	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20
Banheiro individual para deficientes (Banheiro da sala de AVP)	1	4,8	4,8	1	4,8	4,8	1	4,8	4,8	1	4,8	4,8
Sala de reunião	1	15	15	1	15	15	1	15	15	1	15	15
Áreas de Convivência Interna	1	70	70	1	70	70	1	70	70	1	70	70
Apoio Administrativo e Recepção												
Sanitários Independentes (feminino e masculino)	4	2,55	10,2	4	2,55	10,2	4	2,55	10,2	4	2,55	10,2
Copa Pacientes	1	2,6	2,6	1	2,6	2,6	1	2,6	2,6	1	2,6	2,6
Fraldário Infantil	1	4	4	1	4	4	1	4	4	1	4	4
Fraldário Adulto	1	4	4	1	4	4	1	4	4	1	4	4
Shaft (sala de quadros)*	1	A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento		1	A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento		1	A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento		1	A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento	
Sala de espera/recepção	1	90	90	1	90	90	1	90	90	1	90	90
Área para guarda de macas e cadeira de rodas (macas e cadeira)	1	3	3	1	3	3	1	3	3	1	3	3
Sanitário/Vestiário para funcionários Independentes (feminino e masculino)	2	15	30	2	15	30	2	15	30	2	15	30
Almoxarifado	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20
Sala de arquivo	1	15	15	1	15	15	1	15	15	1	15	15
Sala administrativa	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20
Depósito de Material de Limpeza (DML)	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4
Copa/ refeitório	1	25	25	1	25	25	1	25	25	1	25	25
Sala de utilidades (com guarda temporária de resíduos sólidos)	1	6	6	1	6	6	1	6	6	1	6	6
Área externa												
Área de convivência externa	1	50	50	1	50	50	1	50	50	1	50	50
Área para atividades lúdicas - Área de recreação / lazer	1	25	25	1	25	25	1	25	25	1	25	25
Pátio	1	35	35	1	35	35	1	35	35	1	35	35
Área externa para embarque e desembarque de veículo adaptado + ambulância (área coberta)	1	21	21	1	21	21	1	21	21	1	21	21
Sala para equipamento de geração de energia elétrica alternativa*	1	A depender dos equipamentos utilizados		1	A depender dos equipamentos utilizados		1	A depender dos equipamentos utilizados		1	A depender dos equipamentos utilizados	
Abrigo externo de resíduos sólidos*	A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos			A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos			A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos			A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos		
Estacionamento*	No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.			No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.			No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.			No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.		

*Não será solicitado o preenchimento da metragem quadrada no SISMOB, não eximindo o proponente da responsabilidade de observar os requisitos, normas e regulamentos pertinentes.

TABELA 03 - PROGRAMA MÍNIMO PARA CER IV

Área/Ambientes	CER IV - Tipos de Reabilitação		
	Auditiva, Física, Intelectual e Visual		
	Quant. (min.)	Área unit. (min.)	Área total
Área Especializada de Reabilitação Auditiva			
Consultório Diferenciado (Otorrinolaringologia)	1	12,5	12,5
Sala de atendimento individualizado com cabine de audiometria (Sala com cabine acústica, campo livre, reforço visual e equipamentos para avaliação audiológica)	1	16	16
Sala para Exame complementar Potencial Evocado Auditivo (EOA - emissões otoacústicas) e BERA	1	10	10
Sala de atendimento individualizado (Sala para seleção e adaptação AASI - Aparelho de amplificação sonora individual)	1	10	10
Área Especializada de Reabilitação Física			
Consultório Diferenciado (Fisiatria, Ortopedia ou Neurologia)	1	12,5	12,5
Sala de Preparo de paciente (consulta de enferm., triagem, biometria)	1	12,5	12,5
Salão para cinesioterapia e mecanoterapia (Ginásio)	1	150	150
Box de terapias (eletroterapia)	4	8	32
Banheiro individual para deficientes (Sala de banho)	2	4,8	9,6
Depósito de equipamentos / materiais*	1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais	
Área Especializada de Reabilitação Intelectual			
Consultório Diferenciado (Neurologista)	1	12,5	12,5
Área Especializada de Reabilitação Visual			
Consultório Diferenciado (Oftalmológico)	1	15	15

Sala de atendimento individualizado (Laboratório de Prótese Ocular) - Opcional	1	5	5
Consultório Indiferenciado (Sala de Orientação de Mobilidade)	1	20	20
Consultório Indiferenciado (Sala de orientação para uso funcional de recursos para baixa visão)	1	12	12
Área Comum de Habilitação/ Reabilitação			
Consultório Indiferenciado (Consultório Interdisciplinar para triagem e avaliação clínico-funcional)	12	12,5	150
Área de prescrição médica (Átrio com bancada de trabalho coletiva)	1	50	50
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico em grupo infantil)	2	20	40
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico em grupo adulto)	2	20	40
Sala grande de atendimento terapêutico em grupo	1	40	40
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico infantil)	3	12	36
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico adulto)	3	12	36
Consultório Indiferenciado (Sala de Estimulação Precoce)	2	20	40
Consultório Indiferenciado (Sala de Atividade de Vida Prática - AVP)	1	20	20
Banheiro individual para deficientes (Banheiro da sala de AVP)	1	4,8	4,8
Sala de reunião	1	20	20
Áreas de Convivência Interna	1	90	90
Apoio Administrativo e Recepção			
Sanitários Independentes (feminino e masculino)	6	2,55	15,30
Copa Pacientes	1	2,6	2,6
Fraldário Infantil	1	4	4
Fraldário Adulto	1	4	4
Shaft (sala de quadros)*	1	A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento	
Sala de espera/recepção	1	100	100
Área para guarda de macas e cadeira de rodas (macas e cadeira)	1	3	3
Sanitário/Vestiário para funcionários Independentes (feminino e masculino)	2	20	40
Almoxarifado	1	30	30
Sala de arquivo	1	20	20
Sala administrativa	1	30	30
Depósito de Material de Limpeza (DML)	3	2	6
Copa/ refeitório	1	30	30
Sala de utilidades (com guarda temporária de resíduos sólidos)	1	6	6
Área externa			
Área de convivência externa	1	60	60
Área para atividades lúdicas - Área de recreação / lazer	1	25	25
Pátio	1	35	35
Área externa para embarque e desembarque de veículo adaptado + ambulância (área coberta)	1	21	21
Sala para equipamento de geração de energia elétrica alternativa*	1	A depender dos equipamentos utilizados	
Abrigo externo de resíduos sólidos*	A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos		
Estacionamento*	No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.		

*Não será solicitado o preenchimento da metragem quadrada no SISMOB, não eximindo o proponente da responsabilidade de observar os requisitos, normas e regulamentos pertinentes.

TABELA 04 - PROGRAMA MÍNIMO PARA OFICINA ORTOPÉDICA

Área/Ambientes	Oficina Ortopédica		
	Quant. (min.)	Área (min.)	Área total
Apoio Administrativo e Recepção			
Sanitários Independentes (feminino e masculino)	2	2,55	5,1
Sala de espera/recepção	1	12,5	12,5
Sanitário/Vestiário para funcionários Independentes (feminino e masculino)	2	10	20
Sala administrativa	1	10	10
Depósito de Material de Limpeza (DML)	1	2	2
Laboratório			
Sala de atendimento Individualizado (Sala de Provas)	1	15	15
Sessão de Tomada de Moldes	1	15	15
Sessão de Gesso	1	15	15
Sessão de Termomoldagem	1	15	15
Sessão Montagem de Prótese	1	15	15
Sessão de Montagem de Órtese	1	15	15
Sessão de adaptação e manutenção de cadeira de rodas, de solda e trabalho com metais	1	15	15
Sessão de selaria, tapeçaria, costura e acabamento	1	15	15
Sessão de sapataria	1	15	15
Sessão de Adaptações	1	15	15
Sala de Máquinas	1	18	18

As áreas dos ambientes listados não contemplam área de circulação externa e alvenaria que devem ser calculadas considerando normas de acessibilidade.

Para as áreas previstas e para aquelas não listadas nestes quadros, deverão ser acatadas as normas contidas na Resolução RDC Nº 50/2002 - ANVISA e alterações.

Anexo 2 do Anexo VI

LIMITES FÍSICOS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA (Origem: PRT MS/GM 626/2006, Anexo 1)

LIMITES FÍSICOS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA

UF	Gestão	Município	UNIDADE	CNPJ	CNES
AL	MN	Arapiraca	OTOMED ALAGOAS	5648824/0001- 96	2004984
	MN	Maceió	ADEFAL	8427999000161	2006928
BA	EP	Lauro de Freitas	UNIDADE METROPOLITANA DE ASSISTENCIA SOCIAL E EDUCACAO	07.272.422/0001-65	2385237
	EP	Salvador	CENTRO ESTADUAL DE PREVENCAO E REABILITACAO DE DEFICIENCIAS	13.937.131/0001-42	2385237
	MN	Feira de Santana	OTORRINOS	16.076.424/0001-70	3021823
CE	MN	Cascavel	POLICLINICA MUNICIPAL DE CASCAVEL	7589369000120	2564734
	MN	Fortaleza	NAMI NUCLEO DE ATENCAO MEDICA INTEGRADA	7373434000186	2528673
	MN	Fortaleza	NUTEP NUCLEO DE TRATAMENTO E ESTIMULACAO PRECOCE	23706419000169	2479966

	MN	Fortaleza	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO	7206048000280	2561492
	MN	Sobral	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	7598634000137	3436683
	MN	Fortaleza	ABCR CENTRAL	7271240000412	2516659
	MN	Fortaleza	HGF HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA	7954571001429	2497654
	MN	Juazeiro do Norte	CENTRO DE DIAG TASSO R JEREISSATI	02.628.917/0001-60	4011457
ES	EP	Vila Velha	POLICLINICA DE REFERENCIA UVV LTDA	05.801.124/0001-90	3474151
GO	MN	Goiânia	CRER	07.077.444/0001-74	2673932
MT	EP	Cuiabá	CENTRO DE REABILITACAO INTEGRAL DOM AQUINO CORREA CUIABA	03.507.415/0002-25	2393417
MS	MN	Campo Grande	FUNCRAF	50844794000490	21709
MG	MN	Juiz de Fora	CLINICA DR EVANDRO RIBEIRO DE OLIVEIRA	21.177.373/0001-02	3005410
	MN	Alfenas	HOSPITAL UNIVERSITARIO ALZIRA VELANO	17.878.554/0001-99	2171988
	MN	Montes Claros	AUDIOBERA	03.744.618/0001-54	3039781
	MN	Patos de Minas	APAE PATOS DE MINAS	17.835.364/0001-94	2221322
	PE	Pouso alegre	INSTITUTO SUL MINEIRO DE OTORRINOLARINGOLOGIA\POUSO ALEGRE	03.100.235/0001-43	3021912
	MN	Belo Horizonte	HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFMG	17.217.985/003472	0027049
	MN	Teófilo Otoni	OTOMED	06.205.487/0001-25	3280349
	MN	Governador Valadares	OTOMED	05.493.130/0001-81	3144984
	PE	Diamantina	HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DA SAUDE	20.081.238/0001-04	2761203
	PE	Formiga	OTOCENTER DE FORMIGA	1039967000140	2194287
	PE	São Sebastião do Paraíso	HOSPITAL SAGRADO CORACAO DE JESUS LTDA	3360034000185	2761084
PB	MN	João Pessoa	HOSPITAL EDSON RAMALHO	10.848.191/0001-55	2400324
PR	MN	Curitiba	ASSIFUR	78774791000102	15520
	MN	Curitiba	ASTRAU	75642892000123	16519
	EP	Ponta Grossa	CLINICA PONT DE OTORRINOLARINGOLOGIA SC LTDA	4886231000103	2686732
	MN	Maringá	INSTITUTO DE AUDICAO SC LTDA	5047646000148	2594625
	MN	Maringá	CESUMAR CENTRO UNIVERSITARIO DE MARINGA	79265617000199	2594722
	MN	Apucarana	CLINICA MANTINE	863372000141	2536064
	MN	Londrina	CISMEPAR	445188000181	2577984
	MN	Londrina	ILES	78622370000158	2578417
	EP	São José dos Pinhais	CLINICAS INTEGRADAS SAO JOSE SC LTDA	4111799000144	3028488
	EP	Cascavel	CAC CENTRO AUDITIVO CASCAVEL LTDA	1847970000190	2737140
	MN	Francisco Beltrão	CRA CENTRO DE REABILITACAO AUDITIVA	2990304000179	2679701
	MN	Curitiba	UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANA UTP	76590249000166	OO15555
	EP	Guarapuava	INSTITUTO DE AUDIOLOGIA E VOZ SC LTDA	5147207000107	2742128
	EP	Cornélio Procópio	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná- CISNOP	126737000155	2582163
	EP	Paranaguá	Clinica Auditiva de Paranaguá S/C Ltda	5562051000120	2780194
	EP	Paranavaí	CRECISPARANAVAI	73966913000130	2781212
	EP	Ponta Grossa	CEDRA	4825073000173	2686724
	EP	Toledo	CLINICA CHAMPAGNAT	68836451000105	2809419
PE	EP	Recife	IMIP	10.988.310/0001-29	0000434
PI	MN	Teresina	CLINICA DR FLAVIO SANTOS LTDA	23.633.829/0001-27	3036472
RJ	PE	Natividade	APAE NATIVIDADE	31.272.560/0001-29	2276321
RN	EP	Pau dos Ferros	CLINICA DR WASHINGTON FALAENTE LTDA	5536327000104	2693550
	EP	Mossoró	OTORRINOLARINGOLOGIA E FONAUDIOLOGIA LTDA	2117857000111	2693674
	MN	Natal	SUVAG	8587107000190	2409135
	EP	Caicó	UPDATE SC LTDA	2766875000124	8006210
	EP	Natal	OTOMED	5503972000112	2693666
RS	MN	Porto Alegre	HOSPITAL DAS CLINICAS	87020517000120	2237601
	MN	Porto Alegre	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO SA	92.787.118/0001-20	2237571
	MN	Canoas	HOSPITAL UNIVERSITARIO ULBRA	88.332.580/0031-80	3508528
	PE	Ijuí	CENTRO AUDITIVO PROAUDI	1498920000144	2260557
	PE	Santa Maria	HUSM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTA MARIA	95591764001420	2244306
	EP	Lageado	HOSPITAL BRUNO BORN	91162511000165	2252287
RO	EP	Porto Velho	HOSPITAL DR MARCELO CANDIA	60742616000240	2807092
	EP	Porto Velho	LIMIAR	5236384000160	4001613
SC	MN	Joinville	NUCLEO DE REABILITACAO LABIO PALATAL	79.361.028/0001-04	2511436
	EP	Florianópolis	OTOVIDA	04.045.814/0001-01	2690926
	MN	Jaraguá do Sul	AADAV	79362281000182	2652056
	MN	Itajaí	INSTITUTO DE FONAUDIOLOGIA DA UNIVALI	84307974000102	3504719
SP	MN	Araraquara	CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARASP	45276128000110	2064774
	EP	Bauru	HOSPITAL DE REABILITACAO DE ANOMALIAS CRANOFACIAIS	63025530008270	2790564
	EP	Bauru	FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU	63025530002905	2790521
	EP	Botucatu	HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU	48.031.918/0019-53	2748223
	EP	Cafelândia	SANTA CASA DE CAFELANDIA	45923687000175	2791684
	EP	Bauru	Lar Escola Rafael Maurício	45030913000199	2790971
	EP	Campinas	HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	46068425000133	2079798
	MN	Campinas	CLINICA DE PSICOLOGIA PUCC	46020301000188	2022966
	EP	Divinolândia	CONDERG HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLANDIA	52356268000245	2082810
	MN	Franca	NGA 16 FRANCA	47970769000104	2087669
	EP	Itararé	FUNCRAF DE ITARERE	50844794000300	2076039
	MN	Jacareí	UNIDADE DE REFERENCIA DE ESPECIALIDADES	46694139000183	2084937
	MN	Jundiaí	ATEAL	51910842000111	2095750
	MN	Limeira	SANTA CASA DE LIMEIRA	51473692000126	2081458
	MN	Marília	HOSPITAL DAS CLINICAS UNIDADE CLINICO CIRURGICO	52052420000115	2025507
	EP	Presidente Prudente	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PRESIDENTE PRUDENTE	44860740000254	2755130
	MN	Ribeirão Pires	APRAESPI	57621377000185	2096722
	EP	Ribeirão Preto	HOSPITAL DAS CLINICAS FAEPA	57722118000140	2082187
	EP	S.J do Rio Preto	HOSPITAL DE BASE DE SAO JOSE DO RIO PRETO	60003761000129	2077396
	EP	Santo André	FUNCRAF SÃO BERNARDO DO CAMPO	50844794000229	2786370
	EP	São Paulo	HC DA FMUSP HOSPITAL DAS CLINICAS	56577059000100	2078015
	EP	São Paulo	HOSPITAL SAO PAULO UNIDADE I	60453032000174	2077485
	EP	São Paulo	SANTA CASA DE SAO PAULO HOSPITAL CENTRAL	62779145000190	2688689
	MN	São Paulo	FUND SAO PAULODERDIC	60990751000124	2688530
	MN	São Paulo	AMB ESPEC PENHAMAURICE PATE	46392130000380	2751933
	MN	São Paulo	HOSP MUN PIRITUBAJOSE SOARES HUNGRIA	46392148001272	2077450
	MN	São Paulo	INST CEMA DE OFTALMOLOGIA E OTORRINOLARINGOLOGIA	3456304000156	2091550
	MN	Sorocaba	APADAS SOROCOBA	58983008000103	2690799
	PE	Taubaté	HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE DE TAUBATE	45176153000122	2749319

Anexo 3 do Anexo VI

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR PARA HABILITAÇÃO DO ESTABELECIMENTO EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Anexo 2)

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR PARA HABILITAÇÃO DO ESTABELECIMENTO EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Nome do estabelecimento: _____

CNPJ: _____CNES:_____

Endereço: _____

Município: _____UF:_____

CEP:_____Telefones: ( )_____

Fax: ( ) _____

E-mail:_____

Diretor Técnico: _____

Telefones: ( )_____Fax: ( )_____

E-mail: _____

Gestor: _____

Telefones: ( )_____ Fax: ( )_____

E-mail: _____

NORMAS ESPECÍFICAS PARA HABILITAÇÃO EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

A) EXIGÊNCIAS GERAIS:

1. Parecer conclusivo do respectivo Gestor (Municipal e/ou Estadual) do SUS - manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento:

_____

2. A aprovação da habilitação foi pactuada em CIB: ( ) Sim ( ) Não
Informar CIB Nº:_____Data: _____de _____de_____
3. Relatório de vistoria da VISA local com parecer conclusivo sobre a habilitação em pauta:
( ) Sim ( ) Não
B) EXIGÊNCIAS ESPECÍFICAS:
1. Dispõe de estrutura física e funcional, com equipe multiprofissional devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada às pessoas com doenças otológicas e em especial às pessoas com deficiência auditiva a nível hospitalar. ( ) Sim ( ) Não
2. Registro das informações do paciente em Serviço de Arquivo médico: ( ) Sim ( ) Não
Prontuário único para cada paciente contendo todos os tipos de atendimentos a ele referentes conforme item 2, do anexo II.
3. Recursos Humanos:
3.1 O Serviço conta com um responsável técnico, médico otorrinolaringologista, devidamente habilitado.
( ) Sim ( ) Não
Nome:_____
Registro Profissional: _____
3.1.1. O técnico é responsável por um único serviço credenciado pelo SUS ( ) Sim ( ) Não
3.1.2 - O técnico responsável reside no mesmo município ou cidade circunvizinha do serviço que está solicitando o credenciamento
( ) Sim ( ) Não
3.2. O Estabelecimento dimensiona a sua equipe multiprofissional de acordo com os parâmetros de equipe mínima e qualificação profissional ( ) Sim) Não
4. Equipe básica (mínima):
a - Otorrinolaringologista: ( ) Sim ( ) Não
Quantos: Nome:_____Especialidade:_____Nome:_____Especialidade:_____Nome:_____Especialidade:_____
O Estabelecimento Possui:
- Residência Médica em Otorrinolaringologia ou título de especialista em otorrinolaringologia.
( ) Sim ( ) Não
- Experiência em cirurgia otológica, com a carga horária exigida na Residência Médica.
( ) Sim ( ) Não
- curso teórico prático de 60 horas e estágio prático de 80 horas em ambulatório, acompanhamento de 10 cirurgias de IC em adulto e 10 cirurgias de implante coclear em criança comprovados nos Serviços de Implante Coclear habilitados no mínimo há 10 anos
( ) Sim ( ) Não
b - Fonoaudiólogo: ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
- 02 Fonoaudiólogos com especialização em audiologia clínica e com curso teórico prático de 60 horas e estágio prático de 80 horas em ambulatório, acompanhamento de 10 cirurgias de IC em adulto e 10 cirurgias de implante coclear em criança comprovados nos Serviços de Implante Coclear habilitados no mínimo há 10 anos.
( ) Sim ( ) Não
Nome:_____
Especialidade:_____
Nome:_____
Especialidade:_____
Nome:_____
Especialidade:_____
Nome:_____
Especialidade:_____
c - Psicólogo: ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
Nome:_____
Especialidade:_____
d - Assistente Social: ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
Nome:_____
Especialidade:_____
e - Anestesiologista: ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
Nome:_____
Especialidade:_____
f - Enfermagem: ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
Nome:_____
Especialidade:_____
5. Equipe Complementar:
a - Neurologista: ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
Nome:_____
Especialidade_____
b - Neuropediatra: ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
Nome:_____
Especialidade_____
c - Geneticista ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
Nome:_____
Especialidade_____
d - Clínico Geral ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
Nome:_____
Especialidade_____ e - Pediatra
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
Nome:_____
Especialidade_____
f - cardiologista ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
Nome:_____
Especialidade_____
g - cirurgião plástico
( ) Sim ( ) Não
Quantos: ( )
Nome:_____
Especialidade_____
h - nutricionista
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
Nome:_____
Especialidade_____
6. Infraestrutura Hospitalar:
a - Laboratório clínico
( ) Sim ( ) Não
Quantos: _____
b - diagnóstico por imagem
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
_____
c - farmácia
( ) Sim ( ) Não
Quantos: _____
OBSERVAÇÕES : Os estabelecimentos poderão contratar serviços especializados de terceiros a seu critério e responsabilidade, desde que isso não comprometa a integralidade e interdisciplinaridade do tratamento ofertado ao paciente.
7 - Instalações físicas:
O Estabelecimento possui:
a - Consultório Médico com equipe e instrumental de otorrinolaringologia, incluindo microscópio otológico
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
b - Consultórios Médicos para as diferentes especialidades médicas (neurologia, genética e pediatria
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
c - Serviço de Audiologia Clínica com salas equipadas com: cabine acústica, VRA, audiômetro, imitanciômetro, BERA, amplificadores coletivos, vibradores táteis, ganho de inserção e emissões otoacústicas, equipamentos para testes perceptuais e conjuntos para teste de diferentes modelos de AASI, Hardware, Software e periféricos para ativação, mapeamento e balanceamento de eletrodos
( ) Sim ( ) Não
d - Sala para avaliação e terapia fonoaudiológica
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
e - Sala para atendimento psicológico e serviço social
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
f - Sala para serviços administrativos
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
g - Sala de recepção e de espera para acompanhantes
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
h - Área de arquivo médico e registro de pacientes
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
i - Depósito de material de limpeza
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
j - Área para guardar materiais/ equipamentos
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
OBSERVAÇÕES :
a - deverão ser utilizados equipamentos de implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso devidamente registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, do Ministério da Saúde - MS.
b - fica a critério do estabelecimento a escolha do equipamento mais indicado para cada caso.

8. - Materiais e equipamentos
8.1 - Dos materiais de atendimento otorrinolaringológico/ otológica:
a - instrumental em otorrinolaringologia para atendimento ambulatorial
( ) Sim ( ) Não
b - aspirador otológico de secreção
( ) Sim ( ) Não
c - cadeira com comando elétrico ou mecânico (para exame físico)
( ) Sim ( ) Não
d - cureta para remoção de cerúmen
( ) Sim ( ) Não
e - equipo de ORL
( ) Sim ( ) Não
f - espéculo auricular (20 unidades)
( ) Sim ( ) Não
g - espéculo nasal metálico (10 unidades)
( ) Sim ( ) Não
h - estilete para retirada de corpo estranho
( ) Sim ( ) Não
i - estilete porta algodão
( ) Sim ( ) Não
j - fotóforo
( ) Sim ( ) Não
k - otoscópio
( ) Sim ( ) Não
l - ponta de aspiração otológica
( ) Sim ( ) Não
m - seringa metálica de 100 ml para remoção de cerumem
( ) Sim ( ) Não
8.2 - Dos materiais destinados à atividade cirúrgica
a - Microscópio cirúrgico, com vídeo e possibilidade de documentação científica
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
b - dois sistemas de brocas cirúrgicas com motor de alta rotação
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
c - Monitor nervo facial transoperatório
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
d - instrumental específico para cirurgia otológica de grande porte
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
e - computador e periféricos para monitoramento intra-operatório para telemetria de respostas neurais (NRT) e outras provas
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
f - notebook
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
g - raio X intraoperatório
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
h - interfaces e softwares para testes eletrofisiológicos intraoperatório e pós-operatório
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
i - analisador de gases anestésicos
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
j - capnógrafo
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
k - desfibrilador com pás externas e internas
( ) Sim ( )Não
Quantos:
l - oxímetro de pulso
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
m - monitor de transporte
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
n - monitor de pressão não invasiva
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
o - aquecedor de sangue
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
p - respirador a volume, com misturador tipo blender microprocessado
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
q - possibilidade de filtro bacteriológico, no aparelho respirador ou anestésico
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
r - 02 bombas de infusão, no mínimo
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
s - 01 termômetro termoeletrônico
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
t - Equipamento de telemetria para aferição pós-operatório
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
u - Sistema motor (brocas cirúrgicas)
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
v - Sistema de vídeo documentação
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
w - Condições bloco cirúrgico - favorável
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
x - Condições anestésicas - favorável
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
y - Condições UTI - favorável
( ) Sim ( ) Não
8.2 - Dos materiais de avaliação e reabilitação audiológica:
a - Cabina acústica
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
b - Audiômetro de dois canais
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
c - Imitanciômetro multifrequencial
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
d - Sistema de campo livre
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
e - Sistema completo de reforço visual
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
f - Emissões Otoacústicas (evocadas transientes e por produto de distorção)
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
g - Potenciais Evocados Auditivos de curta, média e longa latência
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
h - Equipamento de verificação eletroacústica - ganho de inserção
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
i - Interface de programação com todas as marcas de AASI (ex: HI-PRO, etc)
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
j - Conjuntos de modelos de AASI adequados aos diferentes graus e tipos de perda auditiva para testes de seleção (no mínimo 3 conjuntos)
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
k - Programas de computação periféricos para programação de AASI
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
l - Conjunto de acessórios para AASI - testador de baterias, baterias, aspirador, estetoscópio, desumidificador, presilhas, alicate
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
m - Caneta otoscópio, seringa e massa para pré-moldagem
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
n - Materiais pedagógicos
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
o - Espelho Fixo
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
p - Televisão e vídeo para o trabalho com crianças
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
q - Conjunto básico de instrumentos musicais
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
r - Brinquedos para ludoterapia e terapia fonoaudiológica
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
9. Recursos Auxiliares de Diagnóstico e Terapia
a - Laboratório de Análises Clínicas que realize exames na unidade, disponíveis nas 24 horas do dia de hematologia, bioquímica; microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uroanálise.
( ) Sim ( ) Não
O Laboratório deverá participar de Programa de Controle de Qualidade
b - Serviço de Imagenologia: equipamento de Rx convencional de 500 mA fixo, equipamento de Rx portátil, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética. O serviço de Imagenologia deverá participar de Programa de Controle de Qualidade.
( ) Sim ( ) Não
c - Hemoterapia disponível nas 24 horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, conforme legislação vigente.
( ) Sim ( ) Não
d - Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) com leitos habilitados pelo SUS, conforme legislação vigente.
( ) Sim ( ) Não
10. Registro de Pacientes
Os estabelecimentos devem possuir um prontuário para cada paciente, com as informações sobre sua doença, seus diagnósticos, resultados de exames e tratamentos prévios, todos devidamente escritos, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.
Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico.
Informações e procedimentos mínimos:
- Identificação do paciente
( ) Sim ( ) Não
- Histórico clínico e audiológico
( ) Sim ( ) Não
- Diagnóstico
( ) Sim ( ) Não
- Indicação do Implante Coclear
( ) Sim ( ) Não
- Descrição do ato cirúrgico
( ) Sim ( ) Não
- Condições na alta hospitalar e na retirada dos pontos
( ) Sim ( ) Não
- Acompanhamento do paciente com implante coclear nas etapas, conforme anexo I
- Diretrizes Gerais para a Atenção às Pessoas com Deficiência Auditiva no âmbito hospitalar no Sistema Único de Saúde - SUS, item D:
Transoperatório: potencial evocado eletricamente no sistema auditivo (telemetrias - impedância e compliância dos eletrodos, telemetria de respostas neurais)
( ) Sim ( ) Não
Ativação: do dispositivo interno (eletrodo), com adaptação da unidade externa, no prazo máximo de 45 dias após o ato cirúrgico (salvo nos casos de contraindicação clínica). Na ocasião deverão ser realizadas: telemetria neural, impedância dos eletrodos, medidas psicofísicas do implante coclear (programação ou mapeamento), avaliação dos limiares em campo livre com o Implante e avaliações e orientações clínicas pertinentes.
( ) Sim ( ) Não
Frequência dos acompanhamentos: Crianças:
- Primeiro ano de uso: 6 (seis) acompanhamentos
- Segundo ano de uso: 4 (quatro) acompanhamentos
- Terceiro ano de uso:
Para crianças de até três anos de idade: 4 (quatro) acompanhamentos
Para crianças com mais de três anos de idade: 2 (dois) acompanhamentos
- A partir do quarto ano: anualmente (uma vez/ano).
Adultos:
- Primeiro ano de uso: 4 (quatro) acompanhamentos;
- Segundo ano de uso: 2 (dois) acompanhamentos;

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

- A partir do quarto ano: anualmente (uma vez/ano).

Informações Adicionais:

Anexar cópia do diploma de graduação, títulos, curso de capacitação e comprovantes de experiência dos profissionais.

INTERESSE DO GESTOR (ESTADUAL OU MUNICIPAL) NO CREDENCIAMENTO:

_____

CONCLUSÃO:

De acordo com vistoria realizada in loco, no dia___/___/_____a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria SAS/MS nº XXX, de XXX de XXX de 2013.

OBSERVAÇÕES:

_____

_____

LOCAL / DATA: _____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

_____

_____

Anexo 4 do Anexo VI

DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA NO SUS (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Anexo 5)

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática

Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade

DIRETRIZES GERAIS PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

APRESENTAÇÃO

Este documento visa estabelecer as diretrizes para o cuidado às pessoas com deficiência auditiva na Rede de Cuidados das Pessoas com Deficiência. É um documento de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes, e pelos Serviços de Saúde habilitados junto ao SUS.

1.METODOLOGIA

A elaboração das Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde - SUS foi uma ação do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET) da Coordenação de Média e Alta Complexidade (CGMAC), na qual participaram representantes do Ministério da Saúde, da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia - SBFa, Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial - ABORL-CCF, Academia Brasileira de Audiologia e especialistas de Centros/Núcleo de Implante Coclear habilitados no SUS.

2. OBJETIVO

O objetivo destas diretrizes é oferecer orientações às equipes multiprofissionais sobre o cuidado da pessoa com deficiência auditiva, em especial às que necessitam da cirurgia de implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso. Envolve ações de âmbito ambulatorial (avaliações clínicas e audiológicas, acompanhamentos e reabilitação fonoaudiológica) e hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamentos pré e pós - operatório), além de estabelecer critérios de indicações e contra indicações clinicas da prótese de implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso.

DIRETRIZES

3. DIRETRIZES GERAIS PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Os cuidados para a atenção especializada às pessoas com deficiência auditiva devem ser estruturados pelos seguintes componentes:

a) Modalidade Ambulatorial - consiste nas ações de âmbito ambulatorial (avaliações clínicas e audiológicas, acompanhamentos e reabilitação fonoaudiológica), destinadas a promover atenção especializada aos pacientes submetidos às cirurgias de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso definidas nesta portaria, e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados.

b) Modalidade Hospitalar - consiste nas ações de âmbito hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamentos pré e pós - operatório) destinadas a promover atenção especializada pacientes submetidos às cirurgias de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso definidas nesta portaria e, realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados.

Com relação aos tratamentos cirúrgicos, os mesmos vêm sendo indicados como uma opção de tratamento para pacientes, adultos e crianças, com deficiência sensório-neural profunda bilateral que obtêm pouco ou nenhum benefício com AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual). São considerados como um recurso efetivo, que permitem melhora significativa na maioria desses pacientes, sempre acompanhada de habilitação e/ou reabilitação auditiva. São procedimentos considerados de alta complexidade e especificidade, que demandam a existência de serviços altamente especializados, equipes multiprofissionais, instalações e equipamentos bastante diferenciados.

O tratamento cirúrgico é indicado apenas em casos específicos, cujas indicações estão descritas abaixo. Portanto, é apenas uma ação dentro de toda a linha de cuidado das pessoas com deficiência auditiva.

A. CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO DO IMPLANTE COCLEAR

1. CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO:

O uso de implante coclear está indicado para habilitação e reabilitação auditiva de pessoas que apresentem perda auditiva neurossensorial bilateral, de grau severo a profundo.

1.1 Crianças com até 4 anos de idade incompletos, que apresentem perda auditiva neurossensorial, de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a) experiência com uso de aparelhos de amplificação sonora individual (por um período mínimo de três meses) e idade mínima de 18 meses na perda auditiva severa. Idade mínima de 6 meses em casos de meningite e/ou surdez profunda de etiologia genética comprovada, e nestes casos, não é obrigatória a experiência com AASI;

b) falta de acesso aos sons de fala em ambas as orelhas com AASI, ou seja, limiares em campo livre com AASI piores que 50dB-NA nas frequências da fala (500Hz a 4 kHz);

c) adequação psicológica e motivação da família para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;

d) acesso à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra referência);

e) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

1.2 Crianças a partir de 4 até 7 anos de idade incompletos, que apresentem perda auditiva neurossensorial, de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a) resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor do que 50% na orelha a ser implantada;

b) presença de indicadores favoráveis para o desenvolvimento de linguagem oral mensurado por protocolos padronizados;

c) adequação psicológica e motivação da família para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de habilitação e reabilitação fonoaudiológica;

d) acesso e adesão à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de habilitação e reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra referência);

e) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

1.3 Crianças a partir de 7 até 12 anos de idade incompletos, que apresentem perda auditiva neurossensorial, de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a) resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor que 50% na orelha a ser implantada, com percepção de fala diferente de zero em conjunto fechado;

b) presença de código linguístico oral em desenvolvimento mensurados por protocolos padronizados. Devem apresentar comportamento linguístico predominantemente oral. Podem apresentar atraso no desenvolvimento da linguagem oral considerando a sua idade cronológica, manifestado por simplificações fonológicas, alterações sintáticas (uso de frases simples compostas por três a quatro palavras), alterações semânticas (uso de vocabulário com significado em menor número e em menor complexidade, podendo ser restrito para as situações domiciliares, escolares e outras situações do seu cotidiano) e alterações no desenvolvimento pragmático, com habilidades de narrativa e argumentação ainda incipientes;

c) adequação psicológica, motivação e expectativa adequada do paciente e da família para o uso do implante coclear;

d) acesso à terapia fonoaudiológica com condições adequadas para reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra referência);

e) uso de AASI contínuo e efetivo desde no mínimo 2 (dois) anos de idade sugerindo a estimulação das vias auditivas centrais desde a infância; e

f) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

1.4 Adolescentes a partir de 12 anos de idade, que apresentem perda auditiva neurossensorial pré-lingual de grau severo e/ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a) resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor que 50% na orelha a ser implantada, com percepção de fala diferente de zero em conjunto fechado;

b) presença de código linguístico oral estabelecido e adequadamente reabilitado pelo método oral;

c) adequação psicológica, motivação e expectativa adequada do paciente e da família para o uso do implante coclear;

d) acesso à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra referência);

e) Uso de AASI efetivo desde o diagnóstico da perda auditiva severa a profunda; e

f) Compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

1.5 Adolescentes a partir de 12 anos de idade, que apresentem perda auditiva neurossensorial pós-lingual, de grau severo e ou profundo, bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a) resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor do que 50% na orelha a ser implantada;

b) adequação psicológica, motivação e expectativa adequada do paciente e da família para o uso do implante coclear;

c) acesso e adesão à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra referência); e

d) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

1.6 Em adultos que apresentem perda auditiva neurossensorial pré-lingual de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a) resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor que 50% na orelha a ser implantada, com percepção de fala diferente de zero em apresentação em conjunto fechado;

b) presença de código linguístico estabelecido e adequadamente reabilitado pelo método oral;

c) adequação psicológica e motivação adequada do paciente para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;

d) condições adequadas de reabilitação na cidade de origem (referência/contra- referência).

e) uso de AASI efetivo desde o diagnóstico da perda auditiva severa a profunda; e

f) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

7.1 Em adultos que apresentem perda auditiva neurossensorial pós-lingual de grau severo ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a) resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor do que 50% na orelha a ser implantada;

b) adequação psicológica e motivação do paciente para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;

c) condições adequadas de reabilitação na cidade de origem (referência/contra- referência); e

d) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

2.CRITÉRIOS DE CONTRAINDICAÇÃO

Está contraindicado o Implante Coclear nos seguintes casos:

a.Surdez pré-lingual em adolescentes e adultos não reabilitados por método oral;

b.Pacientes com agenesia coclear ou do nervo coclear bilateral; e

c.Contraindicações clínicas.

3.CRITÉRIOS ESPECIAIS

1.Espectro da Neuropatia Auditiva

2.Em crianças pré-linguais

a) uso obrigatório de AASI por um tempo mínimo de 12 meses em prova terapêutica fonoaudiológica;

b) nestes casos o desempenho nos testes de percepção auditiva da fala é soberano ao grau da perda auditiva;

c) idade mínima de 30 meses para as perdas moderadas e 18 meses para as perdas severas a profunda. A idade mínima não é exigência nos casos com etiologia genética do espectro da neuropatia auditiva comprovada;

d) os demais critérios de indicação do implante coclear seguem os constantes no item 1.

3.Em pacientes pós-linguais

a) nestes casos o desempenho nos testes de percepção auditiva da fala é soberano ao grau da perda auditiva;

b) os demais critérios de indicação do implante coclear seguem os constantes no item 1.

4. Cegueira associada independente da idade e época da instalação da surdez, o implante coclear está indicado quando:

a) resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor do que 50% na orelha a ser implantada;

b) adequação psicológica e motivação do paciente para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;

c) condições adequadas de reabilitação na cidade de origem (referência/contra- referência);

d) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica;

e) exceto pacientes com agenesia coclear ou do nervo coclear e contra-indicações clínicas.

4.CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DE IMPLANTE COCLEAR BILATERAL

A.CRIANÇAS COM ATÉ 4 ANOS INCOMPLETOS

O Implante Coclear Bilateral em crianças com até 4 anos incompletos, que atendam os critérios constantes no item 1.1 e com pelo menos um dos critérios abaixo:

a) perda auditiva profunda bilateral podendo a implantação dos dispositivos ser simultânea ou sequencial;

b) a etiologia da deficiência auditiva é meningite ou outras etiologias que oferecem riscos para ossificação da cóclea podendo a implantação dos dispositivos ser simultânea ou sequencial;

c) apresentem visão subnormal, que dependam da audição binaural podendo a implantação dos dispositivos ser simultânea ou sequencial;

d) nos casos de perda auditiva neurosensorial severa bilateral ou em uma das orelhas, a implantação dos dispositivos deve ser obrigatoriamente sequencial.

B. CRIANÇAS COM IDADE ENTRE 4 E 7 ANOS INCOMPLETOS

Em crianças usuárias de implante coclear unilateral, entre 4 e 7 anos de idade incompletos, está indicado o implante coclear bilateral sequencial desde que o primeiro implante tenha sido realizado antes dos 4 anos de idade completos, e que atendam os critérios constantes no item 1.2 e com pelo menos um dos critérios abaixo:

a) perda auditiva profunda bilateral;

b) a etiologia da deficiência auditiva é meningite ou outras etiologias que oferecem riscos para ossificação da cóclea;

c) apresentem visão subnormal, que dependam da audição binaural.

C.CRIANÇAS COM PERDA AUDITIVA PROGRESSIVA E/OU PÓS-LINGUAL

Nestes casos não há limite de idade, desde que atendam todos os critérios dos itens abaixo:

a) resultado igual ou menor que 50% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI em ambas as orelhas;

b) adequação psicológica e motivação da família para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de habilitação e reabilitação fonoaudiológica;

c) acesso e adesão à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de habilitação e reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra-referência);

d) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica;

e) presença de código linguístico oral com pelo menos o uso de frases simples espontâneas;

f) uso de AASI efetivo e contínuo, desde o diagnóstico;

g) inserida no ensino regular com desempenho acadêmico compatível a sua faixa etária.

D.ADOLESCENTES E ADULTOS COM PERDA AUDITIVA PÓS-LINGUAL

Nestes casos o implante coclear bilateral deverá ser realizado sequencialmente, com intervalo mínimo de 1 ano de uso efetivo do implante, desde que atendam todos os critérios abaixo:

a) sem benefício de audição bimodal (entende-se como benefício de audição bimodal a melhora do índice de reconhecimento de fala no ruído, em conjunto aberto, para os monossílabos, maior ou igual a 12%);

b) resultado igual ou menor que 50% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI em ambas as orelhas;

c) adequação psicológica e motivação do paciente para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;

d) condições adequadas de reabilitação na cidade de origem (referência/contra- referência);

e) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

E.EXCEÇÃO:

Nos casos de meningite ou patologias com risco de ossificação coclear, o implante coclear bilateral poderá ser feito simultaneamente.

5.CRITÉRIOS DE REIMPLANTE

A indicação de reimplante deverá ocorrer nos seguintes casos:

a) falha do dispositivo interno;

b) complicações que necessitem de explantação; e

c) declínio do desempenho auditivo, por falha do dispositivo (unidade) interno fora da cobertura de garantia assegurada pelo fabricante.

Considera-se criança a pessoa com idade até 12 anos incompletos de acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente (Lei 8069 de 13 de julho de 1990).

B.CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO

1. CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO UNILATERAL

A prótese auditiva ancorada no osso unilateral está indicada nos casos de perda auditiva condutiva ou mista bilateral quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a) má formação congênita de orelha bilateral que impossibilite adaptação de AASI;

b) com gap maior que 30 dB na média das frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz;

c) limiar médio melhor que 60 dB para via óssea nas frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz na orelha a ser implantada; e

d) índice de reconhecimento de fala em conjunto aberto maior que 60 % em monossílabos sem AASI.

2.CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DE PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO BILATERAL

A prótese auditiva ancorada no osso bilateral está indicada nos caso de perda auditiva condutiva ou mista bilateral quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a) má formação congênita de orelha bilateral que impossibilite adaptação de AASI;

b) com gap maior que 30 dB na média das frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz;

c) limiar médio melhor que 60 dB para via óssea nas frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz em ambas orelhas;

d) índice de reconhecimento de fala em conjunto aberto maior que 60 % em monossílabos sem AASI; e

e) a diferença interaural entre as médias dos limiares por via óssea de 0,5, 1, 2 e 3kHz não deve exceder a 10 dB e deve ser menor que 15 dB em todas as frequências isoladas.

OBSERVAÇÕES:

1- Em crianças abaixo de 5 anos enquanto não é possível realizar a cirurgia para colocação da prótese auditiva ancorada no osso, está indicada a adaptação do áudio processador posicionado por meio de banda elástica.

2- Nos casos em que a estrutura óssea da calota craniana não possibilite a osteointegração em tempo hábil, a cirurgia deverá ser realizada em 2 (dois) tempos.

3.CRITÉRIOS DE REIMPLANTE

A indicação de reimplante deverá ocorrer nos seguintes casos:

a) perda da osteointegração do implante de titânio;

b) complicações que impeçam o acoplamento do audioprocessador ao pilar; e

c) complicações que levem a necessidade de explantação.

C.AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DO IMPLANTE COCLEAR E DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO

A avaliação do paciente deve considerar os critérios de indicação e contraindicação da cirurgia de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso, devendo ser realizada por equipe multiprofissional na Atenção Especializada, além de:

- Avaliação do otorrinolaringologista;
- Avaliação audiológica completa com e sem AASI;
- Avaliação por exames de imagem;
- Avaliação do risco cirúrgico;
- Preparo da família e do paciente com relação às expectativas;
- Preparo clínico do paciente para o ato cirúrgico ao qual será submetido;
- Orientações para a reabilitação pós-operatória;
- Avaliação psicológica e social;
- Pareceres de outras especialidades quando necessário.

D.ASSISTÊNCIA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO IMPLANTE COCLEAR

A.ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM IMPLANTE COCLEAR

O acompanhamento do paciente com implante coclear consiste nas seguintes etapas:

- Transoperatório: potencial evocado eletricamente no sistema auditivo (telemetrias - impedância e compliância dos eletrodos, telemetria de respostas neurais).

- Ativação: no prazo máximo de 45 dias após o ato cirúrgico (salvo nos casos de contra indicação clínica) deverá ser feita a ativação do dispositivo interno (eletrodo), com adaptação da unidade externa. Na ocasião deverão ser realizadas: telemetria neural, impedância dos eletrodos, medidas psicofísicas do implante coclear (programação ou mapeamento), avaliação dos limiares em campo livre com o Implante e avaliações e orientações clínicas pertinentes.

Na ativação e em cada acompanhamento deverá ser realizado, de acordo com as necessidades de cada paciente e dispositivo utilizado, os seguintes procedimentos:

- Mapeamento e balanceamento dos eletrodos;
- Reflexo estapediano eliciado eletricamente;
- Potencial evocado eletricamente no sistema auditivo;
- Audiometria tonal;
- Limiar funcional do implante coclear - IC e com amplificação da orelha contralateral, caso haja indicação;
- Logoaudiometria;
- Imitanciometria;
- Testes de percepção de fala;
- Avaliação da linguagem oral;
- Orientação familiar;
- Consulta de seguimento otorrinolaringológica;
- Consulta de seguimento da assistência social;
- Consulta de seguimento psicológico;
- Avaliação da satisfação do usuário.

Frequência do acompanhamento em crianças:

- Primeiro ano de uso:

6 (seis) acompanhamentos

- Segundo ano de uso:

4 (quatro) acompanhamentos

- Terceiro ano de uso:

Para crianças de até três anos de idade: 4 (quatro) acompanhamentos

Para crianças com mais de três anos de idade: 2 (dois) acompanhamentos

- A partir do quarto ano: anualmente (uma vez/ano).

Frequência do acompanhamento em adultos:

- Primeiro ano de uso:

4 (quatro) acompanhamentos;

- Segundo ano de uso:

3 (três) acompanhamentos;

- Terceiro ano de uso:

2 (dois) acompanhamentos;

- A partir do quarto ano: anualmente (uma vez/ano).

Observação: Os acompanhamentos podem ser antecipados ou espaçados de acordo com a necessidade ou desempenho do paciente

B. TERAPIA FONOAUDIOLOGICA

A terapia fonoaudiológica é obrigatória para todos os pacientes e pode ser realizada no próprio Serviço ou em serviços de terapia fonoaudiológica referenciados.

Compete ao serviço oferecer assessoria técnica nos casos de referenciamento da terapia fonoaudiológica.

Compete ao serviço de terapia fonoaudiológica referenciado e ao serviço a emissão de relatórios de referência e contra referência.

Recomenda-se:

Adultos: terapias de 45 min., em séries de 6 (seis) sessões, individuais ou em grupo. Avaliação e reabilitação dos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução.

Crianças: 2 (duas) sessões semanais de 45 minutos, individuais. Avaliação e reabilitação dos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução.

C. MANUTENÇÃO DO IMPLANTE COCLEAR

O serviço é responsável pela reabilitação integral dos pacientes, devendo garantir, quando necessário e dentro do período de garantia a manutenção do implante coclear daqueles que se encontram em acompanhamento.

No caso do componente externo, dentro no período de 6 anos estão previstos todos os itens fundamentais para o perfeito funcionamento do componente externo, além de um episódio de dano, perda ou roubo comprovado, por boletim de ocorrência, e avaliados pelos serviços e autorizados pelo Gestor local.

A manutenção do componente externo consiste na substituição/trocas ou consertos dos itens fundamentais para o perfeito funcionamento do implante coclear, tais como: cabo de conexão, compartimento/gaveta de baterias, antena, baterias recarregáveis, controle remoto, imã da antena, carregador de bateria recarregável, gancho, gancho com microfone, desumidificador e processador de fala.

Ressalta-se que quando identificado, pelos serviços e ratificado pelo gestor, o mau uso do equipamento por parte do paciente, a manutenção não estará inserida na garantia, devendo a negativa constar no prontuário do paciente.

Vale lembrar que não são todos os itens que terão necessidade de trocas anuais. No entanto, compete ao serviço a análise técnica com justificativa, para as devidas trocas e manutenções, e autorização do Gestor local.

Fica estabelecido que as empresas que comercializam o implante coclear no País devem ofertar, sem custo adicional, manutenções preventivas aos pacientes dos serviços especializados. A periodicidade dessas manutenções fica a critérios dos serviços especializados e das empresas.

E.ASSISTÊNCIA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PROTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO

A.ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO

O acompanhamento do paciente com prótese auditiva ancorada no osso consiste nas seguintes etapas:

- Transoperatório: cuidados cirúrgicos
- Adaptação: no prazo máximo de 180 dias após o ato cirúrgico (salvo nos casos de contra indicação clínica) deverá ser feita a adaptação da prótese vibratória.

Na adaptação e em cada acompanhamento deverá ser realizado, de acordo com as necessidades de cada paciente e dispositivo utilizado, os seguintes procedimentos:

- Audiometria em campo livre;
- Limiar funcional com a prótese auditiva ancorada no osso;
- Logoaudiometria;
- Testes de percepção de fala;
- Avaliação da linguagem oral;
- Orientação familiar;
- Consulta de seguimento otorrinolaringológica;
- Consulta de seguimento da assistência social;
- Consulta de seguimento psicológico;
- Avaliação da satisfação do usuário;
- Orientações com relação à higienização, cuidados e manutenção.

Frequência do acompanhamento em crianças e adultos:

- Primeiro ano de uso:

4 (quatro) acompanhamentos;

- Segundo ano de uso:

2 (dois) acompanhamentos;

- A partir do terceiro ano: anualmente (uma vez/ano).

Observação: Os acompanhamentos podem ser antecipados ou espaçados de acordo com a necessidade ou desempenho do paciente

B. TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA

A terapia fonoaudiológica é obrigatória para todos os pacientes e pode ser realizada no próprio serviço ou em serviços de terapia fonoaudiológica referenciados.

Compete ao serviço oferecer assessoria técnica nos casos de referenciamento da terapia fonoaudiológica,

Compete ao serviço de terapia fonoaudiológica referenciado e ao serviço a emissão de relatórios de referência e contra referência.

Recomenda-se:

Adultos: terapias de 45 min., em séries de 6 sessões, individual ou em grupo. Avaliação e reabilitação dos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução.

Crianças: duas sessões semanais de 45 minutos, individual. Avaliação e reabilitação dos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução.

4.BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ARISI E ET AL. Cochlear implantation in adolescents with prelinguistic deafness. Otolaryngol Head Neck Surg 2010;142(6):804-808.

BASURA GJ, EAPEN R, BUCHMAN CA. Bilateral cochlear implantation: current concepts, indications, and results. Laryngoscope. 2009 Dec;119(12):2395-401. Review.

COHEN R, LABADIE R, DIETRICH M, HAYNES D - Quality of life in hearing-impaired adults: the role of cochlear implants and hearing aids. Otloatyngology, Head neck Surgery 2004, 131(4): 413-22.

DORMAN MF, SHARMA A, GILLEY P, MARTING K, ROLAND P. Central auditory development: evidence form CAEP measurements in children fit with CI. J Commun Disord 2007; 40(4): 284-29

DUNN CC, NOBLE W, TYLER RS, KORDUS M, GANTZ BJ, JI H. - Bilateral and unilateral cochlear implant users compared on speech perception in noise.Ear Hear. 2010 Apr;31(2):296-8.

EAPEN RJ, BUSS E, ADUNKA MC, PILLSBURY HC 3RD, BUCHMAN CA. Hearing-in-noise benefits after bilateral simultaneous cochlear implantation continue to improve 4 years after implantation.Otol Neurotol. 2009 Feb;30(2):153-9.

EVANS AK, KAZAHAYA K. Canal atresia: "surgery or implantable hearing devices? The expert's question is revisited". Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2007; 71: 367-7 PMID: 17196671.

FITZPATRICK E, ET AL. Cochlear implantation in adolescent and adults with prelinguistic deafness: outcomes and candidacy issues. International Congress Series 2004;1273:269-272

FDA. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (2009) What is cochlear implant. Disponível on line em: http://www.fda.gov/MedicalDevices/ProductsandMedicalProcedures/ImplantsandProsthetics/Coch learImplants/ucm062823.htm. Acessado em 23 de julho de 2009

FUCHSMANN C, TRINGALI S, DISANT F, BUIRET G, DUBREUIL C, FROEHLICH P, TRUY E. Hearing

rehabilitation in congenital aural atresia using the bone-anchored hearing aid: audiological and satisfaction results. Acta Otolaryngol 2010; 2 PMID: 20735185.

GELFAND SA, SILMAN S. Apparent auditory deprivation in children: implications of monaural versus binaural amplification. J Am Acad Audiol 1993;4:313-8

GIBSON, E - the Cochlear Implant journey: candidacy, expectations and aural rehabilitation. Hearing Review, august, 2006. Disponível em URL: http://www.hearingreview.com/issues/articles/2006- 08_06.asp Acessado em 23 de julho de 2010.

GIFFORD RH, DORMAN MF, SHALLOP JK, SYDLOWSKI SA.- Evidence for the expansion of adult cochlear implant candidacy. Ear Hear. 2010 Apr;31(2):186-9

GILLEY PM, SHARMA A, DORMAN MF. Cortical reorganization in children with cochlear implants.Brain Res. 2008 Nov 6;1239:56-65.

GRANSTRÖM G, BERGSTRÖM K, TJELLSTRÖM A. The bone-anchored hearing aid and bone-anchored epithesis for congenital ear malformations. Otolaryngol Head Neck Surg 1993; 109: 46-53. PMID: 8336967.

HAMZAVI J: POK, S; STOETTNER, W.; BAUMGARTNER, W. Speech perception with a cochlear implant used in conjunction with the hearing aid in the opposite ear. Int J Audiol 2004; 43: 61-66.

HOLT R & SVIRSKY M. An exploratory look at pediatric CI: is earliest always best? Ear Hear 2008; 29: 492-511.

KUHN-INACKER H, SHEHATA-DIELER W, MULLER J, ET AL. Bilateral cochlear implants: a way to optimize auditory perception abilities in deaf children? Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2004;68:1257-66.

LITOVSKY R, PARKINSON A, ARCAROLI J, SAMMETH C. - Simultaneous bilateral cochlear implantation in adults: a multicenter clinical study. Ear Hear 2006;27:714-31.

NEUMAN AC, HARAVON A, SISLIAN N, ET AL. Sound-direction identification with bilateral cochlear implants. Ear Hear 2007;28:73-82.

PETERS BR, WYSS J, MANRIQUE M.- Worldwide trends in bilateral cochlear implantation.Laryngoscope. 2010 May;120 Suppl 2:S17-4

PORTARIA Nº 1.278/GM DE 20 DE OUTUBRO DE 1999. [acesso em: 9 abr 2009]. Disponível em URL: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de- saude/saude-auditiva/Portaria_1278.pdf

RAINE DH, SUMMERFIELD Q, STRACHAN DR, MARTIN JM, TOTTEN, C. The Cost and analysis of

nonuse of CI. Otol Neurotol 2008; 29: 221-22

RANCE G, BARKER EJ, SARANT JZ, CHING TYC. Receptive Language and Speech Production in Children with Auditory Neuropathy/Dyssynchrony Type Hearing Loss. Ear & Hearing 2007;28;694- 702.

ROBBINS, AM (2000). Rehabilitation after implantation. In Niparko (Ed.) Cochlear Implants: Principles and Practices. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

ROBBINS, AM, SVIRSKY, M, MIYAMOTO, R. (2000). Aspects of linguistic development affected by cochlear implantation. In Waltzman & Cohen (Eds.) Cochlear Implants. NY: Thieme Medical.

SCHRAMM D. FITZPATRICK E., SÉGUIN C. Cochlear implantation for adolescent and adults with prelinguistic deafness. Otol Neurotol 2002;23(5):698-703

SHPAK T, ET AL. Perception of speech by prelingual preadolescent and adolescent cochlear implant users. Int J Audiol 2009;48(11):775-783

TAJUDEEN BA, WALTZMAN S, JETHANAMEST D, SVIRSKY M. Speech Perception in Congenitally Deaf Children Receiving Cochlear Implants in the First Year of Life. Otol Neurotol 31: 1254:1260.

WALTZMAN SB, ROLAND JT, COHEN NL. Delayed implantation in congenitally deaf chidren and adults. Otol Neurotol 2002;23(3):333-340

Fonte da internet: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_gerais_atencao_especializada_pessoas_deficiencia_auditiva_SUS.pdf

Data do acesso: 27/06/2017

Anexo VII

Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Origem: PRT MS/GM 702/2002)

Art. 1º Ficam instituídos mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 1º)

Art. 2º As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde que, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades, adotarão as providências necessárias à implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e à organização/habilitação e cadastramento dos Centros de Referência que integrarão estas redes. (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 2º)

§ 1º As Redes de que trata o caput deste artigo deverão ser integradas por: (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 2º, § 1º)

I - Hospitais Gerais; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 2º, § 1º, I)

II - Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 2º, § 1º, II)

§ 2º Entende-se por Hospital Geral aquele que, embora sem as especificidades assistenciais dos Centros de Referência, seja integrante do Sistema Único de Saúde e tenha condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos para realizar o atendimento geral a pacientes idosos, no nível ambulatorial e de internação hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Entende-se por Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso aquele hospital que, devidamente cadastrado como tal, disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos e adequados para a prestação de assistência à saúde de idosos de forma integral e integrada envolvendo as diversas modalidades assistenciais como a internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar, e tenha capacidade de se constituir em referência para a rede de assistência à saúde dos idosos. (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 2º, § 3º)

Art. 3º Na definição dos quantitativos e distribuição geográfica dos Hospitais/Centros de Referência que integrarão as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal utilizarão os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º)

I - população geral; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, a)

II - população idosa; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, b)

III - necessidades de cobertura assistencial; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, c)

IV - mecanismos de acesso e fluxos de referência e contra-referência; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, d)

V - nível de complexidade dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, e)

VI - série histórica de atendimentos realizados a idosos; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, f)

VII - distribuição geográfica dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, g)

VIII - integração com a rede de atenção básica e programa de saúde da família. (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, h)

§ 1º Não há limitação quantitativa estabelecida para os Hospitais Gerais, sendo que poderão participar da Rede todos aqueles hospitais cadastrados pelo SUS que reúnam as condições necessárias para a assistência geral, hospitalar e ambulatorial, aos pacientes idosos e que sejam capazes, quando necessário, de garantir a referência dos pacientes a Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O quantitativo máximo de Centros de Referência em Assistência a Saúde do Idoso, por estado, encontra-se definido no Anexo 1 do Anexo VII . (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, § 2º)

Art. 4º Uma vez definida a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso, as Secretaria de Saúde estabelecerão os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contra-referência dos pacientes idosos e, ainda, adotarão as providências necessárias para que haja uma articulação assistencial entre a Rede constituída e a rede de atenção básica e o Programa de Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 4º)

Art. 5º A Secretaria de Atenção à Saúde definirá as Normas de Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, as modalidades assistenciais a serem desenvolvidas, a operacionalização e o financiamento dos serviços, bem como adotará as providências necessárias ao fiel cumprimento do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 5º)

Anexo 1 do Anexo VII

QUANTITATIVO DE CENTROS DE REFERÊNCIA POR ESTADO (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Anexo 1)

QUANTITATIVO DE CENTROS DE REFERÊNCIA POR ESTADO

Estado	Quantitativo de Centros
ACRE	01
ALAGOAS	01
AMAPÁ	01
AMAZONAS	01
BAHIA	05
CEARÁ	03
DISTRITO FEDERAL	01
ESPÍRITO SANTO	01
GOIÁS	02
MARANHÃO	02
MATO GROSSO	01
MATO GROSSO DO SUL	01
MINAS GERAIS	08
PARÁ	03
PARAÍBA	01
PARANÁ	04
PERNAMBUCO	03
PIAUÍ	01
RIO DE JANEIRO	07
RIO GRANDE DO NORTE	01
RIO GRANDE DO SUL	05
RONDÔNIA	01
RORAIMA	01
SANTA CATARINA	02
SÃO PAULO	15
SERGIPE	01
TOCANTINS	01
BRASIL	74

Anexo VIII

Redes Estaduais de Assistência a Queimados (Origem: PRT MS/GM 1273/2000)

Art. 1º Ficam criados os mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 1º)

Art. 2º As Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal organizarão suas respectivas Redes Estaduais de Assistência a Queimados que serão integradas por: (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 2º)

I - Hospitais Gerais; e (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 2º, a)

II - Centros de Referência em Assistência a Queimados. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 2º, b)

§ 1º Entende-se por Hospital Geral aquele que, embora não especializado na assistência a queimados, seja cadastrado pelo SUS e tenha condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para realizar o primeiro atendimento, ambulatorial e de internação hospitalar aos pacientes com queimaduras. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Entende-se por Centros de Referência em Assistência a Queimados, aqueles hospitais/serviços, devidamente cadastrados como tal, que, dispondo de um maior nível de complexidade, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos para o atendimento a pacientes com queimaduras, sejam capazes de constituir a referência especializada na rede de assistência a queimados. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 2º, § 2º)

Art. 3º Ficam estabelecidos como critérios a serem utilizados pelas Secretarias de Saúde estaduais e do Distrito Federal na definição do quantitativo de hospitais que integrarão suas Redes os abaixo relacionados: (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º)

I - população; (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º, a)

II - necessidades de cobertura; (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º, b)

III - nível de complexidade dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º, c)

IV - série histórica de atendimentos realizados a queimados; (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º, d)

V - distribuição geográfica dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º, e)

VI - integração com o Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergências. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º, f)

§ 1º No que se refere a Hospitais Gerais, não há limitação quantitativa, podendo participar da Rede todo e qualquer Hospital cadastrado pelo SUS que reúna condições para a realização do primeiro atendimento a queimados, desde que adequadamente organizados de forma a garantir, quando necessária, a referência dos pacientes aos Centros de Referência em Assistência a Queimados. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º, § 1º)

§ 2º No que se refere a Centros de Referência em Assistência a Queimados, seu quantitativo máximo, por estado, é o estabelecido no Anexo 1 do Anexo VIII . (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º, § 2º)

Art. 4º Uma vez definida a Rede Estadual de Assistência a Queimados, as Secretarias estabelecerão, também, os fluxos e mecanismos de referência e contra referência dos pacientes com queimaduras. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 4º)

Art. 5º Ficam aprovadas, na forma do Anexo 2 do Anexo VIII , as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência a Queimados-Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 5º)

§ 1º Estados que eventualmente não disponham de pelo menos um serviço capaz de cumprir as Normas de que trata este artigo poderão solicitar, em caráter transitório, até a plena habilitação de seus serviços, o cadastramento de 01 (um) Centro de Referência em Assistência a Queimados - Intermediário. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O Centro de Referência em Assistência a Queimados - Intermediário, de que trata o § 1º, deverá cumprir, no mínimo, as Normas para Cadastramento de Centro de Referência em Assistência a Queimados - Intermediário estabelecidas no Anexo 2 do Anexo VIII . (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 5º, § 2º)

§ 3º Somente poderá ser cadastrado como Centro de Referência a Queimados - Intermediário aquele serviço que, cumprindo as normas fixadas no § 2°, esteja instalado em hospital cadastrado no Sistema de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências e classificado como de tipo 1, II ou RI. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 5º, § 3º)

Art. 6º Ao enviarem ao Ministério da Saúde as solicitações de cadastramento de Centros de Referência, os estados o farão num único processo contendo a totalidade dos Centros a serem cadastrados, já devidamente integrados na Rede Estadual de Referência em Assistência a Queimados, ao Sistema Estadual em Atendimento de Urgência e Emergências e definidos os fluxos, referências e contra referências dos pacientes. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 6º)

Art. 7º Os Centros de Referência em Assistência a Queimados serão vistoriados e avaliados, no mínimo, anualmente pela autoridade sanitária competente. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 7º)

Art. 8º É obrigatório o preenchimento, pelos Centros cadastrados, do Relatório de Avaliação e Acompanhamento de Centro de Referência em Assistência a Queimados, constante do Anexo 3 do Anexo VIII . (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 8º)

§ 1º Este Relatório tem por objetivo a formação de um banco de dados que permita a avaliação e acompanhamento, por Centro e em conjunto, da assistência prestada no país a pacientes com queimaduras, sendo acessível a qualquer profissional de saúde, hospital ou sociedade profissional envolvida com o assunto, preservados os aspectos éticos. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O Relatório será preenchido anualmente pelo Responsável Técnico do Centro, em conformidade com as Instruções de Preenchimento constantes do Anexo 4 do Anexo VIII , sendo que o primeiro a ser apresentado envolverá os atendimentos realizados entre a data do cadastramento do Centro e o dia 31 de dezembro de 2001 e os subsequentes, no período de janeiro a dezembro de cada ano. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 8º, § 2º)

§ 3º O Relatório, devidamente preenchido em 02 (duas) vias, deverá ser enviado, anualmente, até 30 (trinta) dias após o término do ano a que se referir, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 8º, § 3º)

I - 1ª Via - ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 8º, § 3º, a)

II - 2ª Via - à Secretaria da Saúde do estado ou do Distrito Federal sob cuja gestão esteja o Centro. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 8º, § 3º, b)

§ 4º O não envio do Relatório de que trata o este artigo implicará no descadastramento do Centro. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 8º, § 4º)

Art. 9º As Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal adotarão as providências necessárias ao cumprimento das normas contidas neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 9º)

Art. 10. A Secretaria de Atenção à Saúde adotará as medidas necessárias à implementação do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 10)

Anexo 1 do Anexo VIII

QUANTITATIVO MÁXIMO DE CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS POR ESTADO DA FEDERAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Anexo 1)

Quantitativo máximo de Centros de Referência em Assistência a Queimados por estado da Federação

UF	Nº de Centros
São Paulo	14
Minas Gerais	7
Rio de Janeiro	5
Bahia	5
Rio Grande do Sul	4
Paraná	4
Pernambuco	3
Ceará	3
Pará	2
Santa Catarina	2
Goiás	2
Maranhão	2
Piauí	1
Amazonas	1
Mato Grosso	1
Mato Grosso do Sul	1
Distrito Federal	1
Sergipe	1
Tocantins	1
Paraíba	1
Espírito Santo	1
Alagoas	1
Rio Grande do Norte	1
Rondônia	1
Acre	1
Amapá	1
Roraima	1
TOTAL	68

Anexo 2 do Anexo VIII

NORMAS PARA CADASTRAMENTO DE CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Anexo 2)

NORMAS PARA CADASTRAMENTO DE CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS

As presentes Normas Gerais são válidas para cadastramento de Centros de Referência em Assistência a Queimados - Alta Complexidade e Centros de Referência em Assistência a Queimados - Intermediário.

1.1 - Processo de Cadastramento:

1.1.1 - A abertura de qualquer Centro de Referência em Assistência a Queimados deverá ser precedida de consulta ao gestor do SUS, de nível local ou estadual, sobre as normas vigentes, a necessidade de sua criação e a possibilidade de cadastramento do mesmo, sem a qual o SUS não se obriga ao cadastramento;

1.1.2 - Uma vez confirmada a necessidade de criação do Centro, a solicitação de cadastramento deverá ser formalizada junto à Secretaria Estadual de Saúde, do Distrito Federal ou Municipal, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite, que se encarregará da avaliação inicial das condições de funcionamento do Serviço, por meio de vistoria in loco, da emissão de laudo conclusivo a respeito do cadastramento. No caso da formalização de solicitação de cadastramento ser feita em município em Gestão Plena do Sistema Municipal, o processo deverá conter, além do parecer do gestor municipal, o parecer da Secretaria Estadual de Saúde, que será responsável pela integração do novo Serviço na rede de referência estadual;

1.1.3 - Revogado pela PRT/GM 598/2006.

1.1.4 - Revogado pela PRT/GM 598/2006.

1.2 - Exigências Gerais para Cadastramento:

1.2.1 - Participação nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência:

Para ser cadastrado como Centro de Referência em Assistência a Queimados - Alta Complexidade, o serviço deverá estar integrado e/ou instalado em Hospital classificado como de tipo I, II, ou III no Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência.

Para ser cadastrado como Centro de Referência em Assistência a Queimados - Intermediário, o serviço deverá estar instalado em Hospital classificado no Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência.

1.2.2 - Número de Leitos:

O Centro de Referência em Assistência a Queimados - Alta Complexidade ou Intermediário deverá situar-se em área física específica, com atendimento nos níveis de urgência/emergência, ambulatorial e internação hospitalar. Esta área deverá estar inserida ou interrelacionada com Hospital Geral ou ser integrante de Hospital especializado na assistência a queimados, devendo contar com no mínimo 08 e no máximo 20 leitos. Serão permitidos, no máximo, 06 leitos para a Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras - no caso de Centro de Referência em Assistência a Queimados - Alta Complexidade.

Obs.1: Serviços já existentes e em funcionamento que tenham mais do que 20 leitos, terão seu cadastramento analisado em separado. Neste caso, sua estrutura física, de pessoal, materiais e equipamentos deverá ser proporcional ao número de leitos existentes, tomando-se como parâmetro as exigências para 20 leitos. Serão cadastrados, no máximo, 06 leitos para a Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras;

Obs. 2: Não serão cadastrados serviços novos com menos de 08 e mais de 20 leitos.

1.2.3 - Área Física:

1.2.3.1 - Legislação:

As áreas físicas dos Centros deverão se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham a substituir ou complementar, a saber:

a. Portaria GM/MS n° 1884, de II de novembro de 1994 - Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde;

b. Resolução n° 05, de 05 de agosto de 1993, do CONAMA - Conselho Nacional de Meio Ambiente.

1.2.3.2 - Instalações Físicas:

A área física deverá contar com as seguintes instalações:

a - sala de recepção e espera;

b - secretaria;

c - copa;

d - sanitários para paciente ambulatoriais;

e - sala para atendimento de urgência/emergência, com área mínima de 10 m^2, com sanitário, chuveiro, tanque de inox e lavabo para a equipe de saúde;

f - vestiário de enfermagem com sanitário e chuveiro, separados por sexo;

g - sala para conforto médico, com sanitário;

h - posto de enfermagem;

i - sala de serviço;

j - sala para guarda de material e equipamentos;

l - sala de utilidades/expurgo;

m - almoxarifado, com armário chaveado para guarda de psicotrópicos;

n - salas de cirurgia com lavabo e vestiário, com área mínima de 14 m^2;

o - quartos com no máximo 02 leitos, lavabo para a equipe de saúde, sanitário e chuveiro;

p - enfermarias pediátricas com no máximo 04 leitos, com banheiro e/ou bancada em aço inox para higienização;

q - rouparia;

r - sala para recreação, com área mínima de 15 m^2;

s - quarto do médico plantonista, com sanitário e chuveiro;

t - consultório médico;

1.2.3.3 - Pronto Atendimento:

As instalações físicas do pronto atendimento deverão contar com:

a - carrinho de emergência com tábua para massagem cardíaca externa;

b - monitor cardíaco/desfibrilador;

e - ambús com máscara (adulto/pediátrico);

d - laringoscópios com fibra ótica, com lâminas retas/curvas, tamanhos P/M/G;

e - cânulas de traqueostomia e de entubação endotraqueal, com ou sem cuff, com numerações diversas;

f - cânulas de guedel, tamanhos P/M/G;

g- umidificadores para oxigênio;

h - medicamentos de urgência;

i- conjunto para nebulização (traquéia/máscara);

j - aspirador elétrico à vácuo, portátil;

k - divã clínico;

l- escada com dois degraus;

m - cadeira de rodas;

n - suporte para soro;

o - caixa com instrumental para pequenas cirurgias, curativos e enxertia/debridamento;

p - bandejas para passagem de catéter venoso central e cateterismo vesical;

1.2.4 - Rotinas de Funcionamento e Atendimento

Os Centros deverão possuir Rotinas de Funcionamento e Atendimento escritas, atualizadas a cada quatro anos e assinadas pelo responsável técnico pelo serviço, contemplando, no mínimo, os seguintes itens:

a - procedimentos médico-cirúrgicos;

b - procedimentos de enfermagem;

e - rotinas de suporte nutricional;

d - condutas terapêuticas;

e - rotina de controle de infecção;

f - ficha própria para descrição de ato cirúrgico;

g - manutenção preventiva de equipamentos.

1.2.5 - Registro de Pacientes:

O Centro deve possuir um prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico.

Informações Mínimas do Prontuário:

- Identificação do paciente;
- Histórico clínico;
- Agente etiológico da queimadura;
- Extensão total (percentual) da queimadura;
- Pencentual da área corporal com queimaduras de 2° e 3º graus;
- Número de debridamentos (quando for o caso);
- Número de enxertias (quando for o caso);
- Número de curativos;
- Descrição do ato cirúrgico (quando for o caso);
- Condições na alta hospitalar.

1.2.6 - Relatório de Avaliação e Acompanhamento:

É obrigatório o preenchimento, pelos Centros cadastrados, e seu envio anual à Coordenação de Sistemas de Alta Complexidade do Ministério da Saúde e à Secretaria de Saúde sob cuja gestão esteja, do Relatório de Avaliação e Acompanhamento de Centro de Referência em Assistência a Queimados, constante do Anexo IV desta Portaria.

1.2.7 - Manutenção do Cadastramento

A manutenção do cadastramento estará vinculada a:

a - Cumprimento pelo Centro das normas estabelecidas nesta Portaria;

b - Preenchimento e envio, era tempo hábil, dos Relatórios anuais estabelecidos no artigo 8° da presente Portaria;

c - Avaliação dos Relatórios anuais;

d - Avaliação do Centro realizada por meio de vistoria anual da autoridade sanitária competente;

e - Avaliação de funcionamento dos serviços por meio da realização de auditorias periódicas pela Secretaria de Saúde sob cuja gestão esteja o Centro.

2 - NORMAS ESPECÍFICAS PARA CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS - ALTA COMPLEXIDADE

São exigências de funcionamento para um Centro de Referência em Assistência a Queimados - Alta Complexidade, com no mínimo 08 e no máximo 20 leitos:

2.1 - Recursos Humanos:

O quadro de recursos humanos deve ser composto por:

a - 01 Responsável Técnico e Administrativo do Centro de Referência, em Assistência a Queimados - Alta Complexidade - o responsável deverá ser Cirurgião Plástico, com carga horária de 40 horas semanais, com título de especialista em Cirurgia Plástica reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, ou Certificado de Residência Médica em Cirurgia Plástica reconhecido pelo MEC;

b - 01 Responsável Técnico e Administrativo pelo Serviço de Enfermagem do Centro de Referência em Assistência a Queimados - Alta Complexidade - o responsável deverá ser Enfermeiro, com carga horária de 40 horas semanais;

c - 01 Cirurgião Plástico em regime de plantão nas 24 horas do dia (pode ser o cirurgião plástico do serviço de urgência/emergência - se houver);

d - 01 Médico Intensivista (pode ser o médico da Unidade de Tratamento Intensivo, classificada como tipo II ou ID), em regime de plantão nas 24 horas do dia;

e - 01 Médico Intensivista Pediátrico pode ser o médico da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica, classificada como tipo II ou III) em regime de plantão nas 24 horas do dia, se o Centro prestar atendimento pediátrico;

f - 01 Anestesista em regime de plantão nas 24 horas do dia (pode ser o anestesista de plantão do serviço de urgência/emergência);

g - 01 Enfermeiro, por turno de trabalho (exclusivo da unidade de internação de queimados);

h - 01 Cirurgião Plástico diarista por turno de trabalho;

i- 01 Clínico Geral diarista por turno de trabalho;

j - 01 Pediatra diarista por turno de trabalho, se o Centro prestar atendimento pediátrico;

k - 01 Fisioterapeuta diarista por turno de trabalho;

l - 01 Nutricionista;

m - 01 Auxiliar/Técnico de Enfermagem para cada 02 leitos ou fração, nos turnos manhã e tarde, na enfermaria de queimados;

n - 01 Auxiliar/Técnico de Enfermagem para cada 04 leitos ou fração, no turno da noite, na enfermaria de queimados;

o - 01 Auxiliar Administrativo.

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

2.2 - Instalações Físicas:

2.2.1 - A área física deverá contar, além do disposto nas Normas Gerais, de:

a - Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras, com no máximo 6 leitos (9 m²/leito);

b - expurgo específico da Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras;

e - posto de enfermagem, com sala de serviço, específico da Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras;

d - sanitário e chuveiro para adultos e crianças, específico da Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras.

2.2.2. - No Pronto-Atendimento deverá contar com o seguinte:

a - Tanque de inox, com dimensões aproximadas de 70 cm de altura, 90 em de comprimento e 50 cm de largura.

2.3 - Materiais, Equipamentos e Instrumental Cirúrgico:

Os Centros, de acordo com suas unidades específicas, deverão contar com o seguinte:

2.3.1 - Unidade Ambulatorial:

a - divã clínico;

b - escada com dois degraus;

e - estetoscópio;

d - esfigmomanômetro;

e - maca com grade;

f - mesa auxiliar (60x40x90 cm), com rodízios;

g - comadre/papagaio;

h - suporte para soro;

i - mesa;

j - cadeiras;

l - cadeira de rodas.

2.3.2 - Unidade de Internação:

a - camas de recuperação com grades;

b - mesas de cabeceira;

e - escadas com dois degraus;

d - mesas para refeições;

e - arcos de proteção;

f - mesas auxiliares com rodízios (40x60x90 cm), para procedimentos;

g - suportes para soro;

h - estetoscópio e esfigmomanômetro/leito;

i - comadre/papagaio/leito;

j - aspirador elétrico à vácuo, portátil;

l - caixa com instrumental para pequenas cirurgias, curativos e enxertia/debridamento;

m - bandejas para passagem de catéter venoso central e cateterismo vesical;

n - nebulizadores;

o - conjunto de inaladores;

p - berços;

q - mesas e cadeiras infantis, de material lavável;

r - bebê conforto;

s - balança pediátrica;

t - balança antropométrica;

u - cadeira para banho/leito.

2.3.3 - Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras (máximo de 06 leitos):

2.3.3.1 - Para cada Leito:

a - estetoscópio e esfignomanômetro;

b - cama de recuperação;

e - escada com dois degraus;

d - suporte para soro;

e - mesa para refeições;

f - mesa auxiliar com rodízios (40x60x90 cm);

g - oxímetro de pulso;

h - monitor de pressão arterial não-invasivo;

i - monitor de temperatura (vesical, esofágico e retal);

j - 2 bombas de infusão;

l - ventilômetro;

m - ventilador volumétrico (adulto);

n - ventilador pediátrico (fluxo/tempo/volume);

o - arco de proteção;

p - umidificador para oxigênio;

q - conjunto de inalador e nebulizadores;

r - comadre/papagaio;

s - bandeja inox;

t - cuba rim;

u - cúpula;

v - bacia inox;

x - jarra inox.

2.3.3.2 - Para cada 02 leitos:

a - capnógrafo;

b - laringoscópio com fibra ótica;

c - aquecedor à seco para fluidos.

2.3.3.3 - Para cada 04 leitos:

a - desfibrilador - cardioversor;

b - eletrocardiógrafo;

e - equipamento para monitorização hemodinâmica invasiva;

d - carrinho de emergência;

e - oto-oftalmoscópio;

f - aspirador elétrico à vácuo portátil.

2.3.4 - Centro-Cirúrgico:

a - 1 foco cirúrgico;

b - 1 mesa cirúrgica;

c - 2 unidades de anestesia;

d - 2 laringoscópios com fibra ótica;

e - 2 dematos elétricos;

f - 2 mesh skin graft - expansores de pele;

g - 5 facas de Blair adultos;

h - 5 facas de BIair pediátricas;

i - 1 monitor de E.C.G.;

j - 1 capnógrafo;

l - escada com 2 degraus;

m - aspirador elétrico à vácuo portátil;

n - mesa auxiliar com rodízios (40x60x90 cm).

2.3.5 - Instrumental cirúrgico para curativos, pequena cirurgia e enxertia /desbridamento:

a - 40 caixas de instrumental para curativo.

b - 10 caixas de instrumental para pequena cirurgia.

c - 10 caixas de instrumental para enxertia/desbridamento.

2.4 -. Recursos Diagnósticos:

O Centro deve contar em sua própria estrutura, nas 24 horas do dia, com:

2.4.1 - Laboratório de Patologia Clínica, no qual se realizem exames nas áreas de:

a - bioquímica;

b - hematologia;

c - microbiologia;

d - gasometria;

e - líquidos orgânicos, inclusive líquor.

Obs.: O laboratório deve possuir certificado de controle de qualidade.

2.4.2.- Unidade de Imagenologia, equipada com

a - Raios-X;

b - Raios-X portátil;

c - Ultrassonografia;

d - Tomografia Computadorizada;

e - Ressonância Magnética;.

Obs.: Os exames de Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatório-hospitalar do Centro.

Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS n° 494, de 26 de agosto de 1999.

2.4.3 - Unidade de Anatomia Patológica, na qual se realizem exames nas áreas de:

a - citologia;

b - histologia;

Obs.: A unidade de Anatomia Patológica deve participar de programa de avaliação de qualidade.

2.4.4 - Endoscopia Digestiva e Fibrobroncoscopia:

Estes procedimentos poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatório-hospitalar do Centro. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS n° 494, de 26 de agosto de 1999.

2.5 - - Hemoterapia:

O Centro deve contar com Banco de Sangue nas 24 horas do dia, próprio ou por meio de "acesso" (Portaria SAS n° 494, de 26 de agosto de 1999) e Unidade Transfusfonal instalada em sua própria estrutura física.

3 - NORMAS ESPECÍFICAS PARA CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS - INTERMEDIÁRIO

São exigências de funcionamento para um Centro de Referência em Assistência a Queimados - Intermediário, com, no mínimo, 08 e, no máximo, 20 leitos:

3.1 - Recursos Humanos:

O quadro de recursos humanos deve ser composto por:

a - 01 Responsável Técnico e Administrativo - o responsável deverá ser Médico, com carga horária de 40 horas semanais,

b - 01 Responsável Técnico e Administrativo pelo Serviço de Enfermagem - o responsável deverá ser Enfermeiro, com carga horária de 40 horas semanais;

c - 01 Cirurgião Plástico alcançavel nas 24 horas do dia;

d - 01 Médico Intensivista, em regime de plantão nas 24 horas do dia;

e - 01 Médico Intensivista Pediátrico, em regime de plantão nas 24 horas do dia, se o Centro prestar atendimento pediátrico;

f - 01 Anestesista em regime de plantão nas 24 horas do dia;

g - 01 Enfermeiro, por turno de trabalho;

h - 01 Clínico Geral diarista por turno de trabalho;

i - 01 Pediatra diarista por turno de trabalho, se o Centro prestar atendimento pediátrico;

j - 01 Fisioterapeuta diarista por turno de trabalho;

k - 01 Psicólogo;

l - 01 Assistente Social;

m - 01 Nutricionista;

n - 01 Farmacêutico;

o - 01 Auxiliar/Técnico de Enfermagem para cada 04 leitos ou fração, por turno de trabalho, na enfermaria e ambulatório;

p - 01 Auxiliar Administrativo.

3.2 - Instalações Físicas:

3.2.1: Pronto Atendimento:

O pronto atendimento deverá contar com o seguinte:

a - Tanque de inox, com dimensões aproximadas de 70 cm de altura, 90 cm de comprimento e 50 cm de largura.

3.2.2 - Unidade de Internação:

a - camas de recuperação com grades;

b - mesas de cabeceira;

c - escadas com dois degraus;

d - mesas para refeições;

e - arcos de proteção;

f - mesas auxiliares com rodízios (40x60x90 cm), para procedimentos;

g - suportes para soro;

h - estetoscópio e esfigmomanômetro/leito;

i - comadre/papagaio/leito;

j - aspirador elétrico à vácuo, portátil;

l - caixa com instrumental para pequenas cirurgias, curativos e enxertia/debridamento;

m - bandejas para passagem de catéter venoso central e cateterismo vesical;

n - nebulizadores;

o - conjunto de inaladores;

p - berços;

q - mesas e cadeiras infantis, de material lavável;

r - bebê conforto;

s - balança pediátrica;

t - balança antropométrica;

u - cadeira para banho/leito.

3.2.3 - Centro-Cirúrgico:

a - 1 foco cirúrgico;

b - 1 mesa cirúrgica;

c - 2 unidades de anestesia;

d - 2 laringoscópios com fibra ótica;

e - 2 dematos elétricos;

f - 2 mesh skin graft - expansores de pele;

g - 5 lacas de Blair adultos;

h - 5 facas de Blair pediátricas;

i - 1 monitor de E.C.G.;

j - 1 capnógrafo;

l - escada com 2 degraus;

m - aspirador elétrico à vácuo portátil;

n - mesa auxiliar com rodízios (40x60x90 cm).

3.2.4 - Instrumental cirúrgico para curativos, pequena cirurgia e enxertia /desbridamento:

a - 40 caixas de instrumental para curativo.

b - 10 caixas de instrumental para pequena cirurgia.

c - 10 caixas de instrumental para enxertia/desbridamento.

3.3 - Recursos Diagnósticos:

O Centro deve contar em Própria estrutura, nas 24 horas do dia, com:

3.3.1 - Laboratório de Patologia Clínica, no qual se realizem exames nas áreas de:

a - bioquímica;

b - hematologia;

c - microbiologia;

d - gasometria;

e - líquidos orgânicos, inclusive líquor.

Obs.: O laboratório deve possuir certificado de controle de qualidade.

3.3.2.- Unidade de Imagenologia, equipada com:

a - Raios-X;

b - Raios-X portátil;

c - Ultrassonografla;

d - Tomografia Computadorizada;

e - Ressonância Magnética;.

Obs.: Os exames de Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatório-hospitalar do Centro.

Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS n° 494, de.26.de agosto de 1999.

3.3.3 - Unidade de Anatomia Patológica, na qual se realizem exames nas áreas de:

a - citologia;

b - histologia;

Obs.: A unidade de Anatomia Patológica deve participar de programa de avaiiãção de qualidade.

3.3.4 - Endoscopia Digestiva e Fibrobroncoscopia:

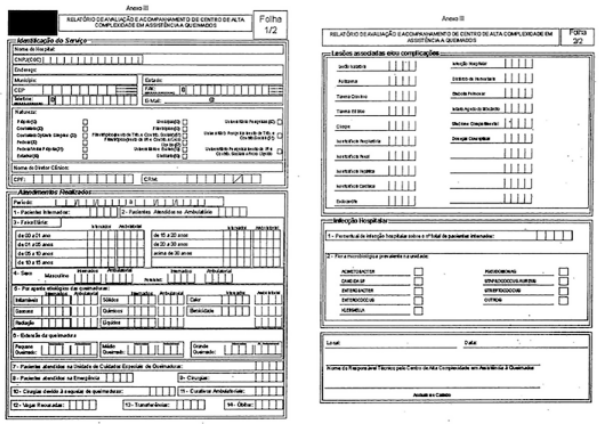
Estes procedimentos poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatório-hospitalar do Centro. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS n° 494, de 26 de agosto de 1999.

3.4 - Hemoterapia:

O Centro deve contar com Banco de Sangue nas 24 horas do dia, próprio ou por meio de "acesso" (Portaria SAS n° 494, de 26 de agosto de 1999) e Unidade Transfusional instalada em sua própria estrutura física.

Anexo 3 do Anexo VIII

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Anexo 3)



Anexo 4 do Anexo VIII

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Anexo 4)

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS

- INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO -

O Relatório de Avaliação e Acompanhamento de Centro de Referência em Assistência a Queimados tem por objetivo a formação de um banco de dados que permita uma análise qualitativa e quantitativa, por Centro e em conjunto, da assistência prestada no país a pacientes com queimaduras. Este banco de dados estará disponível e acessível a qualquer profissional de saúde, hospital ou sociedade profissional envolvida com o assunto, preservados os aspectos éticos.

A análise dos dados obtidos permitirá, aos órgãos governamentais e à própria sociedade médica, um melhor planejamento das ações na área, a orientação de investimentos além de subsidiar a realização de estudos científicos e assistenciais.

Como as informações contidas neste Relatório serão digitadas e arquivadas de modo informatizado, é imprescindível que o formulário seja preenchido com letra de forma legível, assinado pelo Responsável Técnico e carimbado.

Os dados a serem cadastrados no Relatório foram agrupados em 04 itens a saber: Identificação do Serviço, Atendimentos Realizados, Lesões Associadas e/ou Complicações e Infecção Hospitalar.

É fundamental que o formulário seja preenchido corretamente, refletindo as informações contidas nos prontuários dos pacientes atendidos. As informações são de caráter geral, devendo quantificar de maneira global às atendimentos realizados no ano, por item de informação. O primeiro Relatório a ser apresentado deverá conter as informações relativas aos atendimentos realizados no período compreendido entre a data do cadastramento do Centro e o dia 31 de dezembro de 2000. Os Relatórios subseqüentes envolverão os atendimentos realizados no período de janeiro a dezembro de cada ano.

Cada Relatório deverá ser enviado até 30 dias após o final do ano a que o mesmo se referir.

I - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO:

a - Nome do Hospital: nome completo da razão social- do Hospital, sem abreviaturas.

b - CNPJ (antigo CGC): depois de certificar-se de que se trata do número correto, escreva-o na linha correspondente;

c - Endereço: rua e complementos da localização do Hospital;

d - CEP: código do endereçamento postal, com 08 dígitos, correspondente ao endereço sede do Hospital;

e - Município: cidade onde se localiza o Hospital;

f - Estado: unidade da federação onde se localiza o Hospital;

g - Telefone: número do telefone do Hospital - os 05 (cinco) campos iniciais são destinados ao DDD e prestadora, e os demais para o número do telefone propriamente dito;

h - FAX: idem;

i - E-mail: endereço eletrônico do Hospital;

j - Natureza: assinalar com um xis (X) o campo correspondente à alternativa que melhor caracterize a natureza do Hospital, de acordo com seu cadastro no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema único de Saúde - SIH/SUS;

k - Nome do Diretor Clínico: nome completo, sem abreviaturas, do Diretor Clínico do Hospital onde estiver instalado o Centro;

l - CPF: número de inscrição do Diretor Clínico no cadastro de pessoas físicas

m - CRM - número de inscrição do Diretor Clínico no Conselho Regional de Medicina, identificando a unidade da federação.

II - ATENDIMENTOS REALIZADOS:

Estas informações dizem respeito aos quantitativos globais de atendimentos realizados pelo Centro, no período informado, tanto no nível ambulatorial quanto hospitalar, exclusivamente em pacientes com queimaduras.

Período: informar o período a que se refere o Relatório;

- Pacientes Internados: informar o número total de pacientes atendidos em regime de internação hospitalar, no período compreendido;

2 - Pacientes atendidos no Ambulatório: informar o quantitativo de pacientes atendidos no ambulatório, oriundos da internação hospitalar, do serviço de emergência e aqueles atendidos exclusivamente em nível ambulatorial;

3 - Faixa Etária: informar, separadamente, o quantitativo de pacientes internados e atendidos no ambulatório, por agrupamento de faixa etária;

4 - Sexo: informar, separadamente, o quantitativo de pacientes internados e atendidos no ambulatório, por sexo;

5 - Agente Etiológico: informar, separadamente, o quantitativo de pacientes internados e atendidos no ambulatório, por agente etiológico da queimadura;

6 - Extensão da Queimadura: informar, separadamente, o quantitativo de pacientes internados e -atendidos no ambulatório, por extensão da queimadura;

7 - Pacientes atendidos na Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras: informar o quantitativo de pacientes que, durante a internação hospitalar, foram atendidos na UCEQ;

8 - Pacientes Atendidos na Emergência: informar o quantitativo de pacientes atendidos no Serviço de Urgência/Emergência do Centro;

9 - Cirurgias: informar quantitativo de cirurgias realizadas em pacientes com queimaduras;

10 - Cirurgias devido a sequelas de queimaduras: informar o quantitativo de cirurgias realizadas em pacientes com queimaduras, exclusivamente, em decorrência de sequelas de queimaduras;

11 - Curativos Ambulatoriais: informar o quantitativo de curativos realizados no ambulatório e no Serviço de Urgência/Emergência;

12 - Vagas Recusadas: informar o quantitativo de pacientes cuja internação foi recusada em função da indisponibilidade de leitos;

13 - Transferências: informar o quantitativo de pacientes transferidos para atendimento em outros serviços, oriundos da internação, ambulatório ou urgência do Centro;

14 - Óbitos: informar quantitativo de óbitos verificados no Centro, de pacientes internados e admitidos no Serviço de Urgência/Emergência.

III - LESÕES ASSOCIADAS E/OU COMPLICAÇÕES:

Estas informações dizem respeito ao quantitativo de pacientes atendidos (em regime de internação hospitalar) que apresentaram lesões associadas às queimaduras e/ou complicações delas decorrentes.

Informar, nos campos correspondentes, o quantitativo total de pacientes que apresentaram as respectivas lesões associadas às queimaduras dou complicações delas decorrentes. Na hipótese de não haver pacientes atendidos com uma determinada lesão associada e/ou preencher os campos correspondentes com quatro zeros (0000).

IV - INFECÇÃO HOSPITALAR:

Estas informações dizem respeito à ocorrência de infecção hospitalar no Centro, com o percentual de pacientes por ela acometidos em relação ao número total de pacientes com queimaduras internados e a flora microbiológica prevalente na unidade.

1 - Percentual de infecção Hospitalar: informar o percentual de infecção hospitalar sobre o número total de pacientes com queimaduras internados no Centro;

2 - Flora Microbiológica Prevalente na Unidade: informar os três microorganismos de maior prevalência no Centro, em ordem crescente de ocorrência.

Exemplo: Se o microorganismo que ocorre em maior freqüência no Centro for o Acinetobacter, assinalar no campo a ele correspondente o número "1", se o segundo microorganismo de maior freqüência for o Stafilococcus Aureus, assinalá-lo com o número "2" e assim por diante.

Local: informar o nome do município em que está localizado o Centro;

Data: informar a data - dia/mês/ano em que foi preenchido o Relatório;

Nome do Responsável Técnico pelo Centro de Referência em Assistência a Queimados: informar o nome completo, sem abreviaturas, do Responsável Técnico pelo Centro;

Assinatura e carimbo: o Responsável Técnico deverá assinar neste campo e apor seu carimbo de identificação.

Anexo IX

Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (Origem: PRT MS/GM 936/2004)

Art. 1º Fica aprovada a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, com o objetivo de articular a gestão e as ações da Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, com os Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde Estaduais e Municipais e do Distrito Federal, com instituições acadêmicas e organizações não governamentais conveniadas com o Ministério da Saúde e outras iniciativas dos Municípios e Estados que contribuam para o desenvolvimento do Plano Nacional de Prevenção da Violência. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 1º)

Art. 2º A Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde será constituída pela Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, pelos Núcleos Estaduais e Municipais, por organizações sociais e instituições acadêmicas conveniadas com o Ministério da Saúde e Municípios e Estados com iniciativas que contribuam para o desenvolvimento do Plano Nacional de Prevenção da Violência. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 2º)

Art. 3º A Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde terá como objetivos: (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 3º)

I - promover a articulação da gestão de conhecimento no desenvolvimento de pesquisas, formulação de indicadores, disseminação de conhecimentos e práticas bem-sucedidas, criativas e inovadoras nacionais, regionais e locais; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 3º, I)

II - implementar a troca de experiências de gestão e formulações de políticas públicas intersetorias e intra-setoriais; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 3º, II)

III - fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e segmentos populacionais sob risco; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 3º, III)

IV - intercambiar as formas de participação da sociedade civil, organizações não-governamentais e comunidades no desenvolvimento do plano nas várias esferas de gestão; e (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 3º, IV)

V - acompanhar o desenvolvimento das ações do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde nas várias esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 3º, V)

Art. 4º São atribuições dos componentes da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde de que trata este Anexo: (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º)

I - Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I)

a) implementar, em parceria com as esferas de gestão do SUS e instituições acadêmicas, o Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde a partir dos propósitos e diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, a)

b) assessorar tecnicamente e estimular os estados e municípios para o trabalho de prevenção da violência e promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, b)

c) incentivar o desenvolvimento de núcleos estaduais e municipais de prevenção da violência e promoção da saúde de acordo com critérios epidemiológicos e prioridades sociais; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, c)

d) identificar e apoiar estudos, pesquisas e ações em instituições acadêmicas e organizações sociais de relevância nacional, de interesse para o desenvolvimento do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, d)

e) garantir o funcionamento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, e)

f) promover e participar de políticas e ações intersetoriais, no âmbito do Governo Federal, e de redes sociais que tenham como objetivo a prevenção da violência e a promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, f)

g) qualificar a gestão do SUS para o trabalho de prevenção da violência e promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, g)

h) articular as ações de prevenção da violência no âmbito do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, h)

i) assessorar políticas, programas e ações de capacitação, pesquisa e atenção, relacionados com o tema da violência no âmbito do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, i)

j) monitorar e avaliar o desenvolvimento dos planos estaduais e municipais de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, j)

k) implantar e implementar a notificação de violências interpessoais e autoprovocadas em conformidade com a legislação em vigor e as diretrizes da Secretaria de Vigilância em Saúde, possibilitando melhoria da qualidade da informação e participação nas redes internacionais, nacionais, estaduais e municipais de atenção integral para populações estratégicas em situação ou risco para a violência; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, l)

l) garantir a gestão participativa da sociedade civil, organizações não governamentais e movimentos sociais no desenvolvimento do plano nacional de prevenção da violência; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, m)

m) assessorar o Ministério da Saúde nas demandas relacionadas com o tema da violência junto aos organismos internacionais; e (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, n)

n) apoiar e desenvolver ações de prevenção da violência e promoção da saúde, articuladas às políticas de integração regional, prioritariamente nos Municípios de fronteiras. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, o)

II - Núcleos Estaduais: (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II)

a) elaborar o Plano Estadual de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II, a)

b) qualificar a gestão para o trabalho de prevenção da violência e promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II, b)

c) promover e participar de políticas e ações intersetoriais e de redes sociais que tenham como objetivo a prevenção da violência e a promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II, c)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300277

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

d) assessorar, qualificar e articular em rede as ações de prevenção da violência e promoção da saúde desenvolvidas pelos núcleos dos Municípios de sua região; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II, d)

e) garantir a implantação e implementação da notificação de violências interpessoais e autoprovocadas, possibilitando a melhoria da qualidade da informação e participação nas redes estaduais e nacional de atenção integral para populações estratégicas; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II, e)

f) acompanhar e monitorar o desenvolvimento dos planos municipais de Prevenção da Violência e promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II, f)

g) estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas estratégicas; e (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II, g)

h) articular as redes de capacitação em parceria com os pólos de educação permanente loco-regionais. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II, h)

III - Núcleos Municipais: (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, III)

a) Elaborar o Plano Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, III, a)

b) Promover e participar de políticas e ações intersetoriais e de redes sociais que tenham como objetivo a prevenção da violência e a promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, III, b)

c) Qualificar e articular a rede de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde para segmentos populacionais mais vulneráveis; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, III, c)

d) Garantir a implantação e implementação da notificação de violências interpessoais e autoprovocadas, possibilitando melhoria da qualidade da informação e participação nas redes locais de atenção integral para populações estratégicas; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, III, d)

e) Estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas estratégicas; e (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, III, e)

f) Capacitar os profissionais, movimentos e conselhos sociais para o trabalho de prevenção da violência em parceria com os pólos de educação permanente loco-regionais. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, III, f)

IV - Núcleos nas Instituições Acadêmicas: (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV)

a) elaborar o Plano Institucional de Apoio à Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, a)

b) desenvolver indicadores para sistematização de monitoramento das ações do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, b)

c) assessorar tecnicamente as coordenações dos níveis federal, estadual e municipal no desenvolvimento dos referidos planos de prevenção à violência e promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, c)

d) apoiar a elaboração, edição e distribuição de publicações referentes ao tema específico; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, d)

e) apoiar a elaboração e execução de eventos técnicos voltados às questões sobre violências e outras causas externas; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, e)

f) desenvolver o espaço eletrônico para favorecimento da comunicação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, f)

g) desenvolver metodologias de comunicação para apoio à prevenção da violência e promoção da saúde em mídia eletrônica, impressa e rádios comunitárias; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, g)

h) desenvolver tecnologias de apoio à implantação e implementação da notificação de violências interpessoais e autoprovocadas em conformidade com a legislação em vigor, possibilitando a melhoria da qualidade da informação e participação nas redes internacionais, nacionais, estaduais e municipais de atenção integral para populações estratégicas em situação ou risco para a violência; e (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, h)

i) desenvolver metodologias de avaliação sistematizada dos planos federal, estadual e municipal de prevenção à violência e promoção da saúde. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, i)

Art. 5º Ficam determinados os seguintes critérios para a escolha dos Estados e Municípios onde serão implantados os núcleos: (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 5º)

I - Municípios acima de 100.000 habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 5º, I)

II - Estados com mais de um Município com núcleo implantado. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 5º, II)

Art. 6º As instituições acadêmicas a serem conveniadas serão escolhidas em função dos critérios de representação regional e experiência reconhecida no desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias de interesse na implementação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 6º)

Anexo X

Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) (Origem: PRT MS/GM 1679/2002)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), a ser desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 1º)

Parágrafo Único. Deverá ser constituída, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão Nacional de Implantação e de Acompanhamento da RENAST, composta por integrantes da Secretaria de Vigilância em Saúde e da Secretaria de Atenção à Saúde e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal devem elaborar o Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, conformando a rede estadual de atenção integral à saúde do trabalhador, em consonância com as diretrizes da regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, da criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e da atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 2º)

Parágrafo Único. As diretrizes para a elaboração do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador estão definidas no Anexo 1 do Anexo X . (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 3º Para a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, serão organizadas e implantadas: (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 3º)

I - Ações na rede de Atenção Básica e no Programa de Saúde da Família (PSF). (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 3º, I)

II - Rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 3º, II)

III - Ações na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 3º, III)

Art. 4º As Equipes da Atenção Básica e do Programa de Saúde da Família serão capacitadas para a execução de ações em saúde do trabalhador, cujas atribuições serão estabelecidas em ato específico do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 4º)

Art. 5º As Secretarias de Saúde Estaduais e do Distrito Federal e as Secretarias Municipais de Saúde definirão, de forma pactuada e de acordo com o Plano Diretor de Regionalização, os serviços ambulatoriais e hospitalares envolvidos na implementação de ações em saúde do trabalhador, cujas atribuições devem estar em concordância com as diretrizes do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, definidas no Anexo 1 do Anexo X . (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 5º)

Art. 6º Em cada estado, serão organizados dois tipos de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST): Centro de Referência Estadual, de abrangência estadual e Centro de Referência Regional, de abrangência regional, definidos por ordem crescente de complexidade e distinção de atribuições descritas no Anexo 2 do Anexo X . (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 6º)

Parágrafo Único. Os CERESTs Estaduais e Regionais deverão estar integrados entre si e com as referências em saúde do trabalhador desenvolvidas na rede ambulatorial e hospitalar, compatibilizando um Sistema de Informação Integrado, a implementação conjunta dos Projetos Estruturadores, a execução do Projeto de Capacitação, a elaboração de material institucional e comunicação permanente, de modo a constituir um sistema em rede nacional. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 7º O controle social da RENAST - por meio da participação das organizações de trabalhadores urbanos e rurais - se dará por intermédio das instâncias de controle social do SUS, conforme estabelecido na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 7º)

Art. 8º Os Centros de Referência Estaduais, em número de 27, localizados em cada capital dos respectivos Estados e do Distrito Federal e os Centros de Referência Regionais, em número de 103, localizados nos municípios-pólo, sedes de regionais de saúde do trabalhador, definidos no Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, serão ainda classificados de acordo com o seu porte, em modalidades diferenciadas, obedecendo à seguinte distribuição quantitativa, conforme se mostra na Tabela 1 e 2 do Anexo 3 do Anexo X : (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 8º, Parágrafo Único)

I - Centro Estadual a - (8) - capitais com até 500 mil habitantes (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 8º, Parágrafo Único, I)

II - Centro Estadual b - (7) - capitais com até 1 milhão de habitantes. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 8º, Parágrafo Único, II)

III - Centro Estadual c - (12) - capitais com mais de 1 milhão de habitantes. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 8º, Parágrafo Único, III)

IV - Centro Regional a - (51) - região com até 700.000 mil habitantes (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 8º, Parágrafo Único, IV)

V - Centro Regional b - (40) - região com até 1,8 milhões de habitantes. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 8º, Parágrafo Único, V)

VI - Centro Regional c - (12) - região com mais de 1,8 milhões de habitantes (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 8º, Parágrafo Único, VI)

Art. 9º Os CERESTs existentes, assim como os novos, serão cadastrados e habilitados, de acordo com Normas estabelecidas em ato específico da Secretaria de Atenção à Saúde/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 9º)

Art. 10. Os procedimentos realizados pelos CERESTs serão informados e notificados por meio do subsistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 12)

§ 1º Os gestores deverão alimentar, mensalmente, com as respectivas informações, o Banco de Dados Nacional do SIA/SUS. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 12, § 1º)

§ 2º A não alimentação do Banco de Dados Nacional implicará na suspensão dos repasses de recursos financeiros. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 12, § 2º)

Art. 11. A inclusão de serviços e procedimentos em saúde do trabalhador no subsistema APAC/SIA será objeto de Portaria específica da Secretaria de Atenção à Saúde/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 16)

Art. 12. As secretarias de saúde dos municípios, estados e do DF adotarão as providências necessárias ao cumprimento das normas contidas neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 17)

Art. 13. A Secretaria de Atenção à Saúde adotará as providências necessárias ao cumprimento do disposto neste Anexo, procedendo a sua respectiva regulamentação. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 18)

CAPÍTULO II

DAS DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS

Art. 14. Este Capítulo dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que deverá ser implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o envolvimento de órgãos de outros setores dessas esferas, executores de ações relacionadas com a Saúde do Trabalhador, além de instituições colaboradoras nessa área. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º)

§ 1º As ações em Saúde do Trabalhador deverão ser desenvolvidas, de forma descentralizada e hierarquizada, em todos os níveis de atenção do SUS, incluindo as de promoção, preventivas, curativas e de reabilitação. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A RENAST integra a rede de serviços do SUS, voltados à promoção, à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 2º)

§ 3º A implementação da RENAST dar-se-á do seguinte modo: (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 3º)

I - estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 3º, I)

II - inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade; (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 3º, II)

III - implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 3º, III)

IV - instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador; e (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 3º, IV)

V - caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 3º, V)

§ 4º A orientação para o desenvolvimento da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador está estabelecida nos Anexos 5, 6, 7 e 8 do Anexo X . (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 4º)

Art. 15. Os Municípios Sentinela serão definidos a partir de dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos, que indiquem fatores de riscos significativos à saúde do trabalhador, oriundos de processos de trabalho em seus territórios. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 2º)

§ 1º Os Municípios Sentinela devem desenvolver políticas de promoção da saúde, de forma a garantir o acesso do trabalhador às ações integradas de vigilância e de assistência, em todos os níveis de atenção do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os critérios de definição dos Municípios Sentinela serão objeto de ato normativo do Ministério da Saúde, a ser expedido após pactuação por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 2º, § 2º)

Art. 16. Compete à Secretaria de Vigilância em Saúde a gestão federal da RENAST, com a participação dos níveis estadual, distrital e municipal de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 3º)

Art. 17. Compete à Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde a coordenação técnica da RENAST. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 4º)

Art. 18. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios devem adotar as providências necessárias à implementação de ações em Saúde do Trabalhador, em todos os níveis da atenção da rede pública de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 5º)

Parágrafo Único. Deverão ser consideradas como estratégias de cumprimento do disposto neste artigo a criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e a atualização dos critérios de habilitação e certificação dos serviços e atividades que vierem a integrá-lo, bem como as diretrizes operacionais contidas nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 19. As ações em Saúde do Trabalhador deverão estar inseridas expressamente nos Planos de Saúde nacional, estaduais, distrital e municipais e nas respectivas Programações Anuais. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 6º)

Parágrafo Único. Deverão ser consideradas nos Planos de Saúde e nas respectivas Programações Anuais, na forma do caput, ações e indicadores para: (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 6º, Parágrafo Único)

I - organização de ações de atenção integral à saúde do trabalhador, compreendendo promoção, vigilância, atenção básica e serviços de média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, I)

II - inserção das ações de atenção integral à saúde do trabalhador nas redes de atenção à saúde locais e regionais; (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, II)

III - qualificação em Saúde do Trabalhador, incluindo diretrizes de formação para representantes do controle social, como por exemplo, representantes de Conselhos de Saúde, sindicatos de trabalhadores e outros; e (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, III)

IV - promoção da Saúde do Trabalhador por meio de articulação intra e intersetorial. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, IV)

Art. 20. O CEREST tem por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 7º)

§ 1º Poderão ser implantados CERESTs, de abrangência estadual, regional e municipal. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 7º, § 1º)

§ 2º A implantação de CERESTs de abrangência municipal está condicionada a uma população superior a 500 mil habitantes. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 7º, § 2º)

§ 3º Os CERESTs habilitados de abrangência regional somente poderão alterar sua área de abrangência mediante prévia aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 7º, § 3º)

§ 4º Os CERESTs não poderão assumir as funções ou atribuições correspondentes aos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) ou similar, tanto do setor público quanto do privado. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 7º, § 4º)

Art. 21. O controle social nos serviços que compõem a RENAST, com a participação de organizações de trabalhadores e empregadores, dar-se-á por intermédio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, previstos na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, bem como por meio das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) vinculadas aos respectivos Conselhos. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 8º)

Art. 22. Após o cumprimento dos procedimentos para habilitação dos novos CERESTs, de acordo com a Portaria nº 598 GM/MS, de 23 de março de 2006, será encaminhada à SVS, por meio de ofício do Gestor, cópia da publicação da resolução da CIB que aprovou a implantação do CEREST. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 9º)

§ 1º A implantação do serviço deverá ser atestada pelo gestor estadual do SUS, por meio de visita técnica, pela inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e pela alimentação do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), no prazo de noventa 90 (noventa) dias após o recebimento do recurso. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 9º, § 1º)

§ 2º No Distrito Federal, a implantação do serviço deverá ser atestada pelo gestor distrital do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 9º, § 2º)

Art. 23. Caberá à SVS publicar portaria constando os CEREST que foram habilitados. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 12)

Art. 24. Verificado o descumprimento do prazo para implantação do CEREST, a SVS adotará as seguintes providências: (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 13)

I - oficiará ao gestor do SUS responsável e à CIB, para justificar o fato, no prazo de 30 (trinta) dias do recebimento da correspondência; (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 13, I)

II - manifestará, em 30 (trinta) dias, seu entendimento sobre a justificativa apresentada; (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 13, II)

III - não enviada a justificativa ou não aceita, a SVS solicitará ao Fundo Nacional de Saúde a suspensão do repasse mensal das parcelas subsequentes e comunicará a decisão aos responsáveis; e (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 13, III)

IV - verificada a adequação, serão retomados os repasses. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 13, IV)

Art. 25. A comprovação da aplicação do incentivo e aos repasses mensais deverá constar do Relatório Anual de Gestão, apresentando os resultados na forma da regulamentação específica do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 14)

Art. 26. Os critérios de acompanhamento do funcionamento da RENAST, bem como o fluxo da informação, serão instituídos em ato normativo específico e pactuados na CIT. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 15)

Art. 27. Caberá à Secretaria de Vigilância em Saúde expedir os atos normativos específicos relativos a este Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 16)

Art. 28. As atribuições e a composição de pessoal dos CERESTs serão explicitadas no Manual da RENAST. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 17)

Art. 29. Fica ampliada para 210 (duzentos e dez) a quantidade de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) passíveis de implantação no território nacional. (Origem: PRT MS/GM 2978/2011, Art. 1º)

Art. 30. A distribuição dos CEREST no território nacional passa a vigorar na forma do Anexo 4 do Anexo X . (Origem: PRT MS/GM 2978/2011, Art. 2º)

Anexo 1 do Anexo X

DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Anexo 1)

DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

I. O Plano Estadual de Saúde do Trabalhador deverá ser elaborado pela Coordenação, em conjunto com os CEREST, articulado com o COSEMS e com a participação das instâncias de controle social do SUS.

II.O Plano deverá apresentar as ações assumidas diretamente por cada Estado, segundo as diretrizes apontadas abaixo. Deverá apresentar o conjunto das ações propostas por cada região/microrregião de saúde, que compõe o PDR ou esboço de regionalização de cada estado, denominados aqui de Planos Regionais de Saúde do Trabalhador, que deverão contemplar as ações em saúde do trabalhador desenvolvidas nos diferentes níveis de atenção - da rede básica à alta complexidade - envolvendo os diferentes gestores municipais e regionais, segundo as diretrizes apresentadas abaixo.

III. O Plano deverá estabelecer a distribuição regionalizada dos CEREST, com a indicação das regiões/microrregiões e os municípios-pólo onde estarão sediados.

IV. O Plano deverá conter a indicação, ao nível do Módulo Assistencial, das referências especializadas em saúde do trabalhador.

V. O Plano deverá apresentar a forma como se organiza o controle social do SUS.

Ações de Responsabilidade dos Estados:

Controle da qualidade das ações em saúde do trabalhador desenvolvidas pelos Municípios, conforme mecanismos de avaliação definidos em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde;

Definição, em conjunto com os Municípios, de mecanismos de referência e contra-referência, além de outras medidas para assegurar o desenvolvimento de ações de assistência e vigilância;

Capacitação de recursos humanos para a realização das ações em saúde do trabalhador;

Estabelecimento de rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados sobre saúde do trabalhador, gerados nos Municípios e no seu próprio campo de atuação e, de alimentação regular das bases de dados estaduais e municipais;

Elaboração do perfil epidemiológico da saúde dos trabalhadores no Estado, a partir de fontes de informação existentes e, se necessário, por intermédio de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador;

Prestação de cooperação técnica aos Municípios, para o desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador;

Instituição e manutenção de cadastro atualizado das empresas, classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas no Estado, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para o contingente populacional, direta ou indiretamente a eles expostos;

Promoção de ações em saúde do trabalhador articuladas com outros setores e instituições que possuem interfaces com a Área, tais como a Previdência Social, Ministério do Trabalho e Emprego, Sindicatos, entre outros;

Elaborar e dispor regulamentação e os instrumentos de gestão, no âmbito estadual, necessários para a operacionalização da atenção à Saúde do Trabalhador;

Promoção da pactuação regional das ações de atenção à Saúde do Trabalhador.

Ações de Responsabilidade das Regiões e dos Municípios:

Garantia do atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, dentro dos diversos níveis da atenção, tendo a atenção básica e os serviços de urgência/emergência como portas de entrada no sistema, assegurando todas as condições, quando necessário, para o acesso a serviços de referência;

Implementação da notificação dos agravos à saúde, na rede de atenção do SUS, e os riscos relacionados com o trabalho, alimentando regularmente o sistema de informações dos órgãos e serviços de vigilância, assim como a base de dados de interesse nacional;

Estabelecimento de rotina de sistematização e análise dos dados gerados na assistência à saúde do trabalhador, de modo a orientar as intervenções de vigilância, a organização das ações em saúde do trabalhador, além de subsidiar os programas de capacitação, de acompanhamento e de avaliação;

Implementação da emissão de laudos e relatórios circunstanciados sobre os agravos relacionados com o trabalho ou limitações (seqüelas) dele resultantes;

Criação de mecanismos para o controle da qualidade das ações em saúde do trabalhador desenvolvidas pelos Municípios, conforme procedimentos de avaliação definidos em conjunto com os gestores do SUS;

Instituição e operacionalização das referências em saúde do trabalhador, capazes de dar suporte técnico especializado para o estabelecimento da relação do agravo com o trabalho, a confirmação diagnóstica, o tratamento, a recuperação e a reabilitação da saúde;

Apoio à realização sistemática de ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, compreendendo o levantamento e análise de informações, a inspeção sanitária nos locais de trabalho, a identificação e avaliação de situações de risco, a elaboração de relatórios, a aplicação de procedimentos administrativos e a investigação epidemiológica;

Instituição e manutenção do cadastro atualizado de empresas classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas no Município, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para o contingente populacional direta ou indiretamente a eles expostos;

Promoção de ações em Saúde do Trabalhador articuladas localmente com outros setores e instituições que possuem interfaces com a Área, tais como a Previdência Social, Ministério do Trabalho e Emprego, Sindicatos, entre outros;

Elaboração e disponibilização da regulamentação e dos instrumentos de gestão, no âmbito regional e municipal, necessários à operacionalização da atenção à Saúde do Trabalhador;

Pactuação com os gestores regionais e municipais das ações de atenção integral à Saúde do Trabalhador.

Anexo 2 do Anexo X

ATRIBUIÇÕES E AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Anexo 2)

ATRIBUIÇÕES E AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador devem ser compreendidos como pólos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada subentendida na relação processo de trabalho/processo saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico e científico, deste campo do conhecimento. Suas atividades só fazem sentido se articuladas aos demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda nas suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada. Em nenhuma hipótese, os CEREST poderão assumir atividades que o caracterizem como porta de entrada do sistema de atenção.

Este suporte deve ainda se traduzir pela função de supervisão da rede de serviços do SUS, além de concretizar-se em práticas conjuntas de intervenção especializada, incluindo a vigilância e a formação de recursos humanos.

Estruturação da Assistência de Alta e Média Complexidade:

Os CEREST Estaduais e Regionais desempenharão um papel na execução, organização e estruturação da assistência de média e alta complexidade, relacionados com os problemas e agravos à saúde apresentados abaixo:

Câncer ocupacional
Agravos produzidos pelos campos eletromagnéticos
Problemas de saúde provocados pela radiação ionizante
Transtornos da auto-imunidade
Mutagenicidade e teratogenicidade
Asbestose (exposição ao amianto)
Problemas relacionados com o trabalho em turnos
Alterações neuro-fisiológicas relacionadas ao trabalho
Transtornos mentais condicionados pela organização do trabalho
Agravos produzidos pela exposição ao calor excessivo
Agravos provocados pela exposição a agentes biológicos: vírus, bactérias, fungos entre outros.
Intoxicação crônica por metais pesados
Exposição crônica aos solventes orgânicos
Agravos produzidos por agrotóxicos
Dermatoses ocupacionais
Efeitos auditivos e não auditivos produzidos pelo ruído
Pneumoconioses
LER/DORT

Deve ficar claro que esta relação não contempla o conjunto dos problemas de saúde relacionados ao trabalho. Uma relação mais completa das Doenças Relacionadas ao Trabalho consta da Portaria GM/MS Nº 1339, de 18 de novembro de 1999.

Estruturação do Suporte Técnico e do Processo de Qualificação de Recursos Humanos da rede de serviços do SUS:

Serão criados dois tipos de CEREST - os CEREST Estaduais e Regionais - definidos por ordem crescente de porte, complexidade e de abrangência populacional. As atribuições destes Centros são distintas, conforme se apresenta abaixo:

CEREST Estaduais:

Desenvolver estudos e pesquisas na área de saúde do trabalhador e do meio ambiente, atuando em conjunto com outras unidades e instituições, publicas ou privadas, de ensino e pesquisa ou que atuem em áreas afins à saúde e ao trabalho.

Promover programas de formação, especialização e qualificação de recursos humanos na área de saúde do trabalhador.

Dar suporte técnico para o aperfeiçoamento de práticas assistenciais interdisciplinares em saúde do trabalhador, organizada na forma de projetos de intervenção.

Propor normas relativas a diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos à saúde decorrentes do trabalho; promoção de eventos técnicos, elaboração de protocolos clínicos e manuais.

Atuar em articulação com os Centros de Vigilância Sanitária e Epidemiológica e com unidades e órgãos afins, nas atividades de normatização relativas à prevenção de agravos à saúde decorrentes do trabalho e de vigilância sanitária e epidemiológica em saúde do trabalhador.

Promover, em conjunto com os órgãos competentes dos municípios, a definição de critérios de:

Avaliação para controle da qualidade das ações de saúde do trabalhador desenvolvidas no âmbito municipal;

Referência e contra-referência e outras medidas que assegurem o pleno desenvolvimento das ações de assistência e vigilância em saúde do trabalhador e do meio ambiente;

Cooperação técnica para o desenvolvimento das ações e pesquisas em saúde do trabalhador e do meio ambiente;

Produzir informações para subsidiar proposições de políticas na área de saúde do trabalhador.

Desenvolver programas de educação em saúde sobre questões da relação saúde-trabalho para a população em geral.

Promover o intercâmbio técnico-científico com instituições nacionais, internacionais e estrangeiras.

Em conjunto com os gestores estaduais, coordenar o processo de preparação, organização e operacionalização do Programa Estadual de Qualificação Pessoal em Saúde do Trabalhador, estabelecido nesta portaria.

Em conjunto com os gestores estaduais, coordenar o Programa de Acompanhamento e Avaliação da implantação da RENAST.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300279

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Em conjunto com os gestores estaduais, participar do processo de elaboração, implantação e operacionalização do Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador junto aos municípios, nas diversas regiões do estado.

Prestar suporte técnico para os municípios executarem a pactuação regional, afim de garantir, em toda a área do estado, o atendimento aos casos de doenças relacionadas ao trabalho.

Participar, no âmbito de cada estado, do treinamento e capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da saúde do trabalhador, em todos os níveis de atenção: Vigilância em Saúde, PSF, Unidades Básicas, Ambulatórios, Pronto-Socorros, Hospitais Gerais e Especializados.

CEREST Regionais:

Suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o atendimento, de forma integral e hierarquizada, aos casos suspeitos de Doenças Relacionadas ao Trabalho, para estabelecer a relação causal entre o quadro clínico e o trabalho.

Suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o diagnóstico e o tratamento das Doenças Relacionadas ao Trabalho, o que inclui a realização de exames complementares, podendo incluir vistorias sanitárias aos locais de trabalho.

Suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o registro, notificação e relatórios sobre os casos atendidos e o encaminhamento destas informações aos órgãos competentes visando ações de vigilância e proteção à saúde.

Suporte técnico às ações de vigilância, de média e alta complexidade, a ambientes de trabalho, de forma integrada às equipes e serviços de vigilância municipal e/ou estadual.

Retaguarda técnica aos serviços de vigilância epidemiológica para o processamento e análise de indicadores de agravos à saúde relacionados com o trabalho, em sua área de abrangência.

Ações de promoção à Saúde do Trabalhador, incluindo ações integradas com outros setores e instituições, tais como Ministério do Trabalho, Previdência Social, Ministério Público, entre outros.

Participar, no âmbito do seu território de abrangência, do treinamento e capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da saúde do trabalhador, em todos os níveis de atenção: PSF, Unidades Básicas, Ambulatórios, Pronto-Socorros, Hospitais Gerais e Especializados.

Recursos Humanos dos CEREST - Estadual e Regional:

Os recursos humanos dispostos em cada Equipe dos CEREST deverão ser dimensionados e pactuados na Comissão Intergestores Bipartite, tendo como parâmetros mínimos de composição, considerando carga horária mínima de 20 horas:

Modalidade	Dimensão da Equipe Mínima	Recursos Humanos Mínimos
CEREST Regional a	8	Pelo menos 2 médicos e 1 enfermeiro com formação em saúde do trabalhador, 1 auxiliar de enfermagem, 1 profissional de nível médio (*) e 3 profissionais de nível superior (**).
CEREST Regional b	10	Equipe do CEREST Regional a + 1 profissional de nível superior, 1 profissionais de nível médio.
CEREST Regional c	15	Equipe do CEREST Regional b + 2 profissionais de nível superior, 2 profissionais de nível médio.
CEREST Estadual a	10	2 médicos e 1 enfermeiro com formação em saúde do trabalhador, 1 auxiliar de enfermagem, 3 profissionais de nível médio, 5 profissionais de nível superior.
CEREST Estadual b	15	Equipe do CEREST Estadual a + 2 profissionais de nível médio, 2 profissionais de nível superior.
CEREST Estadual c	20	Equipe do CEREST Estadual b + 2 profissionais de nível médio, 1 profissional de nível superior.

(*) - Profissional de nível médio, com capacitação em saúde do trabalhador: auxiliar de enfermagem, técnico de higiene e segurança do trabalho, auxiliar administrativo, arquivistas.

(**) - Profissional de nível superior, com formação em saúde do trabalhador: médicos generalistas, médico do trabalho, médicos especialistas, sanitaristas, engenheiro, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, sociólogo, ecólogo, biólogo, terapeuta ocupacional, advogado.

Anexo 3 do Anexo X

TABELAS DE DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Anexo 3)

Tabelas de Distribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

Tabela 1 - DISTRIBUIÇÃO CONSOLIDADA DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR - ESTADUAIS E REGIONAIS

Regiões/Estados	População	CEREST Regional a	CEREST Regional b	CEREST Regional c	CEREST Estadual a	CEREST Estadual b	CEREST Estadual c	Total
NORTE	13.504.612	3	1	-	5	-	2	11
Rondônia	1.431.776	-	-	-	1	-	-	1
Acre	586.945	-	-	-	1	-	-	1
Amazonas	2.961.804	-	-	-	-	-	1	1
Roraima	346.866	-	-	-	1	-	-	1
Amapá	516.514	-	-	-	1	-	-	1
Pará	6.453.699	3	1	-	-	-	1	5
Tocantins	1.207.008	-	-	-	1	-	-	1
NORDESTE	48.845.219	15	3	-	1	5	3	27
Maranhão	5.803.283	1	-	-	-	1	-	2
Piauí	2.898.191	-	-	-	-	1	-	1
Ceará	7.654.540	3	-	-	-	-	1	4
R.G. Norte	2.852.800	1	-	-	-	1	-	2
Paraíba	3.494.965	1	-	-	-	1	-	2
Pernambuco	8.084.722	3	1	-	-	-	1	5
Alagoas	2.887.526	-	-	-	-	1	-	1
Sergipe	1.846.042	-	-	-	1	-	-	1
Bahia	13.323.150	6	2	-	-	-	1	9
SUDESTE	74.447.443	20	28	11	1	-	3	63
Espírito Santo	3.201.712	3	-	-	1	-	-	4
Minas Gerais	18.343.518	7	5	-	-	-	1	13
Rio de Janeiro	14.724.479	4	2	4	-	-	1	11
São Paulo	38.177.734	6	21	7	-	-	1	35
SUL	25.734.111	11	7	1	1	-	2	21
Paraná	9.797.965	5	1	-	-	-	1	7
Santa Catarina	5.527.718	1	1	-	1	-	-	3
R.G.do Sul	10.408.428	5	5	1	-	-	1	12
CENTRO-OESTE	12.101.547	3	-	-	-	2	2	7
Mato Grosso	2.000.000	1	-	-	-	1	-	2
M. G. do Sul	2.140.620	-	-	-	-	1	-	1
Goiás	7.000.000	2	-	-	-	-	1	3
Distrito Federal	2.097.447	-	-	-	-	-	1	2
TOTAL	174.632.932	52	39	12	8	7	12	130

Tabela 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS ESTADUAIS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NAS CAPITAIS

Regiões/Estados	Capitais	População	CEREST a	CEREST b	CEREST c	To t a l
NORTE	-	4.008.915	5	-	2	7
Rondônia	Porto Velho	342.264	1	-	-	1
Acre	Rio Branco	261.430	1	-	-	1
Amazonas	Manaus	1.451.958	-	-	1	1
Roraima	Boa Vista	208.514	1	-	-	1
Amapá	Macapá	295.898	1	-	-	1
Pará	Belém	1.304.314	-	-	1	1
Tocantins	Palmas	144.546	1	-	-	1
NORDESTE	Capitais	10.932.137	1	5	3	9
Maranhão	São Luís	889.129	-	1	-	1
Piauí	Teresina	728.881	-	1	-	1
Ceará	Fortaleza	2.183.612	-	-	1	1
R.G. Norte	Natal	722.144	-	1	-	1
Paraíba	João Pessoa	607.441	-	1	-	1
Pernambuco	Recife	1.437.190	-	-	1	1
Alagoas	Maceió	817.444	-	1	-	1
Sergipe	Aracajú	468.297	1	-	-	1
Bahia	Salvador	2.485.702	-	-	1	1
SUDESTE	Capitais	28.163.324	1	-	3	4
Espírito Santo	Vitória	296.012	1	-	-	1
Minas Gerais	Belo Horizonte	2.258.857	-	-	1	1
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	5.897.485	-	-	1	1
São Paulo	São Paulo	10.499.133	-	-	1	1
SUL	Capitais	3.345.933	1	-	2	3
Paraná	Curitiba	1.620.219	-	-	1	1
Santa Catarina	Florianópolis	352.401	1	-	-	1
R.G.do Sul	Porto Alegre	1.373.313	-	-	1	1
CENTRO-OESTE	Capitais	2.283.797	-	2	2	4
Mato Grosso	Cuiabá	492.894	-	1	-	1
M. G. do Sul	Campo Grande	679.281	-	1	-	1
Goiás	Goiânia	1.111.622	-	-	1	1
Distrito Federal	Brasília	2.097.447	-	-	1	1
TOTAL	Capitais	48.734.106	8	7	12	27

Anexo 4 do Anexo X

DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (Origem: PRT MS/GM 2978/2011, Anexo 1)

DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

REGIOES/ESTADOS/DF	Número de novos CEREST	TOTAL
NORTE	2	21
Rondônia	1	3
Acre		1*
Amazonas		3
Roraima	1	3
Amapá		2
Pará		6*
Tocantins		3
NORDESTE	2	58
Maranhão		5
Piauí	1	5
Ceará	1	9
Rio Grande do Norte		4
Paraíba		4
Pernambuco		9
Alagoas		4
Sergipe		3
Bahia		15
SUDESTE	1	83
Espírito Santo		5
Minas Gerais	1	20
Rio de Janeiro		16
São Paulo		42
SUL		29
Paraná		10
Santa Catarina		7
Rio Grande do Sul		12
CENTRO-OESTE	5	19
Mato Grosso	2	5
Mato Grosso do Sul	1	4
Goiás	2	7
Distrito Federal		3
TOTAL	10**	210

(*) Dentro do número de CEREST cuja implantação já estava autorizada desde a Portaria nº 2.728/GM/MS, de 11 de novembro de 2009, o Estado do Acre perde um CEREST passível de implantação, que será recebido pelo Estado do Pará, que passa de 5 para 6 CEREST.

(**) A ampliação por Estados dar-se-á mediante os pleitos pactuado nas CIBs, aprovados pelo Ministério da Saúde, com enfoque nas necessidades de atenção à população do campo e da floresta.

Anexo 5 do Anexo X

FUNÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA GESTÃO DA RENAST (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Anexo 1)

Funções do Ministério da Saúde na gestão da RENAST

O Ministério da Saúde, na gestão nacional da RENAST, deve atuar na definição das diretrizes, na regulação e pactuação das ações e no apoio político, financeiro e técnico, com as seguintes incumbências:

I - elaborar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pactuada pela CIT;

II - coordenar a RENAST com a participação das esferas estaduais e municipais de gestão do SUS;

III - elaboração de projetos de lei e normas técnicas pertinentes à área, com a participação de outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não-governamentais;

IV - inserir as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência, Rede Hospitalar, Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental;

V - assessorar os Estados na realização de ações de alta complexidade, quando solicitados;

VI - definir acordos e cooperação técnica com instituições afins com a Saúde do Trabalhador para capacitação e apoio à pesquisa na área;

VII - definir rede de laboratórios de análises químicas e toxicológicas como referências regionais ou estaduais;

VIII - definir a Rede Sentinela e os Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador no âmbito nacional;

IX - definir o financiamento federal para as ações de Saúde do Trabalhador, garantindo repasses regulares fundo a fundo;

X - realizar estudos e pesquisas definidos a partir de critérios de prioridade, considerando a aplicação estratégica dos recursos e conforme a demanda social; e

XI - promover a articulação intersetorial com os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social, do Meio Ambiente e outros, com vistas a fortalecer o modelo de atenção integral a saúde dos trabalhadores.

Anexo 6 do Anexo X

FUNÇÕES DAS SECRETARIAS DE SAÚDE ESTADUAIS E DO DISTRITO FEDERAL NA GESTÃO DA RENAST (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Anexo 2)

Funções das Secretarias de Saúde Estaduais e do Distrito Federal na gestão da RENAST

As Secretarias de Saúde Estaduais e do Distrito Federal devem definir diretrizes, regular e pactuar ações de Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo e, quando necessário, atuar de forma integrada ou complementar aos Municípios e aos serviços de referências regionais, na qualidade de instância gestora, técnica e política da área de saúde do Trabalhador na região, com as seguintes competências:

I - elaborar a Política de Saúde do Trabalhador, definir o financiamento, pactuar n a CIB e submeter à aprovação do Conselho de Saúde, em seu âmbito respectivo;

II - conduzir as negociações nas instâncias do SUS no sentido de inserir as ações e indicadores de Saúde do Trabalhador no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde, bem como seu financiamento no seu âmbito respectivo;

III - contribuir na elaboração de projetos de lei e normas técnicas pertinentes à área, com outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não-governamentais;

IV - inserir as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência e Rede Hospitalar, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;

V - executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental voltadas à Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo;

VI - implementar as ações de atenção de média e alta complexidade, definidas em conjunto com a CIB;

VII - assessorar os CERESTs, os serviços e as instâncias regionais e municipais na realização de ações de Saúde do Trabalhador, no seu âmbito respectivo;

VIII - definir e executar projetos especiais em questões de interesse próprio com repercussão local, em conjunto com as equipes municipais, quando e onde couber;

IX - realizar estudos e pesquisas definidos a partir de critérios de prioridade, considerando a aplicação estratégica dos recursos e conforme a demanda social;

X - articular e capacitar, em parceria com os Municípios e com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, os profissionais de saúde do SUS, em especial as equipes dos centros regionais, da atenção básica e de outras vigilâncias e manter a educação continuada e a supervisão em serviço, respeitadas as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

XI - implementar estratégias de comunicação e de educação permanente em saúde dirigidas à sociedade em geral, aos trabalhadores e a seus representantes, aos profissionais de saúde e às autoridades públicas;

XII - estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo, entre outros, exames radiológicos, de anatomia patológica, de patologia clínica, de toxicologia e retaguarda de reabilitação;

XIII - estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a rede de laboratórios de análises para avaliações de amostras de contaminantes ambientais e produtos de interesse à Saúde do Trabalhador;

XIV - pactuar na CIB a Rede Sentinela e os Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo;

XV - propor as linhas de cuidado para todos os agravos de notificação compulsória dispostos na Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004, a ser seguidas para a atenção integral dos trabalhadores usuários do SUS, a ser aprovada pela CIB;

XVI - propor os fluxos de referência e contra-referência de cada linha de cuidado de atenção integral à Saúde do Trabalhador, a ser aprovado na CIB;

XVII - propor normas relativas a diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos à saúde decorrentes do trabalho, a ser aprovada na CIB; e

XVIII - participar nas instâncias de definições políticas de desenvolvimento econômico e social junto às demais Secretarias do Estado e Distrito Federal.

Anexo 7 do Anexo X

FUNÇÕES DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE NA GESTÃO DA RENAST (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Anexo 3)

Funções das Secretarias Municipais de Saúde na gestão da RENAST

As Secretarias Municipais de Saúde devem definir diretrizes, regular, pactuar e executar as ações de Saúde do Trabalhador no âmbito do respectivo Município, de forma pactuada regionalmente, com as seguintes competências:

I - realizar a pactuação, o planejamento e a hierarquização de suas ações, que devem ser organizadas em seu território a partir da identificação de problemas e prioridades, e incluídas no Plano Municipal de Saúde;

II - atuar e orientar no desenvolvimento de protocolos de investigação e de pesquisa clínica e de intervenção, juntamente ou não, com as universidades ou órgãos governamentais locais ou da rede do SUS;

III - articular com outros Municípios quando da identificação de problemas e prioridades comuns;

IV - informar a sociedade, em especial os trabalhadores, as CIPAs e os respectivos sindicatos sobre os riscos e danos à saúde no exercício da atividade laborativa e nos ambientes de trabalho;

V - capacitar, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e com os CERESTs, os profissionais e as equipes de saúde para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para o diagnóstico dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, respeitadas as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

VI - inserir as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência e Rede Hospitalar, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;

VII - executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental;

VIII - definir a Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador no âmbito do Município;

IX - tornar público o desenvolvimento e os resultados das ações de vigilância em Saúde do Trabalhador, sobretudo as inspeções sanitárias nos ambientes de trabalho e sobre os processos produtivos para garantir a transparência na condução dos processos administrativos no âmbito do direito sanitário;

X - estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo, entre outros, exames radiológicos, de anatomia patológica, de patologia clínica, de toxicologia e retaguarda de reabilitação;

XI - propor os fluxos de referência e contrarreferência de cada linha de cuidado de atenção integral à Saúde do Trabalhador, a ser aprovado no nível municipal;

XII - realizar estudos e pesquisas definidos a partir de critérios de prioridade, considerando a aplicação estratégica dos recursos e conforme a demanda social; e

XIII - participar nas instâncias de definições políticas de desenvolvimento econômico e social junto às demais Secretarias do Município.

Anexo 8 do Anexo X

DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Anexo 4)

DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

REGIOES/ESTADOS/DF	Número de novos CEREST	TOTAL
NORTE	2	21
Rondônia	1	3
Acre		1*
Amazonas		3
Roraima	1	3
Amapá		2
Pará		6*
Tocantins		3
NORDESTE	2	58
Maranhão		5
Piauí	1	5
Ceará	1	9
Rio Grande do Norte		4
Paraíba		4
Pernambuco		9
Alagoas		4
Sergipe		3
Bahia		15
SUDESTE	1	83
Espírito Santo		5
Minas Gerais	1	20
Rio de Janeiro		16
São Paulo		42
SUL		29
Paraná		10
Santa Catarina		7
Rio Grande do Sul		12
CENTRO-OESTE	5	19
Mato Grosso	2	5
Mato Grosso do Sul	1	4
Goiás	2	7
Distrito Federal		3
TOTAL	10**	210

(*) Dentro do número de CEREST cuja implantação já estava autorizada desde a Portaria nº 2.728/GM/MS, de 11 de novembro de 2009, o Estado do Acre perde um CEREST passível de implantação, que será recebido pelo Estado do Pará, que passa de 5 para 6 CEREST.

(**) A ampliação por Estados dar-se-á mediante os pleitos pactuado nas CIBs, aprovados pelo Ministério da Saúde, com enfoque nas necessidades de atenção à população do campo e da floresta.

Anexo XI

Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos (REBRACIM) (Origem: PRT MS/GM 2647/2013)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 2647/2013, CAPÍTULO I)

Art. 1º Fica instituída a Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos (REBRACIM). (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 1º)

Art. 2º A REBRACIM é uma rede de centros colaboradores no País voltada para execução de serviços e atividades direcionadas à produção e à difusão de informação sobre medicamentos, visando ao uso racional dessas tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º)

Parágrafo Único. Para os fins deste Anexo, entende-se por informação sobre medicamento a provisão de informação imparcial, bem referenciada e criticamente avaliada sobre qualquer aspecto referente aos medicamentos, considerando-se: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - indicação de uso; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - posologia; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

III - administração ou modo de uso; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, III)

IV - farmacologia geral; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, IV)

V - farmacocinética e farmacodinâmica; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, V)

VI - reconstituição, diluição e estabilidade e compatibilidade físico-química; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, VI)

VII - reações adversas; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, VII)

VIII - interações medicamentosas e alimentares; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, VIII)

IX - teratogenicidade; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, IX)

X - farmacoterapia de eleição; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, X)

XI - conservação e armazenamento; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, XI)

XII - toxicologia; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, XII)

XIII - disponibilidade no mercado; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, XIII)

XIV - farmacotécnica; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, XIV)

XV - legislação; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, XV)

XVI - eficácia; e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, XVI)

XVII - segurança, tais como precauções, contraindicações, reações adversas e erros de medicação. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, XVII)

Art. 3º A REBRACIM adotará os princípios da Política Nacional de Medicamentos e da Assistência Farmacêutica, visando à promoção do uso racional de medicamentos entre profissionais de saúde e usuários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 3º)

Art. 4º São objetivos da REBRACIM: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º)

I - prestar informações sobre medicamentos aos profissionais de saúde, usuários e gestores do SUS, como forma de subsidiar, tecnicamente, o processo de atenção à saúde prestada ao paciente, aumentando a segurança e a qualidade do serviço; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, I)

II - subsidiar as Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT) dos serviços de saúde municipais, distrital e estaduais nas demandas de informação sobre medicamentos para elaboração das respectivas relações de medicamentos essenciais, formulários terapêuticos e protocolos clínicos, além de dar suporte à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) no que se refere à seleção de informação para subsidiar as suas decisões; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, II)

III - produzir, divulgar e disseminar materiais informativos sobre medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, III)

IV - promover a educação continuada de profissionais de saúde acerca da informação sobre medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, IV)

V - trabalhar de forma articulada com as Instituições de Ensino Superior para formação de profissionais para o serviço de informação sobre medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, V)

VI - fortalecer a temática da informação sobre medicamentos para o uso racional nos currículos de graduação e pós-graduação da área de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, VI)

VII - promover a articulação intersetorial para o fomento de projetos de pesquisa em estudos de utilização de medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, VII)

VIII - contribuir com o Sistema Nacional de Farmacovigilância e com o Programa Nacional de Segurança do Paciente no tocante à segurança na utilização de medicamentos; e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, VIII)

IX - fomentar a participação da sociedade nas ações de vigilância e atenção à saúde, voltadas para a informação sobre medicamentos, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular e à mobilização social. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, IX)

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 2647/2013, CAPÍTULO II)

Art. 5º A REBRACIM é uma iniciativa de caráter técnico científico, com natureza e fins não lucrativos, dedicada à promoção do uso racional de medicamentos, constituída pelos Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos em funcionamento no Brasil. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 5º)

Art. 6º A REBRACIM será composta por: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 6º)

I - Comitê Gestor; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 6º, I)

II - Grupos Executivos; e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 6º, II)

III - Secretaria Técnica. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 6º, III)

Seção I

Do Comitê Gestor

(Origem: PRT MS/GM 2647/2013, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 7º O Comitê Gestor da REBRACIM é constituído por um representante de cada um dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º)

I - do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º, I)

a) DAF/SCTIE/MS, que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º, I, a)

b) Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º, I, b)

c) Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SCTIE/MS). (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º, I, c)

II - Comitê Nacional Para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos (CNPURM); e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º, II)

III - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º, III)

§ 1º Cada representante titular terá um suplente, que o substituirá em seus impedimentos eventuais ou permanentes. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades ao Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde no prazo de 15 (quinze) dias contado da data de publicação da Portaria nº 2647/GM/MS, de 04 de novembro de 2013. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º, § 2º)

Art. 8º Fica assegurada a participação no Comitê Gestor da REBRACIM de um representante das seguintes entidades e instâncias: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º)

I - Unidade de Medicamentos e Tecnologia da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS); (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, I)

II - Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico (ABENFAR); (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, II)

III - Associação Brasileira de Centros de Informação Toxicológica (ABRACIT); (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, III)

IV - Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH); (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, IV)

V - Conselho Federal de Farmácia (CFF); e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, V)

VI - Coordenação dos Grupos Executivos da REBRACIM. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, VI)

§ 1º Cada representante titular terá um suplente, que o substituirá em seus impedimentos eventuais ou permanentes. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, § 1º)

§ 2º A participação de cada uma das entidades e instâncias de que trata o "caput" será formalizada após resposta a convite a eles encaminhado pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, § 2º)

§ 3º Os representantes titulares e suplentes das entidades de que tratam os incisos I a V do "caput" serão indicados pelos seus dirigentes máximos ao Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde no prazo de 15 (quinze) dias contado do recebimento do respectivo convite. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, § 3º)

§ 4º Os representantes da Coordenação dos Grupos Executivos da REBRACIM serão definidos nos termos do regimento interno da REBRACIM. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, § 4º)

Art. 9º Ao Comitê Gestor da REBRACIM compete: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 9º)

I - elaborar e propor alterações do regimento interno da REBRACIM; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 9º, I)

II - estabelecer eixos prioritários relacionados à promoção do uso racional de medicamentos, que apoiem a implementação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 9º, II)

III - planejar as ações e atividades da REBRACIM; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 9º, III)

IV - elaborar o plano de trabalho anual da REBRACIM; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 9º, IV)

V - apoiar a produção e a disseminação de material técnico e educativo sobre o uso racional de medicamentos no âmbito do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 9º, V)

VI - propor a criação de Grupos Executivos, além dos já definidos neste Anexo, e de Grupos de Trabalho sempre que necessários ao cumprimento das finalidades da REBRACIM. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 9º, VI)

Art. 10. O Comitê Gestor da REBRACIM poderá convidar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 10)

Seção II

Dos Grupos Executivos

(Origem: PRT MS/GM 2647/2013, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 11. A REBRACIM é composta pelos seguintes Grupos Executivos, de caráter permanente: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 11)

I - Grupo Executivo de Gestão da informação; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 11, I)

II - Grupo Executivo de Educação para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos; e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 11, II)

III - Grupo Executivo de Ensino e Pesquisa. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 11, III)

§ 1º Os objetivos, metas, representantes e os coordenadores dos Grupos Executivos de que trata o "caput" serão definidos no regimento interno da REBRACIM. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 11, § 1º)

§ 2º O Comitê Gestor poderá propor ao Ministro de Estado da Saúde, após aprovação pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, a criação de Grupos Executivos de caráter temporário e Grupos de Trabalho, sempre que necessário ao cumprimento das finalidades da REBRACIM. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 11, § 2º)

Seção III

Da Secretaria Técnica

(Origem: PRT MS/GM 2647/2013, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 12. O DAF/SCTIE/MS exercerá a função de Secretaria Técnica da REBRACIM, com as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 12)

I - apoiar as atividades dos Grupos Executivos e Grupos de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 12, I)

II - praticar os atos de gestão administrativa necessários ao desenvolvimento das atividades da REBRACIM; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 12, II)

III - sistematizar as informações relativas às atividades da REBRACIM; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 12, III)

IV - gerenciar o endereço eletrônico da REBRACIM e demais meios de comunicação da rede; e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 12, IV)

V - promover o apoio técnico aos Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos, assegurando a qualidade dos serviços. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 12, V)

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 2647/2013, CAPÍTULO III)

Art. 13. As funções exercidas pelos membros e participantes da REBRACIM não serão remuneradas e serão consideradas de relevante interesse público. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 13)

Art. 14. As despesas decorrentes do disposto neste Anexo correrão à conta das dotações orçamentárias da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 14)

Art. 15. A REBRACIM será composta inicialmente pelos membros descritos no Anexo 1 do Anexo XI . (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 15)

Art. 16. As regras de organização e funcionamento da REBRACIM serão definidas em regimento interno, a ser elaborado pelo Comitê Gestor no prazo de 180 (cento e oitenta) dias contado da data de publicação da Portaria nº 2647/GM/MS, de 04 de novembro de 2013. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 16)

Parágrafo Único. A proposta de regimento interno e suas alterações serão submetidas à aprovação e à edição pelo Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 16, Parágrafo Único)

Art. 17. A inclusão e permanência de membros na REBRACIM dependerá do atendimento de critérios a serem estabelecidos no seu regimento interno. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 17)

Anexo 1 do Anexo XI

INSTITUIÇÕES INTEGRANTES DA REDE BRASILEIRA DE CENTROS E SERVIÇOS DE INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS (REBRACIM) (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Anexo 1)

INSTITUIÇÕES INTEGRANTES DA REDE BRASILEIRA DE CENTROS E SERVIÇOS DE INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS (REBRACIM)

1. Centro de Informações sobre Medicamentos do Hospital de Clinicas de Porto Alegre (RS);

2. Centro de Informações sobre Medicamentos do Rio Grande do Sul;

3. Centro de Informações sobre Medicamentos da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (RS);

4. Centro de Informação sobre Medicamentos do Complexo- Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia (UFBA);

5. Centro de Informação sobre Medicamentos da Bahia da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia;

6. Centro de Informação de Medicamentos do Conselho Regional de Farmácia da Bahia;

7. Centro de Informação de Medicamentos da Paraíba do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (UFPB);

8. Centro de Informações de Medicamentos da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)/Fundação Assistencial da Paraíba;

9. Centro de Informações sobre Medicamentos do Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal em Mato Grosso (UFMT);

10. Serviço de Informação e Segurança de Medicamentos do Hospital Israelita Albert Einstein;

11. Centro de Informações sobre Medicamentos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SP);

12. Centro de Informações sobre medicamentos da Universidade Paranaense (UNIPAR) / Instituto Nossa Senhora Aparecida;

13. Centro Regional de Informação de Medicamentos da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ);

14. Centro de Apoio a Terapia Racional pela Informação de Medicamentos da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal Fluminense (UFF);

15. Centro de Informação sobre Medicamentos do Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará (UFC);

16. Centro de Informação sobre Medicamentos da Prefeitura de Fortaleza (CE);

17. Centro de Estudos e Informação sobre Medicamentos da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará;

18. Serviço de Informações de Medicamentos da Amazônia do Centro Universitário do Pará (CESUPA);

19. Centro Brasileiro de Informação sobre Medicamentos do Conselho Federal de Farmácia (CFF);

20. Serviço de Informações sobre Medicamentos do Hospital Universitário de Brasília da Universidade de Brasília (UnB); >

21. Centro de Estudos do Medicamento da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG);

22. Centro de Informações sobre Medicamentos do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU);

23. Centro de Informações sobre Medicamentos de Santa Catarina da Universidade Vale do Itajaí (UNIVALI); e

24. Centro de Informação sobre Medicamentos do Conselho Regional de Farmácia do Paraná.

Anexo XII

Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RETSUS) (Origem: PRT MS/GM 2970/2009)

Art. 1º Ficam instituídos a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RETSUS), com os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 1º)

I - compartilhar informações e conhecimentos; (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 1º, I)

II - buscar soluções para problemas de interesse comum; (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 1º, II)

III - difundir metodologias e outros recursos tecnológicos destinados à melhoria das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica, tendo em vista a implementação de políticas de educação profissional em saúde, prioritariamente para os trabalhadores do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 1º, III)

IV - promover a articulação das instituições de educação profissional em saúde no país, para ampliar sua capacidade de atuação em sintonia com as necessidades ou demandas do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 1º, IV)

Art. 2º Compõem a Rede de Escolas Técnicas do SUS as instituições relacionadas no Anexo 1 do Anexo XII - Quadro das Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS, que têm as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º)

I - Quanto à gestão: (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, I)

a) descentralização curricular (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, I, a)

b) processo administrativo centralizado (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, I, b)

c) atuação multiprofissional (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, I, c)

II - Quanto ao modelo pedagógico: (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, II)

a) eixo metodológico que contemple a integração ensino-serviço: (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, II, a)

b) adequação do currículo ao contexto regional (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, II, b)

c) utilização pedagógica dos espaços de trabalho (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, II, c)

d) avaliação de desempenho com supervisão e acompanhamento pedagógico (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, II, d)

e) docência exercida no campo de trabalho por profissional de nível superior qualificado pedagogicamente (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, II, e)

f) princípios e diretrizes do SUS como norteadores dos planos de cursos. (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, II, f)

Parágrafo Único. Poderão ser admitidas, na RETSUS, outras instituições públicas formadoras, mediante aprovação da Comissão Intergestores Bipartite, obedecendo aos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - ser pública, (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - estar vinculada à gestão do SUS, seja com vínculo direto com a SES ou a SMS ou cogestão; (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

III - ser legalmente criada, o que deve ser comprovado mediante lei ou decreto de criação da escola; (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, Parágrafo Único, III)

IV - estar autorizada pelo sistema formal de ensino, o que deve ser comprovado mediante resolução do Conselho Estadual de Educação. Para se manter na Rede, a escola deverá também apresentar ato de reconhecimento, de acordo com a periodicidade determinada pela Legislação Educacional Estadual, (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, Parágrafo Único, IV)

V - ser referendada pelo CGR ou CIB, segundo área de abrangência, devendo ser comprovada em ata que indique suas fontes de financiamento, (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, Parágrafo Único, V)

VI - ter como eixo orientador do projeto político-pedagógico os princípios do SUS, tomando por base a integração ensino-serviço-comunidade; (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, Parágrafo Único, VI)

VII - comprovar, pelo Regimento Interno, possuir as características inerentes às Escolas Técnicas do SUS - ETSUS. (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, Parágrafo Único, VII)

Art. 3º O funcionamento da RETSUS contará com a seguinte estrutura: (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º)

I - Comissão Geral de Coordenação que fará a condução político-administrativa da RETSUS, inclusive com a aprovação e o acompanhamento de seu Plano de Trabalho Anual; e (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, I)

II - Secretaria Técnica, indicada pela Comissão Geral de Coordenação, fará o apoio técnico e administrativo para o funcionamento da RETSUS, inclusive para a elaboração e implementação de seu Plano Anual de Trabalho. (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, II)

§ 1º A Comissão Geral de Coordenação da RETSUS será constituída por um representante, titular e suplente, dos seguintes órgãos e instituições: (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, § 1º)

I - Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS); (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, § 1º, I)

II - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, § 1º, II)

III - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, § 1º, III)

IV - Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS/Representação do Brasil, e, (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, § 1º, IV)

V - Representante das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) de cada uma das cinco regiões brasileiras; (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, § 1º, V)

§ 2º A Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde do DEGES/SGTES/MS coordenará a Comissão Geral de Coordenação da RETSUS. (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, § 2º)

Art. 4º O Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde do DEGES/SGTES/MS, bem como os Estados e os Municípios que possuem ETSUS na sua estrutura organizacional, apoiarão a RETSUS com recursos técnicos e financeiros necessários para a efetiva execução do Plano de Trabalho Anual. (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 4º)

Parágrafo Único. A OPAS contribuirá para a execução do Plano de Trabalho acima referido, conforme o estabelecido na programação de cooperação técnica da Representação do Brasil. (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 4º, Parágrafo Único)

Anexo 1 do Anexo XII

QUADRO DAS ESCOLAS TÉCNICAS E CENTROS FORMADORES DO SUS (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Anexo 1)

Quadro das Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS.

AC Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha

AL Escola Técnica de Saúde Profª Valéria Hora

AM Escola de Formação Profissional Enfermeira Sanitarista Francisca Saavedra

BA Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis

CE Escola de Saúde Pública do Ceará

CE Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia;

CE Escola de Saúde Pública de Iguatú

DF Escola Técnica de Saúde de Brasília

ES Núcleo de Educação e Formação em Saúde

ES Escola Técnica Professora Ângela Maria Campos da Silva

GO Centro de Educação Profissional de Saúde do Estado de Goiás

MA Escola Técnica do SUS Drª Maria Nazareth Ramos de Neiva

MG Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

MG Escola Técnica de Saúde da Unimontes

MS Escola Técnica do SUS Profª Ena de Araújo Galvão

MT Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso

PA Escola Técnica do SUS

PB Centro Formador de Recursos Humanos

PE Escola Técnica de Saúde Pública de Pernambuco

PI Centro Estadual de Educação Profissional em Saúde Monsenhor José Luiz Barbosa Cortez

PR Centro Formador de RH Caetano Munhoz da Rocha

RJ Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos

RJ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

RN Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr Manoel da Costa Souza

RO Centro de Educação Técnico-Profissional da Área de Saúde de Rondônia

RR Escola Técnica de Saúde do SUS em Roraima

RS Escola Estadual de Educação Profissional em Saúde do Rio Grande do Sul

SC Escola de Formação em Saúde/EFOS

SC Escola Técnica de Saúde de Blumenau

SE Escola Técnica de Saúde do SUS em Sergipe

SE Centro de Educação Permanente da Saúde (CEPS)

SP Centro Formador de Osasco

SP Centro Formador de Pessoal de Nível Médio para Área da Saúde de São Paulo

SP Centro Formador de Pessoal para a Saúde - Franco da Rocha

SP Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Araraquara

SP Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Assis

SP Centro Formador de RH de Pessoal de Nível Médio para a Saúde

SP Escola Técnica do Sistema Único de Saúde de São Paulo

TO Escola Técnica de Saúde do Tocantins

Anexo XIII

Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde (REGESUS) (Origem: PRT MS/GM 176/2006)

Art. 1º Fica instituída a Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde (REGESUS), com os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 1º)

I - estimular a elaboração de projetos de formação e capacitação em consonância com as reais necessidades do SUS; (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 1º, I)

II - incentivar a realização de programas de cooperação técnica entre as instituições formadoras e as diversas instâncias de gestão do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 1º, II)

III - viabilizar a execução de projetos de pesquisas na área de formação e de capacitação de pessoal para a gestão estratégica do SUS. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 1º, III)

Art. 2º Poderão integrar a REGESUS as escolas de saúde pública e as instituições públicas de ensino superior que tenham desenvolvido competências nas áreas de formação e, de capacitação de pessoal para a gestão estratégica do SUS. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 2º)

Art. 3º Para integrar a REGESUS a instituição de ensino deverá manifestar seu interesse por meio de carta de intenção dirigida à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), especificando o âmbito de sua atuação, observada a previsão do art. 1º. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 3º)

§ 1º Deverão constar da carta de intenção as descrições do perfil da instituição e dos currículos do seu quadro profissional envolvido nas atividades do seu âmbito de atuação, assim como um relato de sua produção acadêmica dos últimos 5 (cinco) anos e uma declaração de que as ações desenvolvidas em proveito da REGESUS integrarão o conjunto de suas atividades permanentes. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A instituição de ensino deverá autorizar, prévia e expressamente, a disponibilização dos produtos de sua atividade pela REGESUS, além de se comprometer com a criação e a manutenção de meio eletrônico para divulgação de sua produção na internet. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 3º, § 2º)

Art. 4º A REGESUS será administrada por um Comitê Gestor, composto por representantes das seguintes instituições: (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 4º)

I - Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 4º, I)

II - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); e (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 4º, II)

III - Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 4º, III)

Parágrafo Único. O Comitê Gestor contará com uma Secretaria Técnica vinculada à Fundação Oswaldo Cruz. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 5º Compete ao Comitê-Gestor da REGESUS: (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 5º)

I - deferir ou não as solicitações de adesão à REGESUS; (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 5º, I)

II - subsidiar o Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde nas decisões referentes às demandas formuladas pelos integrantes da REGESUS; e (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 5º, II)

III - contribuir com proposições para a divulgação e a consolidação da REGESUS. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 5º, III)

Parágrafo Único. As decisões do Comitê-Gestor deverão sempre considerar as necessidades de formação e de desenvolvimento de tecnologias de gestão para os níveis técnico-administrativo e político-institucional das instituições públicas de saúde nos diferentes contextos loco-regionais do SUS. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 6º A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde propiciará os recursos necessários para o funcionamento da REGESUS, inclusive no que se refere à comunicação permanente entre os seus integrantes, por meio de foros presenciais e/ou meios eletrônicos. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 6º)

Art. 7º O Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde expedirá os atos normativos complementares necessários ao regular funcionamento da REGESUS. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 7º)

Anexo XIV

Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS) (Origem: PRT MS/GM 2915/2011)

Art. 1º Fica instituída a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 1º)

Parágrafo Único. A REBRATS adotará os princípios da Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), orientando-se pelo compromisso ético e social de melhorar as condições de saúde da população brasileira. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 1º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E OBJETIVOS

(Origem: PRT MS/GM 2915/2011, CAPÍTULO I)

Art. 2º A REBRATS é uma rede de centros colaboradores e instituições de ensino e pesquisa no País voltada à geração e à síntese de evidências científicas no campo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) no Brasil e no âmbito internacional. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º)

Parágrafo Único. A ATS é o processo contínuo de análise e síntese dos benefícios para a saúde e das consequências econômicas e sociais do emprego das tecnologias em saúde, considerando-se os seguintes aspectos: (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - segurança; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - acurácia; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

III - eficácia; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, III)

IV - efetividade; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, IV)

V - custos; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, V)

VI - custo-efetividade; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, VI)

VII - impacto orçamentário; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, VII)

VIII - equidade; e (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, VIII)

IX - impactos éticos, culturais e ambientais. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, IX)

Art. 3º A visão estratégica da REBRATS é a busca por qualidade e excelência na conexão entre pesquisa, política e gestão, por meio da elaboração de estudos de avaliação de tecnologias em saúde, nas fases de incorporação, monitoramento e exclusão de tecnologias no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 3º)

Art. 4º São objetivos da REBRATS: (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 4º)

I - produzir e disseminar estudos e pesquisas prioritárias no campo de ATS; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 4º, I)

II - padronizar metodologias; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 4º, II)

III - validar e atestar a qualidade dos estudos; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 4º, III)

IV - promover capacitação profissional na área; e (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 4º, IV)

V - estabelecer mecanismos para monitoramento de tecnologias novas e emergentes. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 4º, V)

§ 1º Os processos de avaliação de tecnologias ocorrerão de modo transparente, independente e com rigor metodológico, para a garantia de qualidade e excelência dos produtos da REBRATS. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O conhecimento sobre as tecnologias efetivas e seguras na atenção à saúde deve ser disseminado de forma transparente e contínua aos profissionais de saúde e à população, explicitando-se a existência de conflitos de interesse. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 4º, § 2º)

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 2915/2011, CAPÍTULO II)

Art. 5º A REBRATS será formada por entidades que tenham entre suas finalidades institucionais a realização de atividades relacionadas à avaliação de tecnologias em saúde. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 5º)

Art. 6º A REBRATS será composta por: (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 6º)

I - Comitê Executivo; e (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 6º, I)

II - Grupos de Trabalho. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 6º, II)

Art. 7º O apoio técnico e administrativo à REBRATS será exercido pelo DECIT/SCTIE/MS, com as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 7º)

I - apoiar as atividades dos Grupos de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 7º, I)

II - praticar todos os atos de gestão técnica e administrativa necessários ao desenvolvimento das atividades da REBRATS; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 7º, II)

III - sistematizar as informações relativas às atividades da REBRATS; e (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 7º, III)

IV - manter e atualizar o endereço eletrônico da REBRATS na internet. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 7º, IV)

Seção I

Do Comitê Executivo

(Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Seção I)

Art. 8º O Comitê Executivo da REBRATS será constituído por representantes dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º)

I - Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, I)

II - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, II)

III - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, III)

IV - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, IV)

V - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, V)

VI - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, VI)

VII - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, VII)

VIII - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/MEC); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, VIII)

IX - Coordenadores dos Grupos de Trabalho (GT) da REBRATS; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, IX)

X - Coordenador do Comitê Gestor da Rede Nacional de Pesquisa Clínica; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, X)

XI - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, XI)

XII - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, XII)

XIII - Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, XIII)

XIV - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); e (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, XIV)

XV - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, XV)

Art. 9º O Comitê Executivo será coordenado pelo representante do DECIT/SCTIE/MS. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 9º)

Art. 10. Ao Comitê Executivo compete: (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10)

I - elaborar o Regimento Interno da REBRATS; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10, I)

II - estabelecer eixos prioritários relacionados à ATS, que apoiem a implementação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10, II)

III - planejar as ações e atividades da REBRATS; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10, III)

IV - estimular a integração das instituições-membro; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10, IV)

V - definir os critérios de inclusão ou exclusão de membros; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10, V)

VI - elaborar o plano de trabalho anual da REBRATS; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10, VI)

VII - apoiar a produção, a disseminação e o uso de ATS no âmbito do SUS e da saúde suplementar; e (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10, VII)

VIII - propor a criação de novos Grupos de Trabalho, além dos já definidos neste Anexo, sempre que necessário ao cumprimento das finalidades da REBRATS. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10, VIII)

Art. 11. O Comitê Executivo poderá convocar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 11)

Art. 12. A composição e o funcionamento da REBRATS serão definidos pelo Regimento Interno, a ser publicado no prazo de 180 (cento e oitenta) dias contados da data da publicação da Portaria nº 2915/GM/MS, de 12 de dezembro de 2011. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 12)

§ 1º O Regimento Interno da REBRATS definirá, dentre outras matérias: (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 12, § 1º)

I - os critérios de inclusão e exclusão de novos membros; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 12, § 1º, I)

II - os objetivos, as atribuições, os representantes e os coordenadores dos Grupos de Trabalho; e (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 12, § 1º, II)

III - o fluxo de trabalho para realização dos estudos de interesse público. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 12, § 1º, III)

§ 2º Enquanto não for aprovado o Regimento Interno, a REBRATS será composta pelos órgãos e entidades nominados no Anexo 1 do Anexo XIV . (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 12, § 2º)

Seção II

Dos Grupos de Trabalho

(Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Seção II)

Art. 13. A REBRATS conterá os seguintes Grupos de Trabalho (GT): (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 13)

I - Priorização e Fomento de Estudos; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 13, I)

II - Desenvolvimento e Padronização Metodológica; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 13, II)

III - Capacitação Profissional; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 13, III)

IV - Monitoramento do Horizonte Tecnológico (MHT); e (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 13, IV)

V - Disseminação dos Estudos e Comunicação. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 13, V)

§ 1º Os objetivos, as atribuições, os representantes e os coordenadores dos Grupos de Trabalho serão definidos pelo regimento interno da REBRATS. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 13, § 1º)

§ 2º O Comitê Executivo poderá propor a criação de outros GTs para o cumprimento das finalidades institucionais da REBRATS. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 13, § 2º)

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 2915/2011, CAPÍTULO III)

Art. 14. As despesas decorrentes do disposto neste Anexo correrão à conta das dotações orçamentárias do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 14)

Art. 15. As atividades realizadas no âmbito da REBRATS não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 15)

Anexo 1 do Anexo XIV

INSTITUIÇÕES-MEMBRO DA REDE BRASILEIRA DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE - REBRATS (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Anexo 1)

INSTITUIÇÕES-MEMBRO DA REDE BRASILEIRA DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE - REBRATS

INSTITUTOS DE ENSINO E PESQUISA:

1.Centro Cochrane do Brasil da Universidade Federal de São Paulo;

2.Centro Paulista de Economia da Saúde da Universidade Federal de São Paulo;

3.Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia;

4.Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

5.Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo;

6.Programa de Engenharia Biomédica do Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia/COPPE/UFRJ;

7.Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro;

8.Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais;

9.Departamento de Farmácia Social da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais;

10.Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital do Coração;

11.Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ;

12.Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde/FIOCRUZ;

13.Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás;

14.Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília;

15.Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco;

INSTITUIÇÕES GESTORAS:

1. Departamento de Ciência e Tecnologia - DECIT/SCTIE/MS;

2.Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

3.Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

4.Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS;

5.Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS;

NÚCLEOS DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE EM HOSPITAIS DE ENSINO - NATS:

1.Hospital Universitário Getúlio Vargas - AM;

2.Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos - BA;

3.Hospital Geral de Fortaleza - CE;

4.Hospital Universitário Walter Cantídio - CE;

5.Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes - CE;

6.Hospital Universitário de Brasília - DF;

7.Hospital de Base do Distrito Federal - DF;

8.Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - GO;

9.Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - MA;

10.Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais - MG;

11.Hospital Universitário João de Barros Barreto - PA;

12.Hospital Universitário Oswaldo Cruz - PE;

13.Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Rio de Janeiro - RJ;

14.Instituto Nacional de Câncer/INCA - RJ;

15 Instituto Nacional de Cardiologia - RJ;

16.Instituto Nacional de Traumato Ortopedia/INTO - RJ;

17.Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz/IFF/FIOCRUZ - RJ;

18.Hospital Universitário Onofre Lopes - RN;

19.Grupo Hospitalar Conceição - GHC - RS;

20.Hospital de Clínicas de Porto Alegre - RS;

21.Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HC/FMUSP - SP;

22.Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - SP;

23.Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP - SP; e

24.Hospital das Clínicas da UNICAMP - SP.

Anexo XV

Redes Nacionais de Pesquisa em Saúde (RNPS) (Origem: PRT MS/GM 137/2014)

Art. 1º Este Anexo dispõe sobre as Redes Nacionais de Pesquisa em Saúde (RNPS). (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 1º)

Art. 2º As RNPS são articulações cooperativas entre instituições de ciência, tecnologia, inovação e produção em saúde, públicas e privadas, e pesquisadores, que visam o desenvolvimento científico e tecnológico que priorize as necessidades e demandas do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 2º)

Art. 3º As RNPS adotarão os princípios da Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde, orientando-se pelo compromisso ético e social de contribuir para a melhoria das condições de saúde da população brasileira. (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 3º)

Art. 4º Caberá à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS) a articulação com os Ministérios da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações, da Educação (MEC), da Indústria, Comércio Exterior e Serviços, suas entidades vinculadas e demais unidades da Administração Pública Direta e Indireta nos campos da ciência, tecnologia e inovação, para participarem nas atividades das RNPS, sempre que for pertinente em razão de suas funções e atribuições. (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 4º)

Art. 5º A instituição e regulamentação de cada RNPS será realizada por ato normativo específico do Ministro de Estado da Saúde, que atenderá as disposições de parecer técnico apresentado pela SCTIE/MS. (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º)

Parágrafo Único. O ato e o parecer técnico de que trata o "caput" disporá obrigatoriamente sobre: (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º, Parágrafo Único)

I - os objetivos e atribuições da Rede; (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º, Parágrafo Único, I)

II - a composição da Rede; (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º, Parágrafo Único, II)

III - os critérios e procedimentos de inclusão e exclusão de membros da Rede; (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º, Parágrafo Único, III)

IV - as formas de representação dos membros da Rede; (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º, Parágrafo Único, IV)

V - os fluxos de trabalho no âmbito da Rede; (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º, Parágrafo Único, V)

VI - a instituição, atribuições e funcionamento do Comitê Gestor da Rede; e (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º, Parágrafo Único, VI)

VII - as atribuições dos Coordenadores da Rede. (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º, Parágrafo Único, VII)

Art. 6º Um vez instituída a respectiva RNPS pelo ato normativo específico de que trata o art. 5º, será facultado à mesma elaborar, conjuntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), regimento interno para detalhar o seu funcionamento, observadas as disposições constantes do ato normativo que a instituiu. (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 6º)

Parágrafo Único. O regimento interno de que trata o "caput" deverá ser homologado por ato específico do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 7º Ficam constituídas com a edição deste Anexo as seguintes RNPS: (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 7º)

I - Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC); (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 7º, I)

II - Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas (RNPDN); (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 7º, II)

III - Rede Nacional de Pesquisa sobre Políticas de Saúde (RNPPS); (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 7º, III)

IV - Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral (RNPAVC); (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 7º, IV)

V - Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPCC);e (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 7º, V)

VI - Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares (RNPDC). (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 7º, VI)

Parágrafo Único. A constituição das RNPS de que trata o "caput" não prejudica a edição do ato de regulamentação de que trata o art. 5º. (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 8º Já se encontram constituídas e regulamentadas com base no Anexo XVII e no Anexo XIV , respectivamente, a: (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 8º)

I - Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC); e (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 8º, I)

II - Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 8º, II)

Parágrafo Único. As disposições deste Anexo não prejudicam a instituição e regulamentação das RNPS de que tratam os incisos I e II do "caput", nos termos dispostos no Anexo XVII e no Anexo XIV . (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 8º, Parágrafo Único)

Anexo XVI

Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde (RNPPS) (Origem: PRT MS/GM 193/2014)

Art. 1º Fica instituída a Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde (RNPPS), composta pelas instituições de ensino e pesquisa da área da saúde e afins, envolvidas com os objetivos da Rede. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 1º)

Art. 2º Constituem-se objetivos da RNPPS: (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 2º)

I - desenvolver pesquisas sobre políticas de saúde, visando à produção de conhecimento para a efetivação do direito universal à saúde; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 2º, I)

II - capacitar recursos humanos em pesquisas sobre Políticas de Saúde; e, (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 2º, II)

III - instituir e coordenar as sub-redes de Pesquisa sobre Políticas de Saúde, considerando as diferentes especialidades das Ciências da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. O efetivo comprometimento das unidades integrantes da Rede deverá, em qualquer circunstância, sustentar-se em dois princípios: (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - as relações institucionais entre os centros de pesquisa que compõem a RNPPS e os contratadores de seus serviços; e, (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - as necessidades de realização de pesquisas que, do ponto de vista do Ministério da Saúde, forem consideradas prioritárias ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

Art. 3º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor da RNPPS, com o objetivo de programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da RNPPS e suas sub-redes, com regulamento próprio. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 3º)

Art. 4º Ao Comitê Gestor compete: (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 4º)

I - estabelecer diretrizes que subsidiem políticas relativas à realização de pesquisas na área de atuação da RNPPS; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 4º, I)

II - propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da RNPPS; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 4º, II)

III - definir critérios para admissão e exclusão de unidades na RNPPS; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 4º, III)

IV - estimular a integração das atividades de pesquisa no âmbito da RNPPS; e, (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 4º, IV)

V - delinear o planejamento orçamentário da RNPPS. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 4º, V)

Art. 5º O Comitê Gestor da RNPPS será composto por representantes, titular e suplente, dos órgãos e entidades a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º)

I - 1 (um) representante do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIT/SCTIE/MS), que convocará as reuniões do Comitê Gestor; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º, I)

II - 1 (um) representante do CNPq/MCTI; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º, II)

III - 1 (um) representante da CAPES/MEC; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º, III)

IV - 1 (um) representante do Ministério da Saúde ou de suas agências/institutos que esteja diretamente vinculado à temática; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º, IV)

V - 1 (um) representante da ABRASCO; e, (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º, V)

VI - 1 (um) representante da RNPPS. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º, VI)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê Gestor, no prazo de 30 (trinta) dias contado da data de publicação da Portaria nº 193/GM/MS, de 03 de fevereiro de 2014. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As reuniões do Comitê Gestor serão coordenadas pelo representante do DECIT/SCTIE/MS e, na sua ausência, por qualquer um dos membros titulares, segundo sua indicação. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º O Comitê Gestor poderá convocar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 6º)

Art. 7º As funções dos membros do Comitê Gestor não serão remuneradas e seu exercício será considerado de serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 7º)

Art. 8º O Comitê Gestor indicará um centro coordenador, por um período de 3 (três) anos, como órgão de articulação, gestão das atividades da rede e operacionalização das políticas estratégicas e das prioridades de pesquisa em saúde, passível de renovação. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 8º)

Art. 9º O Comitê Gestor elaborará, conjuntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), o regimento interno da Rede no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contado a partir da data de sua instalação. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 9º)

§ 1º O Regimento Interno que trata o "caput" deverá ser apreciado quanto ao atendimento à Política Nacional de Saúde e homologado por ato específico do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O Regimento Interno deverá dispor, dentre outros, obrigatoriamente sobre: (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 9º, § 2º)

I - os critérios e procedimentos de inclusão e exclusão de membros da RNPPS; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 9º, § 2º, I)

II - as formas de representação dos membros da RNPPS; e (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 9º, § 2º, II)

III - os fluxos de trabalho no âmbito da RNPPS; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 9º, § 2º, III)

Anexo XVII

Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC) em Hospitais de Ensino (Origem: PRT MS/GM 794/2011)

Art. 1º Fica instituída a Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC) em Hospitais de Ensino composta pelas instituições nominadas no Anexo 1 do Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 1º)

Art. 2º Constituem-se objetivos da RNPC: (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 2º)

I - desenvolver todas as fases de ensaios clínicos de medicamentos, produtos, procedimentos, equipamentos e dispositivos para diagnósticos em seres humanos, de acordo com os requisitos éticos nacionais e internacionais, bem como as Boas Práticas Clínicas e as normas de Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 2º, I)

II - capacitar recursos humanos em pesquisa clínica; e (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 2º, II)

III - instituir e coordenar as sub-redes de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino, considerando as diferentes especialidades das Ciências da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. O efetivo comprometimento das unidades deverá, em qualquer circunstância, sustentar-se em dois princípios: (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - as relações institucionais entre os centros de pesquisa clínica que compõem a Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino e os contratadores de seus serviços; e (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - os protocolos que, do ponto de vista do Ministério da Saúde, forem considerados prioritários ao SUS, terão precedência aos demais. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

Art. 3º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor da RNPC, com o objetivo de programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da RNPC e suas sub-redes, com regulamento próprio. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 3º)

Art. 4º Ao Comitê Gestor compete: (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 4º)

I - estabelecer diretrizes e políticas relativas à realização de pesquisa clínica; (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 4º, I)

II - propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da rede; (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 4º, II)

III - definir critérios para admissão e exclusão de Unidades na Rede; (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 4º, III)

IV - estimular a integração das atividades de pesquisa clínica entre os hospitais de ensino da rede; e (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 4º, IV)

V - delinear o planejamento orçamentário da rede. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 4º, V)

Art. 5º O Comitê Gestor da RNPC será composto dos membros a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 5º)

I - um representante do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 5º, I)

II - um representante do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações; e (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 5º, II)

III - o coordenador de cada uma das unidades que integram a RNPC em Hospitais de Ensino, designado por cada uma das instituições em documento próprio e encaminhado ao DECIT/SCTIE/MS. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 5º, III)

§ 1º As reuniões do Comitê Gestor serão coordenadas pelo representante do DECIT/SCTIE/MS e, na sua ausência, por qualquer um dos membros titulares, segundo sua indicação. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Os membros do Comitê Gestor, titulares e suplentes, serão indicados pelos respectivos órgãos. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 5º, § 2º)

§ 3º Os membros titulares e suplentes serão designados em ato do Secretário da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 5º, § 3º)

Art. 6º O Comitê Gestor poderá convocar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 6º)

Art. 7º O Comitê Gestor indicará um centro coordenador, por um período de dois anos, como órgão de articulação, gestão das atividades da rede e operacionalização das políticas estratégicas e das prioridades de pesquisa em saúde. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 7º)

Art. 8º As despesas decorrentes do disposto neste Anexo correrão à conta das dotações orçamentárias do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 8º)

Art. 9º As funções dos membros do Comitê Gestor não serão remuneradas e seu exercício será considerado de serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 9º)

Art. 10. O Comitê Gestor elaborará seu regimento interno, no prazo máximo de noventa dias, contados a partir da data de sua instalação, submetendo-o à aprovação do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 10)

Anexo 1 do Anexo XVII

INSTITUIÇÕES PERTENCENTES À REDE NACIONAL DE PESQUISA CLÍNICA (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Anexo 1)

INSTITUIÇÕES PERTENCENTES À REDE NACIONAL DE PESQUISA CLÍNICA

1. Fundação de Medicina Tropical do Amazonas / AM
2. Fundação Oswaldo Cruz / RJ
3. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista / SP
4. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo / SP
5. Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas / SP
6. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás / GO
7. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / MG
8. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo / SP
9. Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul / RS
10. Hospital Geral de Fortaleza / CE
11. Hospital de Messejana / Universidade Federal do Ceará / CE
12. Hospital Nossa Senhora da Conceição / Universidade do Sul de Santa Catarina / SC
13. Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul / RS
14. Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo / SP
15. Hospital São Rafael - Monte Tabor / BA
16. Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense / RJ
17. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro / RJ
18. Hospital Universitário da Universidade de São Paulo / SP
19. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão / MA
20. Hospital Universitário de Brasília da Universidade de Brasília / DF
21. Hospital Universitário João de Barros Barreto da Universidade Federal do Pará / PA
22. Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte / RN
23. Hospital Universitário Oswaldo Cruz e Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco da Universidade de Pernambuco / PE
24. Hospital Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia / BA
25. Hospital Universitário Regional de Maringá da Universidade Estadual de Maringá / PR
26. Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará / CE
27. Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul da Fundação Universitária de Cardiologia / RS
28. Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz / RJ
29. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira / PE
30. Instituto Nacional de Câncer / RJ
31. Instituto Nacional de Cardiologia / RJ
32. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia / RJ

Anexo XVIII

Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPCC) (Origem: PRT MS/GM 192/2014)

Art. 1º Fica instituída a Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPCC), composta por instituições de ciência, tecnologia, inovação e produção em saúde, públicas e privadas. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 1º)

Art. 2º Constituem-se objetivos da RNPCC: (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º)

I - desenhar, propor, implementar e acompanhar protocolos clínicos colaborativos entre as instituições de pesquisa; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º, I)

II - certificar protocolos de pesquisa clínica em câncer; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º, II)

III - capacitar recursos humanos; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º, III)

IV - qualificar a atenção oncológica, incentivando a definição e implantação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; e (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º, IV)

V - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos voltados à melhoria da qualidade da atenção oncológica. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º, V)

Parágrafo Único. O efetivo comprometimento das unidades integrantes da RNPCC deverá, em qualquer circunstância, sustentar-se em dois princípios: (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - as relações institucionais entre os centros de pesquisa que compõem a RNPCC e os contratadores de seus serviços; e (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - as necessidades de realização de pesquisas que, do ponto de vista do Ministério da Saúde, forem consideradas prioritárias ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

Art. 3º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor da RNPCC, com o objetivo de programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da rede, com regulamento próprio. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 3º)

Art. 4º Ao Comitê Gestor compete: (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 4º)

I - estabelecer diretrizes que subsidiem políticas relativas à realização de pesquisas na área de atuação da RNPCC; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 4º, I)

II - propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da RNPCC; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 4º, II)

III - definir critérios para admissão e exclusão de unidades na RNPCC; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 4º, III)

IV - estimular a integração das atividades de pesquisa no âmbito da RNPCC; e (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 4º, IV)

V - delinear o planejamento orçamentário da RNPCC. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 4º, V)

Art. 5º O Comitê Gestor da RNPCC será composto por representantes, titular e suplente, dos órgãos e entidades a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 5º)

I - 1 (um) representante do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIT/SCTIE/MS), que convocará as reuniões do Comitê Gestor; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 5º, I)

II - 1 (um) representante do CNPq/MCTI; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 5º, II)

III - 1 (um) representante da ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 5º, III)

IV - 1 (um) representante do Instituto Nacional do Câncer; e (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 5º, IV)

V - 1 (um) representante designado pela RNPCC. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 5º, V)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê Gestor, no prazo de 30 (trinta) dias contado da data de publicação da Portaria nº 192/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As reuniões do Comitê Gestor serão coordenadas pelo representante do DECIT/SCTIE/MS e, na sua ausência, por qualquer um dos membros titulares, segundo sua indicação. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º O Comitê Gestor poderá convocar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 6º)

Art. 7º As funções dos membros do Comitê Gestor não serão remuneradas e seu exercício será considerado de serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 7º)

Art. 8º O Comitê Gestor indicará um centro coordenador, por um período de três anos, como órgão de articulação, gestão das atividades da rede e operacionalização das políticas estratégicas e das prioridades de pesquisa em saúde, passível de renovação. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 8º)

Art. 9º O Comitê Gestor elaborará, conjuntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), o regimento interno da RNPCC no prazo máximo de 90 (noventa) dias contado a partir da data de sua instalação. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 9º)

§ 1º O Regimento Interno que trata o "caput" deverá ser apreciado quanto ao atendimento à Política Nacional de Saúde e homologado por ato específico do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O Regimento Interno deverá dispor, dentre outros, obrigatoriamente sobre: (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 9º, § 2º)

I - os critérios e procedimentos de inclusão e exclusão de membros da RNPCC; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 9º, § 2º, I)

II - as formas de representação dos membros da RNPCC; e (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 9º, § 2º, II)

III - os fluxos de trabalho no âmbito da RNPCC; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 9º, § 2º, III)

Anexo XIX

Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares (RNPDC) (Origem: PRT MS/GM 190/2014)

Art. 1º Fica instituída a Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares (RNPDC), composta por instituições de ciência, tecnologia, inovação e produção em saúde, públicas e privadas. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 1º)

Art. 2º Constituem-se objetivos da RNPDC: (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 2º)

I - desenvolver atividades de pesquisa científica, pré-clínicas e clínicas, em doenças cardiovasculares, que contribuam de modo efetivo para o avanço do conhecimento, a geração de produtos, a formulação, implementação e avaliação de ações públicas voltadas para a melhoria das condições de saúde da população brasileira; e(Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 2º, I)

II - capacitar recursos humanos na área cardiovascular. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 2º, II)

Parágrafo Único. O efetivo comprometimento das unidades integrantes da Rede deverá, em qualquer circunstância, sustentar-se em dois princípios: (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - as relações institucionais entre os centros de pesquisa que compõem a RNPDC e os contratadores de seus serviços; e (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - as necessidades de realização de pesquisas que, do ponto de vista do Ministério da Saúde, forem consideradas prioritárias ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

Art. 3º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor da RNPDC, com o objetivo de programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da RNPDC, com regulamento próprio. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 3º)

Art. 4º Ao Comitê Gestor compete: (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 4º)

I - estabelecer diretrizes que subsidiem políticas relativas à realização de pesquisas na área de atuação da RNPDN; (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 4º, I)

II - propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da RNPDC; (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 4º, II)

III - definir critérios para admissão e exclusão de unidades na RNPDC; (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 4º, III)

IV - estimular a integração das atividades de pesquisa no âmbito da RNPDC; e (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 4º, IV)

V - delinear o planejamento orçamentário da RNPDC. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 4º, V)

Art. 5º O Comitê Gestor da RNPDC será composto por representantes, titular e suplente, dos órgãos e entidades a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 5º)

I - 1 (um) representante do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIT/SCTIE/MS), que convocará as reuniões do Comitê Gestor; (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 5º, I)

II - 1 (um) representante do CNPq/MCTI; (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 5º, II)

III - 1 (um) representante da CAPES/MEC; (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 5º, III)

IV - 1 (um) representante do Instituto Nacional de Cardiologia; e (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 5º, IV)

V - 1 (um) representante da RNPDC. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 5º, V)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê Gestor, no prazo de 30 (trinta) dias contado da data de publicação da Portaria nº 190/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As reuniões do Comitê Gestor serão coordenadas pelo representante do DECIT/SCTIE/MS e, na sua ausência, por qualquer um dos membros titulares, segundo sua indicação. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º O Comitê Gestor poderá convocar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 6º)

Art. 7º As funções dos membros do Comitê Gestor não serão remuneradas e seu exercício será considerado de serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 7º)

Art. 8º O Comitê Gestor indicará um centro coordenador, por um período de três anos, como órgão de articulação, gestão das atividades da rede e operacionalização das políticas estratégicas e das prioridades de pesquisa em saúde, passível de renovação. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 8º)

Art. 9º O Comitê Gestor elaborará, conjuntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), o regimento interno da Rede no prazo máximo de 90 (noventa) dias contado a partir da data de sua instalação. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 9º)

§ 1º O Regimento Interno que trata o "caput" deverá ser apreciado quanto ao atendimento à Política Nacional de Saúde e homologado por ato específico do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O Regimento Interno deverá dispor, dentre outros, obrigatoriamente sobre: (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 9º, § 2º)

I - os critérios e procedimentos de inclusão e exclusão de membros da RNPDC; (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 9º, § 2º, I)

II - as formas de representação dos membros da RNPDC; e (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 9º, § 2º, II)

III - os fluxos de trabalho no âmbito da RNPDC. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 9º, § 2º, III)

Anexo XX

Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC) (Origem: PRT MS/GM 194/2014)

Art. 1º Fica instituída a Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC), composta por instituições de ciência, tecnologia, inovação e produção em saúde, públicas e privadas. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 1º)

Art. 2º Constituem-se objetivos da RNTC: (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 2º)

I - estruturar o esforço nacional de pesquisa em terapia celular por meio do trabalho em rede dos grupos de pesquisa integrantes da RNTC; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 2º, I)

II - fortalecer a infraestrutura de pesquisa existente no país em terapia celular, otimizando os recursos humanos e materiais disponíveis; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 2º, II)

III - induzir a busca de novas parcerias, tendo por objetivo o aumento da eficiência e da competitividade institucional; e (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 2º, III)

IV - estimular as equipes de pesquisa em terapia celular a produzirem um sistema de acesso comum aos dados produzidos pelas pesquisas que envolvem esta temática. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 2º, IV)

Parágrafo Único. O efetivo comprometimento das unidades integrantes da RNTC deverá, em qualquer circunstância, sustentar-se em dois princípios: (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - as relações institucionais entre os centros de pesquisa que compõem a RNTC e os contratadores de seus serviços; e (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - as necessidades de realização de pesquisas que, do ponto de vista do Ministério da Saúde, forem consideradas prioritárias ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

Art. 3º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor da RNTC, com o objetivo de programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da RNTC, com regulamento próprio. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 3º)

Art. 4º Ao Comitê Gestor compete: (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 4º)

I - estabelecer diretrizes que subsidiem políticas relativas à realização de pesquisas na área de atuação da RNTC; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 4º, I)

II - propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da RNTC; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 4º, II)

III - definir critérios para admissão e exclusão de unidades na RNTC; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 4º, III)

IV - estimular a integração das atividades de pesquisa no âmbito da RNTC; e (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 4º, IV)

V - delinear o planejamento orçamentário da RNTC. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 4º, V)

Art. 5º O Comitê Gestor da RNTC será composto por representantes, titular e suplente, dos órgãos e entidades a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º)

I - 1 (um) representante do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIT/SCTIE/MS), que convocará as reuniões do Comitê Gestor; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º, I)

II - 1 (um) representante do CNPq/MCTI; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º, II)

III - 1 (um) representante da CAPES/MEC; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º, III)

IV - 1 (um) representante da ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º, IV)

V - 1 (um) representante dos Centros de Tecnologia Celular (CTC); e (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º, V)

VI - 1 (um) representante designado pela RNTC. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º, VI)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê Gestor, no prazo de 30 (trinta) dias contado da data de publicação da Portaria nº 194/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As reuniões do Comitê Gestor serão coordenadas pelo representante do DECIT/SCTIE/MS e, na sua ausência, por qualquer um dos membros titulares, segundo sua indicação. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º O Comitê Gestor poderá convocar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 6º)

Art. 7º As funções dos membros do Comitê Gestor não serão remuneradas e seu exercício será considerado de serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 7º)

Art. 8º O Comitê Gestor indicará um centro coordenador, por um período de 3 (três) anos, como órgão de articulação, gestão das atividades da rede e operacionalização das políticas estratégicas e das prioridades de pesquisa em saúde, passível de renovação. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 8º)

Art. 9º O Comitê Gestor elaborará, conjuntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), o regimento interno da Rede no prazo máximo de 90 (noventa) dias contado a partir da data de sua instalação. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 9º)

§ 1º O Regimento Interno que trata o "caput" deverá ser apreciado quanto ao atendimento à Política Nacional de Saúde e homologado por ato específico do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O Regimento Interno deverá dispor, dentre outros, obrigatoriamente sobre: (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 9º, § 2º)

I - os critérios e procedimentos de inclusão e exclusão de membros da RNTC; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 9º, § 2º, I)

II - as formas de representação dos membros da RNTC; e (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 9º, § 2º, II)

III - os fluxos de trabalho no âmbito da RNTC. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 9º, § 2º, III)

Anexo XXI

Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas (RNPDN) (Origem: PRT MS/GM 191/2014)

Art. 1º Fica instituída a Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas (RNPDN), composta por instituições de ciência, tecnologia, inovação e produção em saúde, públicas e privadas. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 1º)

Art. 2º Constituem-se objetivos da RNPDN: (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 2º)

I - desenvolver atividades de pesquisa científica, tecnológica e a inovação em Doenças Negligenciadas, que contribuam de modo efetivo para o avanço do conhecimento, a geração de produtos, a formulação, implementação e avaliação de ações públicas voltadas para a melhoria das condições de saúde da população brasileira;(Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 2º, I)

II - capacitar recursos humanos em pesquisas em Doenças Negligenciadas; e (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 2º, II)

III - instituir e coordenar as sub-redes de Pesquisa em Doenças Negligenciadas, considerando as diferentes doenças. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. O efetivo comprometimento das unidades integrantes da Rede deverá, em qualquer circunstância, sustentar-se em dois princípios: (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - as relações institucionais entre os centros de pesquisa que compõem a RNPDN e os contratadores de seus serviços; e (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - as necessidades de realização de pesquisas que, do ponto de vista do Ministério da Saúde, forem consideradas prioritárias ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

Art. 3º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor da RNPDN, com o objetivo de programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da RNPDN e suas sub-redes, com regulamento próprio. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 3º)

Art. 4º Ao Comitê Gestor compete: (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 4º)

I - estabelecer diretrizes que subsidiem políticas relativas à realização de pesquisas na área de atuação da RNPDN; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 4º, I)

II - propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da RNPDN; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 4º, II)

III - definir critérios para admissão e exclusão de unidades na RNPDN; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 4º, III)

IV - estimular a integração das atividades de pesquisa no âmbito da RNPDN; e (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 4º, IV)

V - delinear o planejamento orçamentário da RNPDN. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 4º, V)

Art. 5º O Comitê Gestor da RNPDN será composto por representantes, titular e suplente, dos órgãos e entidades a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 5º)

I - 1 (um) representante do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIT/SCTIE/MS), que convocará as reuniões do Comitê Gestor; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 5º, I)

II - 1 (um) representante do CNPq/MCTI; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 5º, II)

III - 1 (um) representante da CAPES/MEC; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 5º, III)

IV - 1 (um) representante do Ministério da Saúde ou de suas agências/institutos que esteja diretamente vinculado à temática; e (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 5º, IV)

V - 1 (um) representante da RNPDN. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 5º, V)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê Gestor, no prazo de 30 (trinta) dias contado da data de publicação da Portaria nº 191/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As reuniões do Comitê Gestor serão coordenadas pelo representante do DECIT/SCTIE/MS e, na sua ausência, por qualquer um dos membros titulares, segundo sua indicação. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º O Comitê Gestor poderá convocar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 6º)

Art. 7º As funções dos membros do Comitê Gestor não serão remuneradas e seu exercício será considerado de serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 7º)

Art. 8º O Comitê Gestor indicará um centro coordenador, por um período de 3 (três) anos, como órgão de articulação, gestão das atividades da Rede e operacionalização das políticas estratégicas e das prioridades de pesquisa em saúde, passível de renovação. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 8º)

Art. 9º O Comitê Gestor elaborará, conjuntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), o regimento interno da Rede no prazo máximo de 90 (noventa) dias contado a partir da data de sua instalação. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 9º)

§ 1º O Regimento Interno que trata o "caput" deverá ser apreciado quanto ao atendimento à Política Nacional de Saúde e homologado por ato específico do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O Regimento Interno deverá dispor, dentre outros, obrigatoriamente sobre: (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 9º, § 2º)

I - os critérios e procedimentos de inclusão e exclusão de membros da RNPDN; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 9º, § 2º, I)

II - as formas de representação dos membros da RNPDN; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 9º, § 2º, II)

III - os fluxos de trabalho no âmbito da RNPDN. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 9º, § 2º, III)

Anexo XXII

Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral (RNPAVC) (Origem: PRT MS/GM 195/2014)

Art. 1º Fica instituída a Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral (RNPAVC), composta por instituições de ciência, tecnologia, inovação e produção em saúde, públicas e privadas. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 1º)

Art. 2º Constituem-se objetivos da RNPAVC: (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 2º)

I - propor, implementar e acompanhar pesquisas colaborativas entre as instituições de ensino e pesquisa em acidentes vasculares cerebrais (AVC); (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 2º, I)

II - capacitar técnica e cientificamente no âmbito acadêmico e dos serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 2º, II)

III - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos voltados à melhoria da qualidade da prevenção, tratamento e promoção da saúde com foco no AVC. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. O efetivo comprometimento das unidades integrantes da Rede deverá, em qualquer circunstância, sustentar-se em dois princípios: (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - as relações institucionais entre os centros de pesquisa que compõem a RNPAVC e os contratadores de seus serviços; e (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - as necessidades de realização de pesquisas que, do ponto de vista do Ministério da Saúde, forem consideradas prioritárias ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

Art. 3º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor da RNPAVC, com o objetivo de programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da RNPAVC e suas sub-redes, com regulamento próprio. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 3º)

Art. 4º Ao Comitê Gestor compete: (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 4º)

I - estabelecer diretrizes que subsidiem políticas relativas à realização de pesquisas na área de atuação da RNPAVC; (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 4º, I)

II - propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da RNPAVC; (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 4º, II)

III - definir critérios para admissão e exclusão de unidades na RNPAVC; (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 4º, III)

IV - estimular a integração das atividades de pesquisa no âmbito da RNPAVC; e (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 4º, IV)

V - delinear o planejamento orçamentário da RNPAVC. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 4º, V)

Art. 5º O Comitê Gestor da RNPAVC será composto por representantes, titular e suplente, dos órgãos e entidades a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 5º)

I - 1 (um) representante do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIT/SCTIE/MS), que convocará as reuniões do Comitê Gestor; (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 5º, I)

II - 1 (um) representante do CNPq/MCTI; (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 5º, II)

III - 1 (um) representante do Ministério da Saúde ou de suas agências/institutos que esteja diretamente vinculado à temática; (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 5º, III)

IV - 1 (um) representante da RNPAVC. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 5º, IV)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê Gestor, no prazo de 30 (trinta) dias contado da data de publicação da Portaria nº 195/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As reuniões do Comitê Gestor serão coordenadas pelo representante do DECIT/SCTIE/MS e, na sua ausência, por qualquer um dos membros titulares, segundo sua indicação. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º O Comitê Gestor poderá convocar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 6º)

Art. 7º As funções dos membros do Comitê Gestor não serão remuneradas e seu exercício será considerado de serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 7º)

Art. 8º O Comitê Gestor indicará um centro coordenador, por um período de 3 (três) anos, como órgão de articulação, gestão das atividades da Rede e operacionalização das políticas estratégicas e das prioridades de pesquisa em saúde, passível de renovação. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 8º)

Art. 9º O Comitê Gestor elaborará, conjuntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), o regimento interno da Rede no prazo máximo de 90 (noventa) dias contado a partir da data de sua instalação. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 9º)

§ 1º O Regimento Interno que trata o "caput" deverá ser apreciado quanto ao atendimento à Política Nacional de Saúde e homologado por ato específico do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O Regimento Interno deverá dispor, dentre outros, obrigatoriamente sobre: (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 9º, § 2º)

I - os critérios e procedimentos de inclusão e exclusão de membros da RNPAVC; (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 9º, § 2º, I)

II - as formas de representação dos membros da RNPAVC; e (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 9º, § 2º, II)

III - os fluxos de trabalho no âmbito da RNPAVC. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 9º, § 2º, III)

Anexo XXIII

Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas (RENEZIKA) (Origem: PRT MS/GM 1046/2016)

Art. 1º Fica instituída a Rede Nacional de Especialistas em Zika e doenças correlatas (RENEZIKA). (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 1º)

Art. 2º Constituem-se objetivos da RENEZIKA: (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 2º)

I - subsidiar o Ministério da Saúde com informações de pesquisas relacionadas ao vírus Zika e doenças correlatas no âmbito da vigilância, prevenção, controle, mobilização social, atenção à saúde e ao desenvolvimento científico e tecnológico; (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 2º, I)

II - contribuir na formulação e aperfeiçoamento de protocolos e outros documentos técnicos do Ministério da Saúde relativos ao tema; (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 2º, II)

III - fortalecer a capacidade de produção de análises epidemiológicas e desenvolvimento de projetos de pesquisa prioritários sobre o assunto para o Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 2º, III)

IV - buscar fontes potenciais de financiamento para pesquisas relacionadas ao tema, otimizando a seleção e execução de parcerias; (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 2º, IV)

V - promover a participação em eventos de pesquisa, desenvolvimento e inovação tecnológica; (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 2º, V)

VI - apoiar e organizar eventos com especialistas nesta área de atuação; e (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 2º, VI)

VII - fomentar o desenvolvimento de estudos multicêntricos sobre o vírus Zika e doenças correlatas. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 2º, VII)

Art. 3º A RENEZIKA será composta por sua Secretaria-Executiva e membros especialistas no assunto. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º)

§ 1º A Secretaria-Executiva da RENEZIKA será integrada por representantes, titular e suplente, dos seguintes órgãos: (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 1º)

I - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 1º, I)

II - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 1º, II)

III - Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI); (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 1º, III)

IV - Secretaria-Executiva (SE); (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 1º, IV)

V - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 1º, V)

VI - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP); e (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 1º, VI)

VII - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 1º, VII)

§ 2º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos à SCTIE, no prazo de 20 (vinte) dias contados da data de publicação da Portaria nº 1046/GM/MS, de 20 de maio de 2016. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Os representantes suplentes substituirão os titulares em seus impedimentos eventuais ou permanentes. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A Secretaria-Executiva da RENEZIKA poderá convidar para integrar a Rede entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 4º)

§ 5º A ausência, sem justificativa, a duas reuniões consecutivas da RENEZIKA acarretará a exclusão do membro e seu substituto, cabendo à SCTIE providenciar nova representação do órgão ou entidade. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 5º)

Art. 4º Caberá aos integrantes da RENEZIKA: (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 4º)

I - promover a integração das atividades de vigilância, prevenção, controle, mobilização social, atenção à saúde, desenvolvimento científico e tecnológico; (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 4º, I)

II - colaborar na formulação e aperfeiçoamento de protocolos e outros documentos técnicos do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 4º, II)

III - contribuir na produção de análises epidemiológicas e desenvolvimento de projetos de pesquisa prioritários para o SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 4º, III)

IV - assessorar o Ministério da Saúde na priorização de temas de pesquisa para a realização de chamadas públicas, bem como na avaliação de projetos de pesquisa. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 4º, IV)

Art. 5º Poderão ser convidados, a critério da RENEZIKA, especialistas "ad hoc" para participarem de discussões técnicas, elaboração de documentos e orientações sobre temas afins. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 5º)

Art. 6º Os membros da RENEZIKA promoverão a cessão de direitos autorais para publicações e divulgação de todo material técnico resultante de trabalhos desenvolvidos pela Rede, oriundos de interesse do Ministério da Saúde ou de demanda espontânea, na forma definida pela Portaria nº 612/GM/MS, de 26 de março de 2009. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 6º)

Art. 7º A RENEZIKA reunir-se-á por convocação da sua Secretaria-Executiva ou a requerimento da maioria simples de seus membros. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 7º)

§ 1º Compete à Secretaria-Executiva da RENEZIKA organizar a pauta das reuniões. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Os temas a serem abordados na pauta serão propostos pela Secretaria-Executiva da RENEZIKA. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 7º, § 2º)

§ 3º Cabe à Coordenação da RENEZIKA organizar e divulgar aos seus membros as atas e outros documentos pertinentes às sua atividades após aprovados pelos participantes. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 7º, § 3º)

Art. 8º As atividades desenvolvidas no âmbito da RENEZIKA não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 8º)

Art. 9º A Secretaria-Executiva da RENEZIKA elaborará, conjuntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), proposta de regimento interno. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 9º)

§ 1º Para ser aprovada, a proposta de regimento interno deverá ser aceita pela maioria absoluta dos membros da Rede. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O regimento interno de que trata o "caput" será homologado por ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 9º, § 2º)

Anexo XXIV

Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) (Origem: PRT MS/GM 495/2006)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Fica instituída a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), com os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 1º)

I - estabelecer base de informações essenciais e consistentes sobre as condições de saúde no País, facilmente acessíveis pelos diversos tipos de usuários e construídas mediante processo interinstitucional de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 1º, I)

II - articular a participação de instituições que contribuam para a produção, a crítica e a análise de dados e indicadores relativos às condições de saúde; (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 1º, II)

III - implementar mecanismos de apoio para o aperfeiçoamento permanente da produção de dados e informações; (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 1º, III)

IV - promover intercâmbio com outros subsistemas especializados de informação da administração pública; (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 1º, IV)

V - contribuir para o estudo de aspectos de reconhecida relevância para a compreensão do quadro sanitário brasileiro; (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 1º, V)

VI - fomentar mecanismos indutores do uso de informações essenciais para orientar processos decisórios no âmbito do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 1º, VI)

VII - promover ações de intercâmbio que aprimorem a gestão do conhecimento em saúde. (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 1º, VII)

Art. 2º Integrarão a RIPSA: (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 2º)

I - no âmbito do Ministério da Saúde, os órgãos da administração direta e indireta responsáveis pela produção de informações e pela gestão de políticas nacionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 2º, I)

II - outras instituições, governamentais e não-governamentais, representativas dos segmentos técnicos, científicos, de gestão e de controle social, envolvidos na produção, na análise e na disseminação de dados de interesse da saúde; (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 2º, II)

III - especialistas de notório saber e renomada competência nos temas de interesse da RIPSA; e (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 2º, III)

IV - instâncias representativas das esferas de gestão estadual e municipal do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 2º, IV) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1343/2011)

Art. 3º Para a manutenção de fluxos contínuos e dinâmicos de dados e informações, poderão ser estabelecidas parcerias com entidades especializadas, mediante formalização de compromissos ou acordos que instituam bases de cooperação com essa finalidade. (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 3º)

Parágrafo Único. A base comum de dados e indicadores adotados na RIPSA ficará sediada no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que desenvolverá instrumentos informacionais para provisão e consolidação de dados oriundos das instituições-fontes, tornando disponível, na internet os produtos da Rede.(Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º As bases para a coordenação da RIPSA e a administração dos recursos vinculados à sua implementação serão fixadas em Termo de Cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que propiciará apoio técnico e administrativo para operação da Rede. (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 4º)

Art. 5º Sem prejuízo do disposto no art. 4º, a RIPSA terá os seguintes mecanismos de funcionamento: (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 5º)

I - Oficina de Trabalho Interagencial (OTI), fórum principal incumbido do planejamento participativo e da condução técnica dos trabalhos da Rede, com atribuição de assessoria especializada ao Conselho Nacional de Saúde, por força da Resolução CNS nº 279, de 6 de maio de 1998, e será integrada por representantes de instituições que se destacam na produção, na análise e na disseminação de dados e informações nacionais; (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 5º, I)

II - Comitês de Gestão de Indicadores (CGI), constituídos por entidades vinculadas a cada subconjunto temático de trabalho, com a responsabilidade de aperfeiçoar continuamente as bases de dados, mediante análises e adequações periódicas; e (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 5º, II)

III - Comitês Temáticos Interdisciplinares (CTI), constituídos, temporariamente, por proposição da OTI, para aprofundar a análise de questões metodológicas e operacionais relacionadas aos produtos da Rede. (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 5º, III)

Art. 6º Fica o Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde incumbido da Coordenação-Geral dos trabalhos da Rede e de implementar as medidas necessárias ao integral cumprimento das disposições deste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 6º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1343/2011)

Parágrafo Único. O Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde designará uma equipe de trabalho para atuar como Secretaria Técnica da RIPSA, em apoio à implementação das atividades previstas no planejamento operacional dos produtos a serem acordados. (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 6º, Parágrafo Único) (com redação dada pela PRT MS/GM 1343/2011)

CAPÍTULO II

DO COMITÊ GESTOR DO INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE (INS)

Art. 7º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor com a finalidade de planejar e coordenar a criação do Inquérito Nacional de Saúde (INS). (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 1º)

Art. 8º Caberá ao Comitê Gestor: (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º)

I - estabelecer as diretrizes gerais, planejar, organizar, fazer os levantamentos referentes às informações sobre inquéritos populacionais de saúde já realizados pelo Ministério da Saúde e aprovar o programa de trabalho a ser desenvolvido para a realização do INS; (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º, I)

II - solicitar às diversas áreas do Ministério da Saúde que apresentem as suas necessidades de informação para que se possa compor os objetos, a serem pesquisados no Inquérito Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º, II)

III - selecionar os objetos de pesquisa no INS; (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º, III)

IV - contatar o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para realizar em conjunto com o Ministério da Saúde a execução da pesquisa do INS; (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º, IV)

V - estabelecer interlocução junto aos Institutos de Ensino e Pesquisa e Universidades para levantar as experiências acumuladas em Inquéritos por eles gerenciados; (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º, V)

VI - articular com a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA) o planejamento e realização do INS; (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º, VI)

VII - definir plano de trabalho e cronograma para a realização do INS; e (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º, VII)

VIII - propor e viabilizar formas de disseminação e uso das informações geradas a partir da sistematização elaborada pelo Comitê Gestor. (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º, VIII)

Art. 9º O Comitê Gestor será composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos e entidade do Ministério da Saúde, sob a coordenação do primeiro: (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 3º)

I - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 3º, I)

II - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 3º, II)

III - Secretaria-Executiva (SE); e (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 3º, III)

IV - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 3º, IV)

Parágrafo Único. Os membros, titulares e suplentes, do Comitê deverão ser indicados respectivamente pelos órgãos e entidade, à coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 10. O Comitê poderá convidar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas ao objeto deste Capítulo, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 4º)

Art. 11. As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 5º)

Anexo XXV

Políticas Informadas por Evidências (EVIDENCE-INFORMED POLICY NETWORK - EVIPNET) (Origem: PRT MS/GM 2363/2009)

Art. 1º Fica instituído o Conselho Consultivo do Projeto EVIPNet Brasil, com a finalidade de propor temas, estabelecer prioridades, elaborar plano de trabalho, estabelecer metodologias, validar sumários executivos de evidências e avaliar resultados para aperfeiçoamento e sustentabilidade da rede. (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 1º)

Art. 2º Compõem o Conselho Consultivo as seguintes instituições, que designarão um representante titular e respectivo suplente: (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, I)

a) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia; (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, I, a) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

b) Secretaria-Executiva (SE); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, I, b) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

c) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, I, c) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

d) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, I, d) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2001/2013)

e) Secretaria de Atenção à Saúde(SAS); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, I, e) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2001/2013)

f) Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, I, f) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2001/2013)

g) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, I, g) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2001/2013)

II - Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

III - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme/OPAS/OMS) ; (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

IV - Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

V - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

VI - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, VI) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

VII - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

Art. 3º A coordenação do Conselho Consultivo da EVIPNet Brasil será exercida pelo Departamento de Ciência e Tecnologia, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 3º)

Art. 4º O Conselho Consultivo deverá reunir-se, ordinariamente, a cada seis meses e, extraordinariamente, sempre que a coordenação assim o convocar. (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 4º)

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 4, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017

Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, incisos I e II, da Constituição, resolve:

Art. 1º Os sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde (SUS) obedecerão ao disposto nesta Portaria.

CAPÍTULO I

DOS SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE

Art. 2º São sistemas nacionais de saúde:

I - Sistema Nacional de Transplantes (SNT), instituído pelo Decreto n° 2.268, de 30 de junho de 1997, na forma do Anexo I;

II - Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN), instituído pela Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 e disciplinado pela Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001;

III - Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB), na forma do Anexo II;

CAPÍTULO II

DOS SISTEMAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Art. 3º A Vigilância em Saúde obedecerá o disposto no Anexo III.

Art. 4º O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), observado o disposto no Anexo IV, é composto por:

I - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), instituído pelo Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, na forma do Anexo V;

II - Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental.

Art. 5º O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), instituído pela Lei nº 9.782, de 26 de Janeiro de 1999, observará o disposto no Anexo VI.

CAPÍTULO III

DO SISTEMA DE AUDITORIA DO SUS

Art. 6º A auditoria do SUS é realizada pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA), instituído pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1999, na forma do Anexo VII.

CAPÍTULO IV

DOS SUBSISTEMAS DO SUS

Art. 7º O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, instituído pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, é um subsistema do SUS na forma do Anexo VIII.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 8º Ficam revogadas, por consolidação, as seguintes normas:

I - Portaria nº 2600/GM/MS, de 21 de outubro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de outubro de 2009, p. 77;

II - Portaria nº 901/GM/MS, de 16 de agosto de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de agosto de 2000, p. 116;

III - Portaria nº 439/GM/MS, de 14 de março de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 2, de 16 de março de 2011, p. 48;

IV - Portaria nº 986/GM/MS, de 17 de maio de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 2, de 18 de maio de 2012, p. 46;

V - Portaria nº 487/GM/MS, de 2 de março de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de março de 2007, p. 29;

VI - Portaria nº 201/GM/MS, de 7 de fevereiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de fevereiro de 2012, p. 43;

VII - Portaria nº 2381/GM/MS, de 29 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de outubro de 2004, p. 160;

VIII - Portaria nº 1315/GM/MS, de 30 de novembro de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de dezembro de 2000, p. 26;

IX - Portaria nº 844/GM/MS, de 2 de maio de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de maio de 2012, p. 30;

X - Portaria nº 342/GM/MS, de 10 de março de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de março de 2014, p. 50;

XI - Portaria nº 1559/GM/MS, de 6 de setembro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de setembro de 2001, p. 55;

XII - Portaria nº 2933/GM/MS, de 27 de setembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de setembro de 2010, p. 38;

XIII - Portaria nº 263/GM/MS, de 31 de março de 1999, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de abril de 1999, p. 54;

XIV - Portaria nº 2031/GM/MS, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de setembro de 2004, p. 79;

XV - arts. 1º a 12, 30 a 32 e 46 da Portaria nº 1378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de julho de 2013, p. 48;

XVI - Portaria nº 1935/GM/MS, de 19 de julho de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 2, de 21 de julho de 2010, p. 32;

XVII - Portaria nº 204/GM/MS, de 17 de fevereiro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de fevereiro de 2016, p. 23;

XVIII - Portaria nº 2406/GM/MS, de 5 de novembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de novembro de 2004, p. 84;

XIX - Portaria nº 782/GM/MS, de 15 de março de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de março de 2017, p. 62;

XX - Portaria nº 1565/GM/MS, de 26 de agosto de 1994, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de agosto de 1994, p. 56;

XXI - Portaria nº 1660/GM/MS, de 22 de julho de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de julho de 2009, p. 45;

XXII - Portaria nº 1467/GM/MS, de 10 de julho de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de julho de 2006, p. 41;

XXIII - Portaria nº 743/GM/MS, de 18 de abril de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de abril de 2012, p. 35;

XXIV - Portaria nº 401/GM/MS, de 29 de março de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de março de 2001, p. 56;

XXV - Portaria nº 2123/GM/MS, de 29 de agosto de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de agosto de 2007, p. 90;

XXVI - Portaria nº 644/GM/MS, de 27 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de março de 2006, p. 70;

XXVII - Portaria nº 755/GM/MS, de 18 de abril de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de abril de 2012, p. 47;

XXVIII - Portaria nº 1800/GM/MS, de 9 de novembro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de novembro de 2015, p. 21;

XXIX - Portaria nº 1059/GM/MS, de 23 de julho de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de julho de 2015, p. 37;

XXX - Portaria nº 2974/GM/MS, de 4 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de dezembro de 2013, p. 234;

XXXI - Portaria nº 1801/GM/MS, de 9 de novembro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de novembro de 2015, p. 22.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

Anexo I

Sistema Nacional de Transplantes (SNT) (Origem: PRT MS/GM 2600/2009)

Art. 1º Fica aprovado o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 1º)

Parágrafo Único. É obrigatória a observância do disposto no Regulamento Técnico ora aprovado para o desenvolvimento de toda e qualquer atividade relacionada à utilização de células, tecidos, órgãos ou partes do corpo para fins de transplante em todo o território nacional. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 1º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO I

DA ESTRUTURA E DO FUNCIONAMENTO DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES (SNT)

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO I)

Seção I

Da Estrutura da Coordenação-Geral do SNT

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO I, Seção I)

Art. 2º As funções de órgão central do Sistema Nacional de Transplantes serão exercidas pelo Ministério da Saúde por meio da Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT), do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 2º)

§ 1º A CGSNT, para o exercício das funções previstas no art. 4°, incisos I a IX, do Decreto nº 2.268, de 1997, e no estabelecido no presente Regulamento, e visando harmonizar a sua atuação com as demais políticas, articular-se-á com os outros órgãos do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 2º, § 1º)

§ 2º É vedada a designação para o cargo de Coordenador-Geral do Sistema Nacional de Transplantes de qualquer membro em atividade integrante de equipe especializada habilitada à retirada de tecidos, órgãos, células e partes do corpo e/ou à realização de transplantes, bem como de integrantes de equipes técnicas de Bancos de Tecidos Humanos. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 2º, § 2º)

Art. 3º Para o exercício das funções que competem ao órgão central do SNT, a CGSNT será assistida por Grupo de Assessoramento Estratégico (GAE), cujas atribuições são: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 3º)

I - elaborar diretrizes para a política de transplantes e enxertos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 3º, I)

II - propor temas de regulamentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 3º, II)

III - identificar os indicadores de qualidade para as atividades de doação e transplantes; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 3º, III)

IV - analisar os relatórios com os dados sobre as atividades do SNT; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 3º, IV)

V - emitir parecer em situações especiais quando solicitados pela CGSNT. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 3º, V)

§ 1º O GAE, coordenado pelo Coordenador-Geral do SNT, terá um representante - titular e suplente - dos seguintes órgãos, entidades e associações: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 3º, § 1º)

I - Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), da Região Centro-Oeste; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 3º, § 1º, I)

II - CNCDOs da Região Nordeste; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 3º, § 1º, II)

III - CNCDOs da Região Norte; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 3º, § 1º, III)

IV - CNCDOs da Região Sudeste; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 3º, § 1º, IV)

V - CNCDOs da Região Sul; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 3º, § 1º, V)

VI - Conselho Federal de Medicina (CFM); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 3º, § 1º, VI)

VII - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 3º, § 1º, VII)

VIII - Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 3º, § 1º, VIII)

IX - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 3º, § 1º, IX)

X - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 3º, § 1º, X)

XI - Conselho Nacional de Saúde (CNS); e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 3º, § 1º, XI)

XII - Ministério Público Federal. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 3º, § 1º, XII)

§ 2º Os membros do GAE serão indicados pelos órgãos, entidades e associações relacionados no art. 3º, § 1º e nomeados pelo Secretário da SAS pelo período de dois anos. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O representante de cada Região será o Coordenador da CNCDO que, entre as integrantes daquela região geopolítica, apresentar melhor desempenho quanto à doação de órgãos e tecidos, considerados os indicadores de número de doadores reais por milhão de população. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 3º, § 3º)

§ 4º As reuniões do GAE serão presididas pelo Coordenador-Geral do SNT. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 3º, § 4º)

§ 5º Para apreciação de temas específicos, o GAE poderá convidar profissionais com notório saber em área de conhecimento específico. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 3º, § 5º)

§ 6º O Grupo terá ao menos duas reuniões ordinárias anualmente e reuniões extraordinárias, convocadas pelo Coordenador-Geral do SNT ou por, no mínimo, metade mais um dos membros titulares. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 3º, § 6º)

Art. 4º Para assessorá-la tecnicamente, a CGSNT contará com as seguintes Câmaras Técnicas Nacionais (CTNs), a saber: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 4º)

I - CTN de Captação e Doação de Órgãos, Tecidos, Células e Partes do Corpo; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 4º, I)

II - CTN de Histocompatibilidade; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 4º, II)

III - CTN de Transplante de Coração; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 4º, III)

IV - CTN de Transplante de Pulmão; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 4º, IV)

V - CTN de Transplante de Fígado; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 4º, V)

VI - CTN de Transplante de Pâncreas; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 4º, VI)

VII - CTN de Transplante de Rim; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 4º, VII)

VIII - CTN de Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 4º, VIII)

IX - CTN de Transplante e Banco de Tecidos Oculares; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 4º, IX)

X - CTN de Transplante e Banco Multitecidos (pele, tecidos cardiovasculares e tecidos musculoesqueléticos); e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 4º, X)

XI - CTN de Ética e Pesquisa em Transplantes. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 4º, XI)

§ 1º As CTNs serão instituídas por ato do Secretário de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Caso haja a incorporação de novas tecnologias, poderão ser criadas Câmaras Técnicas relacionadas a outras modalidades terapêuticas. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 4º, § 2º)

§ 3º O Regimento Interno das CTNs consta no Anexo 1 do Anexo I . (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 4º, § 3º)

Art. 5º Para execução das atividades de coordenação de logística e distribuição de órgãos e tecidos no processo de doação/transplante em âmbito nacional, a CGSNT contará com a Central Nacional de Transplantes (CNT), que terá as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 5º)

I - articulação com as CNCDOs e suas regionais, conforme definidas adiante, no art. 6º, e com os demais integrantes do Sistema Nacional de Transplantes; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 5º, I)

II - apoio ao gerenciamento da captação, dando suporte técnico e intermediação necessários à busca, em todo o território nacional, de tecidos, órgãos e partes do corpo humano nas situações em que as condições clínicas do doador, o tempo de isquemia fria e as condições de acessibilidade a permitam; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 5º, II)

III - gerenciamento da alocação de órgãos e tecidos entre Estados, em conformidade com a lista nacional de potenciais receptores, procurando otimizar as condições técnicas de preservação, transporte e distribuição, considerando os critérios estabelecidos na legislação em vigor, de forma a garantir o melhor aproveitamento dos órgãos disponíveis e a equidade na sua destinação. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 5º, III)

§ 1º Para fins de alocação de órgãos, a CNT adotará a seguinte organização macrorregional: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 5º, § 1º)

I - Região I - Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 5º, § 1º, I)

II - Região II - Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 5º, § 1º, II)

III - Região III - Goiás, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Distrito Federal, Tocantins, Amazonas, Pará, Acre, Roraima, Rondônia, Amapá e São Paulo; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 5º, § 1º, III)

IV - Região IV - Bahia, Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará, Maranhão e Piauí. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 5º, § 1º, IV)

§ 2º Para fins de alocação de tecidos captados, e não utilizados nos respectivos estados, a CNT adotará o critério de distribuição nacional, atendendo, prioritariamente, as urgências nacionais e, a seguir, à CNCDO onde houver potenciais receptores inscritos em lista há mais tempo. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 5º, § 2º)

§ 3º A CNT deverá funcionar vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 5º, § 3º)

§ 4º A CNT utilizará os seguintes formulários para realizar, autorizar e registrar os processos que envolvam alocação interestadual de órgãos e/ou tecidos, constantes no Anexo 12 do Anexo I : (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 5º, § 4º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300289

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

I - Formulário I - Solicitação de Transporte Aéreo ou Rodoviário; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 5º, § 4º, I)

II - Formulário II - Autorização de Transporte Terrestre; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 5º, § 4º, II)

III - Formulário III - Solicitação de Passagem; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 5º, § 4º, III)

IV - Formulário IV- Motivo de Recusa de Órgãos e Tecidos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 5º, § 4º, IV)

V - Formulário V - Notificação de Transplante Realizado; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 5º, § 4º, V)

VI - Formulário VI - Órgão Disponibilizado pela CNT e não utilizado pela CNCDO; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 5º, § 4º, VI)

VII - Formulário VII - Etiqueta para Transporte. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 5º, § 4º, VIII)

§ 5º A CNT enviará cópias dos formulários constantes no art. 5º, § 4º à CNCDO Estadual ou Distrital envolvida nos processos gerenciados por ela. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 5º, § 5º)

§ 6º A CNT emitirá relatórios mensais à CGSNT com informações operacionais, considerando questões de produção, logística de transporte e tempos mínimo, médio e máximo de cada etapa do processo de doação/transplante por ela gerenciado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 5º, § 6º)

Seção II

Da Estrutura das Coordenações Estaduais e do Distrito Federal

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO I, Seção II)

Art. 6º As Coordenações Estaduais do SNT serão exercidas pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, ou órgãos equivalentes, por intermédio das respectivas Coordenações Estaduais ou Distrital de Transplantes. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 6º)

§ 1º Para que se integrem ao SNT, conforme o disposto no art. 5º do Decreto nº 2.268, de 1997, os Estados e o Distrito Federal que possuam em seu território equipes especializadas e estabelecimentos de saúde autorizados para realizar diagnóstico de morte encefálica, retirada de órgãos e tecidos e transplantes e enxertos deverão contar com uma CNCDO. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 6º, § 1º)

§ 2º As atividades da Coordenação Estadual de Transplantes poderão ser delegadas, no todo ou em parte, à CNCDO Estadual, ou às CNCDOS Regionais. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 6º, § 2º)

§ 3º A Coordenação de Transplantes dos Estados ou do Distrito Federal poderá ser exercida pelo próprio Coordenador da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, exceto quando no Estado existirem CNCDOs Regionais. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 6º, § 3º)

§ 4º O Coordenador da CNCDO deverá ser preferencialmente médico e, em caso de indicação de Coordenador com outra habilitação profissional, deverá ser, obrigatoriamente, designado um médico para o cargo de Responsável Técnico pela CNCDO. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 6º, § 4º)

§ 5º É vedada a designação para os cargos de Coordenador Estadual de Transplantes, de Coordenador da CNCDO Estadual ou Distrital ou de Responsável Técnico da CNCDO, nos termos do art. 5º, de qualquer membro integrante em atividade de equipe especializada habilitada à retirada e/ou realização de transplantes ou de equipe técnico-administrativa de Bancos de Tecidos Humanos. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 6º, § 5º)

Art. 7º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde ou do Distrito Federal (SES): (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 7º)

I - elaborar, se necessário, normas complementares e congruentes com este Regulamento, em âmbito estadual; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 7º, I)

II - estruturar a CNCDO de forma a garantir seu adequado funcionamento e supervisionar suas atividades, bem como as demais atividades relacionadas ao transplante em sua área de atuação; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 7º, II)

III - solicitar à CGSNT o credenciamento da CNCDO; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 7º, III)

IV - solicitar à CGSNT o credenciamento de CNCDO regionais, atendidos os requisitos estabelecidos no art. 9º; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 7º, IV)

V - autorizar a criação da Organização de Procura de Órgãos e Tecidos - OPO, atendidos os requisitos estabelecidos na Seção I do Capítulo III, informando à CGSNT o cadastro atualizado das OPO, com as respectivas áreas de atuação, as metas estabelecidas e o seu efetivo funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 7º, V)

VI - manter e enviar à CGSNT, por meio do Formulário de Estatística Mensal da CNCDO constante no Anexo 17 do Anexo I , até o 10º (décimo) dia do mês subsequente, informações atualizadas sobre todas as atividades relacionadas aos transplantes no âmbito estadual, incluindo as atividades relacionadas aos doadores vivos; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 7º, VI)

VII - designar os membros das Câmaras Técnicas Estaduais de composição obrigatória para todas as modalidades de transplantes realizadas naquele Estado, exceto para Transplantes de Células - Tronco Hematopoéticas de TCTH, que é opcional, com, no mínimo, três membros para cada órgão/tecido, designados pelo Secretário Estadual ou do Distrito Federal, escolhidos entre especialistas da área afim, transplantadores ou não, e incluindo pelo menos um representante de serviço público e/ou de ensino que realize transplante para cada câmara técnica de órgão ou tecido. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 7º, VII)

Art. 8º Incumbe às CNCDOS: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 8º)

I - coordenar as atividades de transplantes no âmbito estadual ou distrital; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 8º, I)

II - promover e fornecer as ferramentas para inscrição de potenciais receptores, com todas as indicações necessárias a sua rápida localização e à verificação de compatibilidade do respectivo organismo para o transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e partes disponíveis de que necessite; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 8º, II)

III - classificar os potenciais receptores e agrupá-los segundo as indicações do art. 8º, II, em ordem estabelecida pela data de inscrição, fornecendo-lhes o necessário comprovante; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 8º, III)

IV - manter atualizado o sistema de informações disponibilizado pelo SNT com as inscrições que efetuar para a organização do cadastro nacional de potenciais receptores; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 8º, IV)

V - receber notificações de morte encefálica ou outra que enseje a retirada de tecidos, órgãos e partes para transplante, ocorrida em sua área de atuação; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 8º, V)

VI - determinar o encaminhamento e providenciar o transporte de tecidos, órgãos e partes retiradas ao estabelecimento de saúde autorizado, em que se encontrar o receptor selecionado, observado o disposto no inciso III deste artigo e em instruções deste Regulamento; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 8º, VI)

VII - notificar a CNT de órgãos, tecidos e partes do corpo não utilizáveis entre os potenciais receptores inscritos em seus registros, para utilização entre os relacionados no cadastro nacional; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 8º, VII)

VIII - encaminhar relatórios anuais à CGSNT sobre o desenvolvimento das atividades de transplante em sua área de atuação; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 8º, VIII)

IX - exercer controle e fiscalização sobre as atividades de que trata este Regulamento; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 8º, IX)

X - aplicar penalidades administrativas por infração às disposições da Lei nº 9.434, de 1997; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 8º, X)

XI - suspender, cautelarmente, pelo prazo máximo de sessenta dias, estabelecimentos e equipes especializadas, antes ou no curso do processo de apuração de infração que tenham cometido, se, pelos indícios conhecidos, houver fundadas razões de continuidade de risco de vida ou de agravos intoleráveis à saúde das pessoas;(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 8º, XI)

XII - comunicar a aplicação de penalidade à CGSNT, que a registrará para consulta quanto às restrições estabelecidas no art. 21, o § 2º, da Lei nº 9.434, de 1997, e cancelamento, se for o caso, da autorização concedida; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 8º, XII)

XIII - acionar o Ministério Público do Estado e outros órgãos públicos competentes, para reprimir ilícitos cuja apuração não esteja compreendida no âmbito de sua competência. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 8º, XIII)

§ 1º Competem exclusivamente às CNCDOS as atividades relacionadas ao gerenciamento do cadastro de potenciais receptores, recebimento das notificações de mortes encefálicas, promoção da organização logística e distribuição dos órgãos e/ou tecidos removidos na sua área de atuação. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 8º, § 1º)

§ 2º A CNCDO deverá atuar junto aos estabelecimentos de saúde por meio das Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPOS) e as Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOT), constituindo uma rede de regulação e apoio aos serviços de cuidados intensivos, emergências e administrativos. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 8º, § 2º)

§ 3º A CNCDO determinar as diretrizes nas diversas etapas do processo de doação de órgãos e tecidos, estabelecendo diretrizes de funcionamento, mapeando a necessidade de novas organizações de busca e participando ativamente da formação, capacitação, habilitação e educação permanente de seus profissionais. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 8º, § 3º)

§ 4º A captação de tecidos humanos - oculares, pele, músculo esquelético, valvas cardíacas e outros que vierem a ser utilizados para transplante - deverá ser organizada pela CNCDO em regiões de abrangência de Bancos de Tecidos específicos, devendo a mesma promover ou fiscalizar os trâmites logísticos necessários à adequada captação, acondicionamento e transporte do material coletado ao Banco de Tecidos. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 8º, § 4º)

§ 5º Nos Estados onde não houver Bancos de Tecidos, a CNCDO deverá articular-se com hospitais e bancos de outros Estados para incentivar e organizar a procura, a captação e o encaminhamento para processamento de tecidos humanos. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 8º, § 5º)

Art. 9º Poder-se-ão criar CNCDOs Regionais em polos administrativos, submetidas, para todos os efeitos à Coordenação Estadual de Transplantes e à CNCDO Estadual ou Distrital. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 9º)

§ 1º Compete às CNCDO Regionais: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 9º, § 1º)

I - coordenar as atividades de transplantes no âmbito regional; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 9º, § 1º, I)

II - promover a inscrição de potenciais receptores, com todas as indicações necessárias à sua rápida localização e à verificação de compatibilidade do respectivo organismo para o transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e partes disponíveis de que necessite; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 9º, § 1º, II)

III - classificar os potenciais receptores e agrupá-los, segundo as indicações do art. 9º, § 1º , II, em ordem estabelecida pela data de inscrição, fornecendo-lhes o necessário comprovante; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 9º, § 1º, III)

IV - comunicar à CNCDO as inscrições que efetuar para a organização do cadastro estadual de potenciais receptores; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 9º, § 1º, IV)

V - receber notificações de morte encefálica ou outra que enseje a retirada de tecidos, órgãos e partes para transplante, ocorrida em sua área de atuação; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 9º, § 1º, V)

VI - determinar o encaminhamento e providenciar o transporte de tecidos, órgãos e partes retiradas ao estabelecimento de saúde autorizado, em que se encontrar o receptor ideal, observado o disposto no inciso III deste artigo e neste Regulamento; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 9º, § 1º, VI)

VII - notificar a CNCDO de tecidos, órgãos e partes não aproveitáveis entre os potenciais receptores inscritos em seus registros, para utilização entre os relacionados no cadastro nacional; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 9º, § 1º, VII)

VIII - encaminhar relatórios à CNCDO sobre o desenvolvimento das atividades de transplante em sua área de atuação; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 9º, § 1º, VIII)

IX - exercer controle e fiscalização sobre as atividades de que trata este Regulamento. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 9º, § 1º, IX)

§ 2º A critério da CNCDO Estadual, poder-se-a alocar órgãos e tecidos em listas das CNCDO Regionais. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 9º, § 2º)

§ 3º As listas regionais poderão ser gerenciadas a partir da CNCDO Estadual ou Regional. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 9º, § 3º)

§ 4º A decisão de criação de listas ou CNCDO Regionais deverá levar em conta a relação custo/benefício de sua instalação quanto a aspectos populacionais, geográficos, logísticos, capacidade instalada, em especial a existência de laboratório de histocompatibilidade e tempo de isquemia fria admissível para órgãos e tecidos.(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 9º, § 4º)

§ 5º Será admitida a criação de CNCDO Regional cuja circunscrição englobe mais de um Estado, com observância dos fluxos de referência e contrarreferência já estabelecidos na assistência aos potenciais receptores, pactuados pelos Estados e Municípios que a integrarão, devendo ser a Regional coordenada por apenas uma das CNCDO, Estaduais das unidades da Federação envolvidas. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 9º, § 5º)

CAPÍTULO II

DA CENTRAL NACIONAL DE TRANSPLANTES E DAS CENTRAIS DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO II)

Seção I

Da Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos

Art. 10. Criar, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, a Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos. (Origem: PRT MS/GM 901/2000, Art. 1º)

§ 1º A Central Nacional, ora criada, está subordinada à coordenação do órgão central do Sistema Nacional de Transplantes e é sua auxiliar no desenvolvimento das seguintes atividades e atribuições: (Origem: PRT MS/GM 901/2000, Art. 1º, § 1º)

I - gerenciamento da lista única nacional de receptores, com todas as indicações necessárias à busca, em todo o território nacional, de tecidos, órgãos e partes compatíveis com suas condições orgânicas; (Origem: PRT MS/GM 901/2000, Art. 1º, § 1º, a)

II - implantação e gerenciamento do sistema nacional de informações em transplantes - listas de espera, captação e distribuição de órgãos, realização de transplantes e seus resultados; (Origem: PRT MS/GM 901/2000, Art. 1º, § 1º, b)

III - articulação com as Centrais Estaduais/Regionais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos e com os demais integrantes do Sistema Nacional de Transplantes; (Origem: PRT MS/GM 901/2000, Art. 1º, § 1º, c)

IV - articulação da distribuição de órgãos entre estados, quando for ocaso, fazendo-o em conformidade com a lista nacional de receptores, com as condições técnicas, de transporte e distribuição e demais critérios estabelecidos na legislação em vigor, de forma a garantir o melhor aproveitamento dos órgãos disponíveis e a equidade na sua destinação; (Origem: PRT MS/GM 901/2000, Art. 1º, § 1º, d)

V - auxílio às CNCDO na articulação dos meios que viabilizem o transporte dos órgãos captados quando se tratar de distribuição entre estados. (Origem: PRT MS/GM 901/2000, Art. 1º, § 1º, e)

§ 2º A Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos deverá funcionar, ininterruptamente, nas 24 horas do dia. (Origem: PRT MS/GM 901/2000, Art. 1º, § 2º)

Art. 11. Determinar que a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) estabeleça as normas de funcionamento e critérios técnicos a serem utilizados pela Central Nacional de que trata o art. 10 e articule, com as correspondentes unidades do Ministério da Saúde, os meios necessários à sua operacionalização e funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 901/2000, Art. 2º)

Seção II

Do Credenciamento das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Estaduais e Regionais

Art. 12. O credenciamento das CNCDO será concedido pela CGSNT, conforme o disposto nos arts. 4º, inciso VIII, 5º e seus parágrafos 1º e 2º, do Decreto nº 2.268, de 1997. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 10)

§ 1º A solicitação de credenciamento, para as finalidades constantes no art. 7º, incisos I a XIII do Decreto nº 2.268, de 1997, deverá conter as seguintes informações sobre a CNCDO: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 10, § 1º)

I - cópia do ato de sua instituição pela Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal, conforme o disposto art. 5º do Decreto nº 2.268, de 1997; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 10, § 1º, I)

II - cópia do seu estatuto ou estrutura básica e das rotinas de funcionamento; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 10, § 1º, II)

III - declaração do Secretário de Saúde Estadual ou do Distrito Federal, com o seguinte teor: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 10, § 1º, III)

a) garantia de funcionamento da CNCDO vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 10, § 1º, III, a)

b) existência de infraestrutura, tais como equipamentos de informática e comunicação, que garantam a agilidade, a segurança e a transparência dos processos de inclusão de potenciais receptores no Cadastro Técnico Único e distribuição de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 10, § 1º, III, b)

c) apoio às equipes das OPOS e no CIHDOTTs. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 10, § 1º, III, c)

IV - endereço completo de sua sede; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 10, § 1º, IV)

V - nome e habilitação profissional do seu dirigente titular; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 10, § 1º, V)

VI - indicação dos Municípios e a respectiva população, compreendidos em sua área de atuação; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 10, § 1º, VI)

VII - cópia do termo formal de cooperação, caso venha a atuar no território ou em parte de outro Estado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 10, § 1º, VII)

§ 2º A infraestrutura mínima da CNCDO deve contar com área física exclusiva, linhas telefônicas com dispositivos de gravação 24 (vinte e quatro horas) por dia, 7 (sete dias) por semana, fax, computadores com gravadora, impressora, acesso à internet, scanner ou copiadora, endereços eletrônicos ou tecnologia similar ou sucedânea para informações gerais à sociedade e consulta de posição no cadastro técnico pelos potenciais receptores; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 10, § 2º)

§ 3º Qualquer alteração relativa às informações indicadas no § 1º deste artigo devem ser comunicadas por escrito à CGSNT, no prazo máximo de trinta dias a contar da data em que ocorreu. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 10, § 3º)

Art. 13. A autorização das CNCDO regionais será concedida pela CGSNT, conforme o disposto no art. 4º, inciso VIII, e no art. 5º, §§ 1º e 2º, do Decreto nº 2.268, de 1997. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 11)

Seção III

Do Comitê Estratégico para o Programa de Desenvolvimento de Equipes de Captação de Órgãos e Transplantes

Art. 14. Fica constituído Comitê Estratégico, no âmbito do Ministério da Saúde, responsável pelo Programa de Desenvolvimento de Equipes de Captação de Órgãos e Transplantes. (Origem: PRT MS/GM 439/2011, Art. 1º)

Art. 15. O Comitê de que trata o art. 14 será composto por: (Origem: PRT MS/GM 439/2011, Art. 2º)

I - Ministro de Estado da Saúde, que o presidirá; (Origem: PRT MS/GM 439/2011, Art. 2º, I)

II - Coordenador-Executivo do Conselho Técnico-Consultivo, designado pelo Ministro de Estado da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 439/2011, Art. 2º, II)

III - Secretária-Executiva do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 439/2011, Art. 2º, III)

IV - Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 439/2011, Art. 2º, IV)

V - Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 439/2011, Art. 2º, V)

Art. 16. O Comitê Estratégico será assessorado por um Conselho Técnico-Consultivo, composto por 16 (dezesseis) membros titulares e 4 (quatro) membros suplentes de notório saber em área de conhecimento específico. (Origem: PRT MS/GM 439/2011, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 986/2012)

§ 1º Os membros do Conselho serão indicados pelo respectivo Coordenador-Executivo e designados pelo Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 439/2011, Art. 3º, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 986/2012)

§ 2º O Coordenador-Executivo acompanhará as atividades desempenhadas pelo Conselho Técnico-Consultivo referindo suas sugestões ao Comitê Estratégico. (Origem: PRT MS/GM 439/2011, Art. 3º, § 2º)

Art. 17. Compete ao Comitê Estratégico: (Origem: PRT MS/GM 439/2011, Art. 4º)

I - elaborar propostas de execução e projetos de apoio ao Programa de Desenvolvimento de Equipes de Captação de Órgãos e Transplantes; (Origem: PRT MS/GM 439/2011, Art. 4º, I)

II - avaliar e aprovar propostas oriundas de projetos, filantrópicos ou não, referentes à capacitação de profissionais de Captação de Órgãos e Transplantes; (Origem: PRT MS/GM 439/2011, Art. 4º, II)

III - sugerir estudos de avaliação do impacto da implantação de equipes de captação e realização de transplantes de órgãos e tecidos na rede local e regional de saúde; (Origem: PRT MS/GM 439/2011, Art. 4º, III)

IV - apresentar proposta de ação dirigida às regiões de menores taxas de captação de órgãos e de realização de transplantes e de maiores taxas de mortalidade; e (Origem: PRT MS/GM 439/2011, Art. 4º, IV)

V - pronunciar-se sobre o estado da arte de novas tecnologias em transplantes de órgãos e tecidos e proposta de estudos dirigidos para a realidade do Brasil. (Origem: PRT MS/GM 439/2011, Art. 4º, V)

§ 1º O Comitê Estratégico terá, no mínimo, 4 (quatro) reuniões ordinárias anualmente e reuniões extraordinárias, convocadas pelo Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 439/2011, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O Conselho Técnico-Consultivo se reunirá, a qualquer tempo, mediante provocação do seu Coordenador-Executivo. (Origem: PRT MS/GM 439/2011, Art. 4º, § 2º)

§ 3º O membro impossibilitado de participar em reunião do Comitê Estratégico ou do Conselho Técnico-Consultivo deverá comunicar a sua ausência ao Gabinete do Ministro com antecedência mínima de 2 (dois) dias úteis. (Origem: PRT MS/GM 439/2011, Art. 4º, § 3º)

§ 4º As reuniões do Conselho Técnico-Consultivo acontecerão preferencialmente em Brasília-DF. (Origem: PRT MS/GM 439/2011, Art. 4º, § 4º)

Art. 18. O Comitê Estratégico e o Conselho Técnico-Consultivo terão o apoio administrativo do Gabinete do Ministro para o desempenho de suas atividades. (Origem: PRT MS/GM 439/2011, Art. 5º)

Art. 19. As funções dos membros do Comitê Estratégico e dos representantes do Conselho Técnico-Consultivo não serão remuneradas e seu exercício será considerado de relevância para o serviço público. (Origem: PRT MS/GM 439/2011, Art. 6º)

Art. 20. O Gabinete do Ministro adotará as providências necessárias para a operacionalização das atividades de que tratam esta Seção. (Origem: PRT MS/GM 439/2011, Art. 7º)

Art. 21. O Conselho Técnico-Consultivo disporá de Regimento Interno, que deverá ser elaborado pelos seus membros para posterior aprovação pelo Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 986/2012, Art. 4º)

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO DAS OPOs E DAS CIHDOTTs

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO III)

Seção I

Das Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPOs)

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 22. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, em conformidade com a avaliação da respectiva CNCDO, estão autorizadas a criar Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPOs). (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 12)

§ 1º As OPOs eventualmente criadas deverão se reportar à respectiva CNCDO e atuar em parceria com as CIHDOTT dos hospitais localizados na sua área de atuação. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 12, § 1º)

§ 2º A OPO deve ter seus limites de atuação definidos por critérios geográficos e populacionais, bem como atuar de forma regionalizada para a detecção e demais procedimentos de viabilização de potencial doador de órgãos e tecidos para transplantes, podendo a CNCDO delegar à OPO o apoio e a organização necessários à execução dos processos de doação de órgãos, na sua área geográfica de atuação. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 12, § 2º)

§ 3º A OPO não deverá ter qualquer ingerência sobre a distribuição dos órgãos/tecidos por ela captados. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 12, § 3º)

§ 4º A OPO deverá contar, obrigatoriamente, com pelo menos um médico coordenador, além de enfermeiros e agentes administrativos de nível médio, devendo todos os seus profissionais de nível superior possuir experiência comprovada em áreas de cuidados de pacientes críticos, diagnóstico de morte encefálica, triagem de doadores e entrevista com familiares de potenciais doadores. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 12, § 4º)

§ 5º Poderão integrar a OPO equipes especializadas de retirada multiorgânica e/ou multitecidos. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 12, § 5º)

§ 6º É vedada a designação para o cargo de Coordenador da OPO de qualquer membro integrante de equipe especializada habilitada à retirada e/ou realização de transplantes em atividade. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 12, § 6º)

§ 7º A OPO poderá exercer as competências da CIHDOTT do estabelecimento de saúde onde eventualmente estiver sediada. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 12, § 7º)

§ 8º A CNCDO deverá pactuar formalmente a inserção dos hospitais da área de atuação da OPO. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 12, § 8º)

§ 9º As direções técnicas dos hospitais participantes deverão tomar todas as providências para garantir aos profissionais da OPO o pleno acesso a suas dependências, em especial às unidades de internação, tratamento intensivo, emergências ou similares, centros cirúrgicos, bem como às unidades de meios diagnósticos relacionados à atividade de busca de órgãos. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 12, § 9º)

§ 10. A solicitação da criação de OPO pelas Secretarias Estaduais ou do Distrito Federal deverá ser encaminhada à CGSNT para sua autorização de funcionamento e habilitação, acompanhada de: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 12, § 10)

I - relação dos hospitais participantes dentro de sua área de atuação com os respectivos termos de pactuação; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 12, § 10, I)

II - certidão negativa de infração ética fornecida pelos respectivos conselhos de classe das áreas de atuação dos profissionais integrantes; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 12, § 10, II)

III - comprovação de formação e experiência profissional de seus integrantes; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 12, § 10, III)

IV - regime de trabalho de seus integrantes; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 12, § 10, IV)

V - endereço e descrição das instalações físicas onde funcionará a OPO. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 12, § 10, V)

Art. 23. São atribuições da OPO: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13)

I - organizar, no âmbito de sua circunscrição, a logística da procura de doadores; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13, I)

II - criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos nos hospitais de sua área de abrangência a possibilidade da doação de órgãos e tecidos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13, II)

III - articular-se com as equipes médicas dos diversos hospitais, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13, III)

IV - articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13, IV)

V - viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina - CFM sobre o tema; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13, V)

VI - notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doação; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13, VI)

VII - manter o registro do número de óbitos ocorridos nas instituições sob sua abrangência, com levantamento dos casos de coma e Glasgow igual ou abaixo de 7 que tenham evoluído para óbito; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13, VII)

VIII - promover e organizar ambientes e rotinas para o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito dos hospitais; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13, VIII)

IX - participar das entrevistas familiares quando solicitada por estabelecimento de saúde de sua área de atuação. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13, IX)

X - articular-se com os respectivos Institutos Médicos Legais-IML e os Serviços de Verificação de Óbito - SVO para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde onde se encontram, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13, X)

XI - articular-se com as respectivas CNCDOs, CIHDOTTs e bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13, XI)

XII - orientar e capacitar o setor responsável, nos estabelecimentos de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei nº 9.434, de 1997; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13, XII)

XIII - capacitar multiplicadores sobre acolhimento familiar, morte encefálica e manutenção de doadores e demais aspectos do processo de doação/transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13, XIII)

XIV - manter os registros de suas intervenções e atividades diárias atualizados conforme os indicadores de eficiência para a área; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13, XIV)

XV - apresentar mensalmente os relatórios de produção à CNCDO; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13, XV)

XVI - implementar programas de qualidade e boas práticas relativos a todas as atividades que envolvam doação/transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo no âmbito da OPO; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13, XVI)

XVII - registrar, para cada processo de doação, informações referentes constantes na Ata do Processo Doação/Transplante, constante no Formulário I, Anexo 18 do Anexo I . (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13, XVII)

§ 1º Todas as informações relativas aos potenciais doadores levantadas pela OPO deverão ser encaminhadas à respectiva CNCDO, por meio do Formulário II, Anexo 18 do Anexo I . (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13, § 1º)

§ 2º Deverão ser pactuadas entre as OPOs e as CNCDOs as metas semestrais referentes às suas atividades. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13, § 2º)

§ 3º As CNCDOs deverão acompanhar a atuação das OPOs em nível intra e inter-hospitalar em todas as atividades relacionadas à doação e transplante de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13, § 3º)

§ 4º Os indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo, relativos à OPO e à CIHDOTT encontram-se estabelecidos na Lista de Indicadores do Anexo 19 do Anexo I . (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13, § 4º)

§ 5º As CNCDOs, em conjunto com as OPOs, deverão executar ações de educação, divulgação e promoção da doação, incluindo as relativas aos transplantes de células-tronco hematopoéticas. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13, § 5º)

§ 6º As CNCDOs deverão encaminhar à SES e à CGSNT um relatório anual sobre o desempenho da OPOs em que deverão constar as metas pactuadas. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13, § 6º)

§ 7º As atribuições comuns da OPOs e da CIHDOTTs serão exercidas de maneira cooperativa e ambas serão corresponsáveis pelo desempenho da rede de atenção à doação de órgãos, na sua área de atuação. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 13, § 7º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300291

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Seção II

Das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTTs)

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 24. A criação das CIHDOTTs será obrigatória naqueles hospitais públicos, privados e filantrópicos que se enquadrem nos perfis relacionados abaixo, obedecida a seguinte classificação: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 14)

I - CIHDOTT I: estabelecimento de saúde com até 200 (duzentos) óbitos por ano e leitos para assistência ventilatória (em terapia intensiva ou emergência), e profissionais da área de medicina interna ou pediatria ou intensivismo, ou neurologia ou neurocirurgia ou neuropediatria, integrantes de seu corpo clínico; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 14, I)

II - CIHDOTT II: estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não-oncológico, com 200 (duzentos) a 1000 (mil) óbitos por ano; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 14, II)

III - CIHDOTT III: estabelecimento de saúde não-oncológico com mais de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde com pelo menos um programa de transplante de órgão. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 14, III)

Parágrafo Único. A criação das CIHDOTT será opcional para todos os demais hospitais que não se enquadrem nos perfis descritos nos incisos deste artigo, e deverão ser classificadas pela CNCDO Estadual ou Regional. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 25. A CIHDOTT deverá ser instituída por ato formal da direção de cada estabelecimento de saúde, deverá estar vinculada diretamente à diretoria médica da instituição e ser composta por, no mínimo, três membros integrantes de seu corpo funcional, dos quais um, que deverá ser médico ou enfermeiro, será o Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 15)

§ 1º A direção do estabelecimento de saúde deverá prover área física definida e equipamentos adequados para gerenciamento e armazenamento de informações e documentos, intercomunicação entre os diversos participantes participantes do processo, e conforto para profissionais e familiares dos potenciais doadores, pleno funcionamento da CIHDOTT, bem como definir o regime de trabalho dos seus membros quanto à atuação na Comissão. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 15, § 1º)

§ 2º Nos hospitais com CIHDOTTs classificadas como II e III, conforme o art. 24, o Coordenador da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante deverá possuir carga horária mínima de vinte horas semanais dedicadas exclusivamente à referida Comissão. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 15, § 2º)

§ 3º O Coordenador da CIHDOTT classificada como III deverá ser obrigatoriamente um profissional médico. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 15, § 3º)

§ 4º A CIHDOTT deverá publicar Regimento Interno próprio e promover reuniões periódicas registradas em ata. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 15, § 4º)

§ 5º O Coordenador da CIHDOTT responderá administrativa e tecnicamente ao Diretor Técnico do estabelecimento de saúde ao qual esteja vinculado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 15, § 5º)

§ 6º No âmbito do estabelecimento de saúde onde está constituída, a CIHDOTT deverá ter prerrogativas específicas para o exercício das atividades relativas ao processo doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo para transplante, nos termos da lei e deste Regulamento. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 15, § 6º)

§ 7º Os hospitais devem solicitar à CNCDO autorização de funcionamento da CIHDOTT, informando sua constituição, acompanhada de certidão negativa de infração ética junto ao seu órgão de classe relativa ao Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 15, § 7º)

§ 8º A respectiva CNCDO deverá informar à CGSNT a constituição das CIHDOTTs. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 15, § 8º)

Art. 26. São atribuições da CIHDOTT: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 16)

I - organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 16, I)

II - criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde, e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 16, II)

III - articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 16, III)

IV - articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 16, IV)

V - viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do CFM sobre o tema; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 16, V)

VI - notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doação; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 16, VI)

VII - manter o registro do número de óbitos ocorridos em sua instituição; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 16, VII)

VIII - promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 16, VIII)

IX - articular-se com os respectivos IML e SVO para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 16, IX)

X - articular-se com as respectivas CNCDOs, OPOs e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 16, X)

XI - arquivar, guardar adequadamente e enviar à CNCDO cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei Nº 9.434, de 1997; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 16, XI)

XII - orientar e capacitar o setor responsável, no estabelecimento de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei Nº 9.434, de 1997; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 16, XII)

XIII - responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 16, XIII)

XIV - manter os registros de suas intervenções e atividades diárias atualizados conforme Anexo 19 do Anexo I ; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 16, XIV)

XV - apresentar mensalmente os relatórios à CNCDO, conforme o Anexo 19 do Anexo I ; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 16, XV)

XVI - nos casos em que se aplique, articular-se com as demais instâncias intra e interinstitucionais no sentido de garantir aos candidatos a receptores de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo o acesso às equipes especializadas de transplante, bem como auditar internamente a atualização junto à CNCDO das informações pertinentes a sua situação clínica e aos demais critérios necessários à seleção para alocação dos enxertos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 16, XVI)

XVII - acompanhar a produção e os resultados dos programas de transplantes de sua instituição, nos casos em que se apliquem, inclusive os registros de seguimento de doadores vivos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 16, XVII)

XVIII - implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 16, XVIII)

XIX - registrar, para cada processo de doação, informações constantes na Ata do Processo Doação/Transplante, do Anexo 18 do Anexo I . (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 16, XIX)

Parágrafo Único. Os indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo relativos às CIHDOTTs encontram-se estabelecidos no Anexo 19 do Anexo I . (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 16, Parágrafo Único)

Art. 27. A avaliação dos indicadores de desempenho das CIHDOTT classificadas como III, conforme o art. 24, em relação às metas pactuadas com a CNCDO Estadual e/ou Regional, será critério de renovação de autorização de estabelecimentos e equipes especializadas. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 17)

CAPÍTULO IV

DA AUTORIZAÇÃO DE EQUIPES ESPECIALIZADAS E DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO IV)

Seção I

Das Condições Gerais

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO IV, Seção I)

Art. 28. O transplante de tecidos, órgãos, células ou partes do corpo só poderá ser realizado por estabelecimento de saúde e equipes especializadas de retirada e transplante previamente autorizados pela CGSNT. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 18)

§ 1º A exigência estabelecida no caput deste artigo é aplicável a todos os estabelecimentos de saúde públicos ou privados e às equipes especializadas, independentemente de vínculo jurídico com o Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 18, § 1º)

§ 2º O estabelecimento de saúde responsável pela realização de transplantes ou enxertos de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo deverá atender às normas de vigilância sanitária vigentes. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 18, § 2º)

Art. 29. A autorização para retirada de tecidos, órgãos, células ou partes do corpo humano, realização de transplantes e acompanhamento dos pacientes transplantados será concedida pela CGSNT, aos estabelecimentos de saúde, em conformidade com o disposto nos arts. 4º, inciso IV; 8º e 9º do Decreto nº 2.268, de 1997, e se atendidas as exigências e fluxos estabelecidos no Anexo 20 do Anexo I . (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 19)

§ 1º As solicitações para a autorização podem ser formalizadas para a realização, conjunta ou separadamente, das atividades de retirada e/ou transplantes e/ou acompanhamento pós-transplante de tecidos, órgãos, células ou partes do corpo humano. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 19, § 1º)

§ 2º As atividades de acompanhamento pré-transplante e atualização das informações do potencial receptor no Cadastro Técnico Único (CTU) estarão limitadas às equipes especializadas e aos estabelecimentos autorizados para realização de transplante. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 19, § 2º)

§ 3º A cada especialidade de transplante, segundo o órgão, tecido, célula ou parte do corpo objeto da atividade, corresponderá uma autorização, a ser assim requerida. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 19, § 3º)

Art. 30. A autorização para retirada de tecidos, órgãos, células ou partes do corpo, realização de transplantes, e acompanhamento pós-transplante será concedida pela Coordenação-Geral do SNT às equipes especializadas, conforme o disposto nos arts. 10 e 11 do Decreto nº 2.268, de 1997, e atendidas as exigências e fluxos estabelecidos no Anexo 20 do Anexo I . (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 20)

§ 1º As solicitações para a autorização podem ser formalizadas para a realização, conjunta ou separadamente, das atividades de retirada e/ou transplantes e/ou acompanhamento pós-transplante de tecidos, órgãos, células ou partes do corpo humano. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 20, § 1º)

§ 2º A retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo de doadores vivos e de órgãos de doadores falecidos deverá ser realizada por médico, necessariamente pertencente às equipes especializadas autorizadas nos termos deste Regulamento. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 20, § 2º)

§ 3º A retirada de tecidos de doadores falecidos poderá ser realizada por médicos ou enfermeiros, sendo aceitável a participação de profissional de nível técnico, desde que treinados e certificados para tal, e sob autorização, supervisão e responsabilidade do responsável técnico do banco para onde os tecidos serão transferidos, devidamente autorizados nos termos deste Regulamento. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 20, § 3º)

§ 4º A autorização isolada para retirada ou acompanhamento pós-transplante de tecidos, órgãos, células ou partes do corpo humano estará condicionada a supervisão técnica, formalmente estabelecida, de equipe especializada, autorizada para realização de transplantes nos termos deste Regulamento. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 20, § 4º)

Art. 31. Qualquer alteração em relação às equipes especializadas ou aos estabelecimentos de saúde deverá ser comunicada à SES, conforme o disposto no art. 9º do Decreto nº 2.268, de 1997. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 21)

Parágrafo Único. A SES verificará a continuidade do atendimento às disposições deste Regulamento e enviará parecer conclusivo à CGSNT para proceder à análise e publicação das decisões no Diário Oficial da União (DOU). (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 32. A solicitação de cancelamento de autorização para as equipes especializadas ou para os estabelecimentos de saúde poderá ser requerida por iniciativa da: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 22)

I - Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 22, I)

II - Secretarias de Saúde dos Estados; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 22, II)

III - Hospitais, laboratórios ou bancos de tecidos; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 22, III)

IV - Equipes especializadas de transplantes. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 22, IV)

§ 1º No caso dos incisos II, III e IV deste artigo, o processo devidamente instruído deverá ser apresentado à CGSNT, que emitirá parecer conclusivo. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 22, § 1º)

§ 2º O cancelamento da autorização de equipe especializada provocado por ato ilícito estender-se-á a toda e qualquer atividade em transplante da referida equipe, independentemente da sua natureza pública ou privada. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 22, § 2º)

Art. 33. Os estabelecimentos de saúde não autorizados a retirar tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverão permitir a imediata remoção do paciente ou franquear suas instalações e fornecer o apoio operacional necessário às equipes especializadas, hipótese em que serão ressarcidos na forma da lei. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 23)

§ 1º A obrigatoriedade de que trata o caput deste artigo se aplica a estabelecimentos de saúde públicos ou privados. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 23, § 1º)

§ 2º A equipe de retirada envolvida deve estar autorizada nos termos do inciso I do art. 27. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 23, § 2º)

Art. 34. Para que sejam considerados aptos a realizar os procedimentos de doação de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo, exceto células-tronco hematopoéticas, os estabelecimentos de saúde que se enquadrem na situação descrita no art. 30 devem possuir no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 24)

I - cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 24, I)

II - perfil de assistência compatível com a identificação e a notificação de morte encefálica (existência de médico capacitado a realizar o exame clínico descrito no Protocolo de Morte Encefálica, conforme Resolução do CFM e da existência de aparelho de suporte à ventilação mecânica - respirador/ventilador mecânico) no caso de doação de órgãos; e; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 24, II)

III - perfil de assistência capaz de gerar notificação de óbitos no caso de doação apenas de tecidos (óbito com coração parado). (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 24, III)

Parágrafo Único. A notificação do óbito deverá ser feita à CNCDO Estadual ou Regional. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 24, Parágrafo Único)

Art. 35. A autorização de estabelecimentos de saúde e equipes especializadas para a retirada e/ou transplante e/ou acompanhamento pós-transplante de órgãos, tecidos, ou células ou partes do corpo, deverá ser renovada a cada dois anos, devendo o estabelecimento de saúde e/ou responsável pela equipe especializada formalizar o pedido de renovação à SES. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 25)

§ 1º O processo de renovação de autorização de estabelecimentos de saúde deverá ser instruído com: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 25, § 1º)

I - preenchimento do formulário correspondente ao órgão ou tecido em questão e declaração do Diretor Técnico de permanência das condições de instalações físicas, equipamentos, recursos humanos, rotinas técnicas e administrativas que permitiram a autorização original; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 25, § 1º, I)

II - nominata e indicadores de eficiência da CIHDOTT; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 25, § 1º, II)

III - relatório da produção e acompanhamento dos resultados de transplantes com doadores vivos e falecidos realizados durante os períodos de vigência da autorização, apresentando o resultado de sobrevida de pacientes e enxertos aos 15 dias, 3º, 6º, 12º, 36º e 60º meses, nos casos em que se aplique; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 25, § 1º, III)

IV - relatório do acompanhamento anual dos doadores vivos, quando se aplique; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 25, § 1º, IV)

V - permissão de funcionamento do serviço emitida pela vigilância sanitária local, com data de validade referente ao ano do pedido de renovação; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 25, § 1º, V)

VI - cópias dos procedimentos operacionais e assistenciais atualizadas. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 25, § 1º, VI)

§ 2º O processo de renovação de autorização de equipes especializadas deverá ser instruído com: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 25, § 2º)

I - preenchimento do formulário correspondente ao órgão ou tecido em questão; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 25, § 2º, I)

II - certidão negativa de infração ética emitida pelo respectivo CRM para cada membro da equipe; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 25, § 2º, II)

III - relatório da produção e acompanhamento dos transplantes com doadores vivos e falecidos realizados durante o período da autorização, apresentando os resultados de sobrevida de pacientes e enxertos aos primeiros 15 dias, 3º, 6º, 12º, 36º e 60º meses, nos casos em que se aplique; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 25, § 2º, III)

IV - relatório do acompanhamento anual dos doadores vivos, quando se aplique; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 25, § 2º, IV)

V - relatório dos órgãos e tecidos recusados para transplante e das razões de recusa, durante o último período de vigência da autorização; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 25, § 2º, V)

VI - cópias dos procedimentos operacionais e assistenciais atualizadas. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 25, § 2º, VI)

Art. 36. As decisões da CGSNT em relação à concessão, renovação e cancelamento de autorização serão condicionadas ao cumprimento do disposto no arts. 8º e 9º do Decreto nº 2.268, de 1997, e às exigências estabelecidas no Anexo 20 do Anexo I e deverão estar embasadas na constituição da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS, nas necessidades assistenciais identificadas pelos gestores locais, na adequação ética e legal no exercício da atividade, bem como nos indicadores de eficiência e efetividade. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 26)

§ 1º As decisões referidas no caput deste artigo serão publicadas no DOU por meio de Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS). (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 26, § 1º)

§ 2º Após a publicação, as autorizações deverão ser introduzidas no sistema de informações do SNT. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 26, § 2º)

CAPÍTULO V

DO SISTEMA DE LISTA ÚNICA

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO V)

Seção I

Das Disposições Gerais

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO V, Seção I)

Art. 37. Todos os tecidos, órgãos, células ou partes do corpo obtidos de doador falecido que, para a sua destinação, contarem com potenciais receptores em regime de espera, deverão ser distribuídos conforme o Sistema de Lista Única. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 27)

Art. 38. O Sistema de Lista Única será constituído pelo conjunto de potenciais receptores brasileiros, natos ou naturalizados, ou estrangeiros residentes no país inscritos para recebimento de cada tipo de órgão, tecido, célula ou parte do corpo, e regulado por um conjunto de critérios específicos para a distribuição deles a estes potenciais receptores, assim constituindo o Cadastro Técnico Único (CTU). (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 28)

Parágrafo Único. É vedado o transplante, com órgãos, tecidos, células ou partes do corpo humano, provenientes de qualquer tipo de doador, de potenciais receptores estrangeiros que não possuam visto de residência permanente no Brasil, salvo a existência de tratados internacionais em bases de reciprocidade. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 28, Parágrafo Único)

Art. 39. Os dados clínicos dos candidatos a receptor, inscritos no Sistema de Lista Única, constituem o CTU referente a cada tipo de órgão, tecido ou parte do corpo humano, sendo que um mesmo paciente não poderá integrar dois cadastros, ao mesmo tempo, em diferentes CNCDO. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 29)

§ 1º É responsabilidade da equipe especializada autorizada para a realização de transplantes a manutenção e atualização das informações sobre a situação clínica dos pacientes por ela listados, em especial os dados que concernem aos critérios de seleção a serem utilizados para alocação do órgão ou tecido. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 29, § 1º)

§ 2º Todos os potenciais receptores com indicação de transplante deverão estar inscritos no CTU, ainda que seu plano de tratamento seja transplante com doador vivo. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 29, § 2º)

§ 3º Para cada órgão ou tecido disponível deve ser feita a correlação entre as características antropométricas, imunológicas, clínicas e sorológicas do doador falecido e o CTU correspondente, empregando-se os critérios específicos referentes a cada tipo de órgão, tecido, células ou partes do corpo humano, para a ordenação dos potenciais receptores quanto à precedência. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 29, § 3º)

§ 4º A lista única se constituirá de potenciais receptores sem restrições no momento da distribuição de um órgão de doador falecido. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 29, § 4º)

§ 5º Quando o receptor necessitar de órgãos diversos, ele deverá estar inscrito nas respectivas listas e o critério de distribuição de todos os órgãos será o definido pelo primeiro órgão ofertado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 29, § 5º)

§ 6º No âmbito estadual poderão ser adotados critérios adicionais que terão caráter suplementar, desde que não contrariem os princípios norteadores de distribuição expressos neste regulamento. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 29, § 6º)

§ 7º No caso de equipes especializadas que declararem motivos de ordem técnica ou administrativa para a não realização dos transplantes, a CNCDO deverá receber a recusa formalmente e indicar uma instituição pública ou privada vinculada ao SUS, para a realização do transplante, com anuência do receptor já selecionado e da equipe referenciada. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 29, § 7º)

§ 8º Na ocorrência da situação descrita no art. 39, § 7º , a equipe que declarou a impossibilidade de realização do transplante será impedida de inscrever novos pacientes e terá o prazo de 7 (sete) dias para justificar a ocorrência que será analisada pela CNCDO, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, para parecer conclusivo.(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 29, § 8º)

Art. 40. Com o objetivo de contribuir para a redução do tempo de espera em lista para transplantes de órgãos de doadores falecidos e melhorar a qualidade de vida dos receptores, poderão ser utilizados doadores com critérios expandidos, sendo que, neste caso, as equipes especializadas deverão informar dados complementares na ficha de inscrição no CTU, com manifestação expressa do receptor e da equipe a respeito das condições do órgão que são aceitáveis para seu receptor. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 30)

Parágrafo Único. A manifestação expressa de que trata o caput deste artigo deverá ser baseada em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a respeito do uso de doador expandido firmado pelo receptor, conforme modelos estabelecidos nos Formulários do Anexo 22 do Anexo I . (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 30, Parágrafo Único)

Art. 41. Os serviços que realizarão os exames anatomopatológicos necessários ao controle e auditoria do princípio legal da lista única deverão ser indicados pela CNCDO Estadual. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 31)

Seção II

Do Cadastro Técnico Único - CTU

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO V, Seção II)

Art. 42. A inscrição dos pacientes no CTU, conforme o Decreto nº 2.268, de 1997, dar-se-á na CNCDO com atuação na área de sua residência pelo estabelecimento de saúde e/ou pela equipe responsável pelo seu atendimento, desde que autorizados nos termos deste Regulamento, obedecendo a critérios de inclusão específicos para tipo de órgão ou tecido. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32)

§ 1º Alternativamente, as equipes especializadas de transplante renal poderão delegar a inscrição de potenciais receptores e a atualização dos dados cadastrais no CTU às unidades de diálise, sob sua supervisão. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 1º)

§ 2º O paciente, ao ser inscrito no CTU, deve receber comprovante de sua inclusão em lista, por escrito, e também: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 2º)

I - informações sobre riscos e benefícios resultantes do tratamento; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 2º, I)

II - esclarecimentos específicos sobre os critérios de distribuição do órgão ou tecido ao qual foi inscrito como possível receptor; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 2º, II)

III - orientações gerais sobre responsabilidades do paciente para a manutenção de seu cadastro atualizado e sobre acesso à consulta da posição em cadastro técnico; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 2º, III)

IV - instrução sobre o acesso à sua posição em lista via rede mundial de computadores (internet). (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 2º, IV)

§ 3º O paciente deverá firmar, na presença de duas testemunhas, seu consentimento livre e esclarecido quanto à excepcionalidade do procedimento de transplante, bem como consentimento específico para aceitação de órgãos alocados sob critérios expandidos. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 3º)

§ 4º A ficha para inscrição em lista de espera pela CNCDO deve conter, no mínimo, os seguintes dados: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 4º)

I - nome completo; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 4º, I)

II - data de nascimento; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 4º, II)

III - nome da mãe; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 4º, III)

IV - CPF; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 4º, IV)

V - Cartão SUS; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 4º, V)

VI - peso, nos casos em que se aplique; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 4º, VI)

VII - altura, nos casos em que se aplique; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 4º, VII)

VIII - endereço completo; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 4º, VIII)

IX - telefones para contato; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 4º, IX)

X - equipe transplantadora; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 4º, X)

XI - estabelecimento de saúde onde será realizado o transplante; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 4º, XI)

XII - diagnóstico; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 4º, XII)

XIII - resultados dos exames laboratoriais e outros realizados, com a respectiva data de realização, nos casos em que se aplique; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 4º, XIII)

XIV - outras informações clínicas relevantes, a critério do médico assistente. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 4º, XIV)

§ 5º Não serão aceitas inscrições com dados incompletos em relação aos especificados no 4º parágrafo. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 5º)

§ 6º A equipe responsável pela inscrição do receptor potencial de rim deverá providenciar a tipificação do HLA, condição indispensável para a inscrição, devendo o potencial receptor estar vinculado a um laboratório de histocompatibilidade, devidamente autorizado, conforme o Anexo 9 do Anexo I . (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 6º)

§ 7º No caso de pedido de inscrição de um mesmo potencial receptor por mais de uma equipe transplantadora, o receptor definirá à qual equipe ficará vinculado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 7º)

§ 8º A troca de estabelecimento de saúde, equipe transplantadora ou CNCDO poderá ocorrer mediante solicitação do receptor, encaminhada para a(s) CNCDO relacionada(s), pela equipe ou estabelecimento que passará a atendê-lo. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 8º)

§ 9º Havendo transferência de inscrição, prevalecerá a data do primeiro cadastramento para fins de classificação ou pontuação no CTU. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 9º)

§ 10. Para fins de inscrição dos potenciais receptores de órgãos no CTU, as equipes especializadas deverão providenciar a realização dos seguintes exames: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 10)

I - exames comuns para inscrição de receptor de qualquer órgão: dosagem de sódio, dosagem de potássio, glicemia, dosagem de creatinina, tipagem sanguínea ABO, hemograma completo, sorologia para HIV, HTLV I e II, HbsAg, anti-HBc total, anti-HCV, imunofluorescência para Doença de Chagas, imunofluorescência para citomegalovírus IgG e IgM, VDRL, imunofluorescência para Lues; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 10, I)

II - exames específicos para inscrição de receptor em lista de coração (além daqueles estabelecidos no item I): biopsia de endocárdio / miocárdio (em casos específicos), radiografia de tórax (PA + inspiração + expiração + lateral), ecocardiografia transtorácica, ultrassonografia com Doppler colorido de vasos (somente em vasculopatas e idosos), ultrassonografia de tórax (extracardíaca), tomografia computadorizada de tórax, cintilografia de miocárdio para avaliação da perfusão em situação de esforço (em casos específicos), cintilografia de miocárdio para localização de necrose, cintilografia sincronizada de câmaras cardíacas em situação de repouso (ventriculografia), cateterismo cardíaco, espirografia com determinação do volume residual (em casos específicos), avaliação da reatividade vascular pulmonar com uso ou não de vasodilatadores, painel de reatividade linfocítica classe I e II; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 10, II)

III - exames específicos para inscrição de receptor em lista de fígado (além daqueles estabelecidos no item I): dosagem de alfafetoproteína, ultrassonografia com Doppler colorido de vasos, radiografia de tórax, ultra-sonografia de abdome superior (fígado, vesícula, vias biliares), esofagogastroduodenoscopia; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 10, III)

IV - exames específicos para inscrição de receptor em lista de pâncreas (além daqueles estabelecidos no item I): dosagem de amilase, dosagem de hemoglobina glicosilada, dosagem de peptídeo C, painel classe I e II, ultrassonografia com Doppler colorido de vasos, radiografia de tórax (PA + lateral), ultrassonografia de abdome total, cintilografia de miocárdio para avaliação da perfusão (nos casos em que se aplique), esofagogastroduodenoscopia, cateterismo cardíaco (nos casos em que se aplique), avaliação urodinâmica completa (nos casos em que se aplique); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 10, IV)

V - exames específicos para inscrição de receptor em lista de pulmão (além daqueles estabelecidos no item I): radiografia de tórax (PA + inspiração + expiração + lateral), ecocardiografia transtorácica, reatividade contra painel classe I e II, ultrassonografia com Doppler colorido de vasos (somente em vasculopatas e idosos), ultrassonografia de tórax, tomografia computadorizada de tórax, cateterismo cardíaco (em situações especiais), espirografia com determinação do volume residual, prova de função pulmonar completa com broncodilatador; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 10, V)

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

VI - exames específicos para inscrição de receptor em lista de rim (além daqueles estabelecidos no item I): pesquisa de anticorpos IgG e IgM contra o vírus de Epstein-Barr, reatividade contra painel classe I e II, radiografia de tórax (PA + lateral), ultrassonografia de abdome total, ultrassonografia de aparelho urinário, esofagogastroduodenoscopia, doppler arterial e venoso de ilíacas e femorais (em vasculopatas, pacientes com uso prévio de cateteres em veia femoral para acesso vascular ou receptores de transplante prévio), cateterismo cardíaco (exclusivamente em idosos, cardiopatas ou diabéticos), uretrocistografia e avaliação urodinâmica completa, nos casos em que se aplique, determinação dos antígenos leucocitários humanos - HLA. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 10, VI)

§ 11. O art. 42, § 8º não se aplica aos casos agudos, sujeitos à priorização por gravidade extrema. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 11)

§ 12. É atribuição da equipe especializada e do estabelecimento de saúde, sob supervisão de seu diretor clínico, manter atualizadas as informações cadastrais dos potenciais receptores sob seus cuidados assistenciais, inclusive os dados para a ficha complementar no CTU para transplante de órgãos ou tecidos, conforme definido pela CNCDO e que deverá conter as informações definidas para tal em cada módulo de transplante descrito adiante, neste Regulamento. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 12)

§ 13. Os potenciais receptores de órgãos já inscritos permanecerão com as informações complementares, descritas nos módulos do Capítulo VI, até que haja manifestação por parte da equipe responsável, no prazo de três meses. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 13)

§ 14. O não preenchimento da ficha de informações complementares no prazo acima impedirá temporariamente que o potencial receptor concorra à seleção para receber órgãos, tecidos, células ou partes do corpo de doadores falecidos. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 14)

§ 15. Caso este período de impedimento exceda a um ano, o potencial receptor será removido definitivamente. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 15)

§ 16. As informações da ficha de informações complementares poderão ser modificadas a qualquer tempo pela equipe responsável, dentro das limitações de horário estabelecidas pela CNCDO Estadual e/ou Regional, respeitado o período do ranking dos órgãos de qualquer doador que se destinem ao cadastro a que pertença o potencial receptor a ser atualizado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 32, § 16)

Art. 43. As inscrições serão aceitas conforme os critérios de inclusão no CTU indicados nos respectivos módulos deste Regulamento. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 33)

Art. 44. A eventual solicitação de inclusão no CTU relativa a doença ou tratamento que se constitua em nova indicação, ou nova modalidade de transplante, deverá ser oriunda das CNCDO, Câmaras Técnicas Estaduais ou das sociedades médicas, e encaminhada, técnico-cientificamente justificadas, à CGSNT que, em conjunto com a CTN, as avaliará e emitirá parecer conclusivo. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 34)

§ 1º Propostas de inclusão de novas indicações para transplantes que não apresentem nível de evidência que sustente sua recomendação inequívoca ou que pela sua complexidade na alocação de recursos assim exigirem serão avaliadas pela CGSNT, em conjunto com as CTN e, para cada indicação aceita para avaliação, serão indicados centros de excelência, preferencialmente universitários, onde se desenvolverão estes transplantes como projeto de pesquisa, devidamente submetidos à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP e coordenado pelo MS. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 34, § 1º)

§ 2º A decisão sobre inclusão ou não, no Regulamento Técnico, será tomada após análise da efetividade e benefício do transplante proposto. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 34, § 2º)

Art. 45. As solicitações que se relacionem à extensão dos critérios presentes neste Regulamento deverão ser encaminhadas pela equipe especializada, para avaliação da Câmara Técnica Estadual - CTE, acompanhados de todo o histórico clínico do paciente, descrição do exame físico atual, cópias dos exames complementares pertinentes, bibliografia relacionada e justificativa arrazoada da extensão do critério. A Câmara Técnica deverá emitir parecer conclusivo em até trinta dias, com cópia para a CGSNT; a CTE poderá solicitar novos subsídios à equipe e o estabelecimento solicitante. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 35)

§ 1º Em caso de parecer positivo da CTE, a CNCDO deverá providenciar a inscrição do potencial receptor. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 35, § 1º)

§ 2º Os casos inscritos nestas condições serão reavaliados pela CTN, que poderá solicitar informações adicionais à CNCDO e a CTE, e terá trinta dias para parecer conclusivo. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 35, § 2º)

§ 3º Em caso de discordância da conduta tomada pela CTE, a inscrição será invalidada. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 35, § 3º)

§ 4º Os casos que necessitem de avaliação mais urgente deverão vir assim identificados, com justificativa do caráter de urgência, e deverão ser avaliados em quarenta e oito horas; neste caso, a decisão da CTE será acatada e estas situações poderão estar sujeitas a auditoria in loco pela CTN. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 35, § 4º)

§ 5º As situações relacionadas ao TCTH serão sempre avaliadas em conjunto com o Instituto Nacional do Câncer - INCA e a CTN. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 35, § 5º)

Seção III

Do Gerenciamento do Cadastro Técnico Único (CTU)

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO V, Seção III)

Art. 46. A manutenção do cadastro de potenciais receptores será feita pela CNCDO, de acordo com informações encaminhadas pelas equipes transplantadoras e/ou unidades de diálise. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 36)

Art. 47. Para operacionalização da distribuição de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes pelas CNCDO e pela CNT, será utilizado o Sistema Informatizado de Gerenciamento (SIG) do SNT/MS. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 37)

§ 1º Todas as CNCDOs deverão utilizar o SIG. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 37, § 1º)

§ 2º O gerenciamento da lista de potenciais receptores de células-tronco hematopoéticas será realizado por meio do sistema informatizado Registro de Receptores de Medula Óssea (REREME) do INCA/MS. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 37, § 2º)

Art. 48. Para fins de organização, os critérios de classificação de doadores vivos e falecidos e dos potenciais receptores para distribuição dos órgãos, tecidos, células e partes captadas serão descritos nos seguintes módulos: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 38)

I - Módulo de Rim; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 38, I)

II - Módulo de Rim-Pâncreas; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 38, II)

III - Módulo de Pâncreas; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 38, III)

IV - Módulo de Fígado; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 38, IV)

V - Módulo de Pulmão; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 38, V)

VI - Módulo de Coração; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 38, VI)

VII - Módulo de Tecidos Oculares; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 38, VII)

VIII - Módulo de Células-Tronco Hematopoéticas; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 38, VIII)

IX - Módulo de Tecidos Musculoesqueléticos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 38, IX)

X - Módulo de Pele; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 38, X)

XI - Módulo de Tecidos Cardiovasculares. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 38, XI)

Art. 49. Quanto à manutenção no Cadastro, o status do paciente no CTU poderá ser: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 39)

I - ATIVO: refere-se ao receptor cujo cadastro esteja com seus exames pré-transplante completos e dentro do prazo de validade previsto e em condições clínicas adequadas para o transplante, condições em que o potencial receptor concorre à seleção configurada pelas características do enxerto, e por sua equipe assistencial, com sua anuência ou de seu responsável legal, para receber órgãos, tecidos, células ou partes do corpo; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 39, I)

II - SEMI-ATIVO: refere-se a potenciais receptores cujo cadastro esteja com exames pré-transplante incompletos, transfundidos desde a última coleta para soro, ou sem condições clínicas adequadas para o transplante, conclusão em que o potencial receptor não concorre, temporariamente, à seleção para receber órgãos, tecidos, células ou partes do corpo; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 39, II)

III - INATIVO: refere-se ao receptor cujo cadastro apresente ficha complementar não atualizada pela equipe após três meses, condição por que a potencial receptor não concorre, temporariamente, à seleção para receber órgãos, tecidos, células ou partes do corpo; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 39, III)

IV - REMOVIDO: ocorre quando há abandono do tratamento, melhora da função inicialmente comprometida, ausência de condições clínicas que permitam a cirurgia, semiatividade prolongada em lista, transferência para outro Estado, transplante fora do Estado, desejo de não ser transplantado, transplante com doador vivo, evolução para óbito, condições em que o potencial receptor é afastado definitivamente do CTU para fins de seleção para alocação de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo; tudo que o sistema de informações deve permitir que o histórico do paciente removido seja rastreável. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 39, IV)

§ 1º São condições para remoção automática: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 39, § 1º)

I - potenciais receptores inscritos para transplante de órgãos ou tecidos que acumularem situação de semiatividade prolongada (será contabilizada a soma dos dias que o potencial receptor permanecer semi-ativo), a ser definida em cada módulo; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 39, § 1º, I)

II - potenciais receptores inscritos para transplante de tecidos que acumularem 5 (cinco) recusas por parte da equipe à oferta de tecidos pela CNCDO, de doadores diferentes e em datas distintas. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 39, § 1º, II)

§ 2º A critério da CNCDO estadual, o número de recusas acumuladas que levem à remoção automática de potenciais receptores de tecidos pode ser menor que 5 (cinco). (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 39, § 2º)

§ 3º No caso de reinscrição do receptor no CTU, será considerada a nova data de inscrição para fins de alocação de órgãos, tecidos ou partes do corpo. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 39, § 3º)

§ 4º A CNCDO deverá enviar semestralmente a relação dos potenciais receptores inativos ou removidos automaticamente à direção técnica e à Comissão de Ética do estabelecimento de saúde, para conhecimento e análise, onde o potencial receptor esteve inscrito para realizar o transplante. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 39, § 4º)

Art. 50. No Sistema Informatizado de Gerenciamento (SIG) serão utilizados os seguintes termos, especificações e módulos para distribuição com as respectivas definições: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 40)

I - módulo de transplante: consiste no conjunto de critérios técnicos estabelecidos para a operacionalização da distribuição para cada órgão, tecido, células ou partes do corpo humano, inclusive com a atribuição de pontos, realizada pelo SIG; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 40, I)

II - entidades: são as instituições, unidades e/ou equipes especializadas cadastradas no SIG; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 40, II)

III - potencial doador: é o indivíduo com morte primariamente encefálica ou cardíaca, diagnosticada e declarada nos termos estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), de quem se poderá retirar órgãos e os tecidos ou partes do corpo humano para transplante; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 40, III)

IV - doador: é o potencial doador do qual já foram retirados os órgãos, tecidos para transplantes; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 40, IV)

V - potencial receptor: é a pessoa inscrita no CTU da CNCDO, para recebimento de órgãos, tecidos, ou partes do corpo, podendo ser classificado como: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 40, V)

a) potencial receptor ativo; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 40, V, a)

b) potencial receptor semiativo; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 40, V, b)

c) potencial receptor inativo; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 40, V, c)

d) potencial receptor removido por óbito, transplante ou desejo de não transplantar; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 40, V, d)

e) potencial receptor removido por semiatividade prolongada: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 40, V, e)

1. em cadastro para órgãos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 40, V, e, 1)

2. em cadastro para tecidos. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 40, V, e, 2)

f) potencial receptor removido por recusas sistemáticas em cadastro para tecidos; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 40, V, f)

g) receptor: é o potencial receptor que já recebeu o transplante de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo obtidos do doador. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 40, V, g)

Art. 51. O SIG deverá permitir a acessibilidade dos potenciais receptores aos seus prontuários eletrônicos com informações sobre o número de ofertas de órgãos e de recusas por parte das equipes especializadas. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 41)

Art. 52. As CNCDOs e a CNT, quando da distribuição de órgãos e tecidos para a lista única nacional, se esgotada a procura por receptor adequado dentro do Estado, deverão observar o seguinte: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 42)

I - a CNCDO doadora deverá notificar a CNT quanto à disponibilização dos órgãos e tecidos doados e que não serão distribuídos no Estado e: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 42, I)

a) preencher a ficha de informações do doador de forma eletrônica, de acordo com o Anexo 18 do Anexo I , com os dados mínimos necessários para a distribuição de cada órgão; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 42, I, a)

b) obter da CNT a confirmação da aceitação prévia dos órgãos, tecidos, células ou partes do corpo ofertados pelo destinatário final dos órgãos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 42, I, b)

c) informar a CNT para que seja estabelecido contato com as equipes especializadas de retirada e transplante de modo a otimizar a logística da retirada e o transporte dos órgãos, tecidos, células ou partes do corpo; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 42, I, c)

d) identificar o conteúdo dos recipientes conforme modelo definido no Anexo 18 do Anexo I ; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 42, I, d)

e) todos os procedimentos referentes ao transporte de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo deverão estar de acordo com as normas sanitárias estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 42, I, e)

II - a CNCDO receptora deverá: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 42, II)

a) participar da mobilização/articulação dos meios necessários para a realização do transporte dos órgãos, tecidos, células ou partes do corpo captados em cooperação com a CNT e a CNCDO doadora; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 42, II, a)

b) informar a CNT da aceitação, ou não, da referida doação e, caso haja a recusa para seus potenciais receptores, enviar preenchido o Anexo 12 do Anexo I , em, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 42, II, b)

c) confirmar o receptor selecionado; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 42, II, c)

d) contatar as equipes especializadas transplantadoras, informando-as da disponibilização dos órgãos, tecidos, células ou partes do corpo a seus respectivos potenciais receptores, que deverão adotar as providências necessárias para a efetivação do procedimento; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 42, II, d)

e) dar ciência à CNT da realização dos transplantes, para fins de arquivo, segundo as normas em vigor, em até 15 (quinze) dias após a realização do mesmo Anexo 12 do Anexo I ; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 42, II, e)

f) caso não se utilize o órgão ou tecido, células ou parte do corpo destinado pela CNCDO ao já determinado receptor e, tecido ou parte do corpo, enviar à CNT a justificativa de não-utilização de órgão recebido, conforme Anexo 12 do Anexo I ; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 42, II, f)

g) providenciar a devolução dos recipientes para transporte dos órgãos, tecidos, células ou partes do corpo rotulado à CNCDO doadora. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 42, II, g)

Art. 53. Na ocorrência de um potencial receptor em condições clínicas de urgência para a realização do transplante, o estabelecimento de saúde ou equipes especializadas, deve comunicar à CNCDO, por meio formal, mediante aviso de recebimento, que autorize a precedência do paciente em relação Lista Única do SIG.(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 43)

§ 1º A comunicação da urgência deve vir acompanhada de justificativa à CNCDO e incluída como tal no SIG. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 43, § 1º)

§ 2º No caso dos potenciais receptores priorizados de rim, a equipe responsável pelo pedido deverá preencher o formulário próprio para justificativa de priorização "Ficha de Priorização por Impossibilidade Total de Acesso para Diálise" constante no Anexo 23 do Anexo I . (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 43, § 2º)

§ 3º Atendido o potencial receptor priorizado com órgão oriundo de outra CNCDO que não aquela do Estado onde se tenha realizado o transplante, a CNCDO do Estado que recebeu o órgão deverá encaminhar à CNCDO que ofertou o órgão o primeiro e próximo órgão obtido a partir da hora e data do transplante realizado, para a mesma modalidade de transplante. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 43, § 3º)

Art. 54. Os laboratórios de histocompatibilidade serão responsáveis pela coleta e guarda de material para manutenção da soroteca, pela realização da prova cruzada aplicada à lista dos potenciais receptores (nos casos em que se indique) nominada pela CNCDO e pelo exame de tipificação HLA do doador. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 44)

Parágrafo Único. O material para realização da tipificação do HLA do doador será encaminhado pelo estabelecimento de saúde, onde se realiza o processo de doação ao laboratório de histocompatibilidade correspondente, logo após a autorização familiar. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 44, § 1º)

Art. 55. A CNCDO estabelecerá o prazo de resposta para a aceitação ou não do órgão/tecido ofertado, sendo o máximo de uma hora para órgão e três horas para tecido. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 45)

Parágrafo Único. Em caso de necessidade de informações referentes a exames/condições clínicas do doador, as equipes especializadas deverão entrar em contato com a OPO ou a CIHDOTT correspondente. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 45, Parágrafo Único)

Art. 56. A informação dos dados relacionados aos transplantes realizados deverá ser fornecida após o transplante, e aos 3 (três) meses, ou 6 (seis) meses e anualmente, quando se aplique, exclusivamente pelas equipes especializadas de transplantes. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 46)

§ 1º A notificação de transplante realizado, Anexo 12 do Anexo I , será efetuada à CNCDO pela equipe transplantadora em até quinze dias após a realização do transplante. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 46, § 1º)

§ 2º A equipe transplantadora que efetuar o seguimento de pacientes transplantados no exterior deverá obrigatoriamente notificar esta situação à CNCDO, bem como a sobrevida de paciente e enxerto dentro dos mesmos critérios que constam no caput deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 46, § 2º)

CAPÍTULO VI

DA SELEÇÃO DE DOADORES FALECIDOS E POTENCIAIS RECEPTORES E DA DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS OU PARTES DO CORPO HUMANO

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO VI)

Art. 57. Todos os potenciais doadores falecidos de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo deverão ser submetidos, antes da alocação dos enxertos, aos seguintes procedimentos, atendendo as normas de segurança para o receptor; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 47)

I - avaliação de situações de risco acrescida de informações do histórico de antecedentes pessoais e exame clínico. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 47, I)

II - avaliação de fatores de risco por meio de resultados positivos de exames sorológicos de triagem para: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 47, II)

a) doadores de córneas: HIV, HbsAg, AntiHBs, Anti-HBc total e Anti-HCV; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 47, II, a)

b) doadores de órgãos, outros tecidos, células ou partes do corpo: HIV, HTLV I e II, HbsAg, AntiHBs, Anti-HBc total e Anti-HCV, sífilis, e doença de Chagas; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 47, II, b)

III - é facultativa a realização de exames sorológicos para toxoplasmose, citomegalovírus e Epstein-Barr, devendo ser sua realização, ou não, regulamentada pela respectiva CNCDO, e caso não sejam realizados, os órgãos e tecidos doados deverão ser acompanhados de amostra de sangue do doador que permita a pesquisa posterior, se necessária.§ 1º serão critérios absolutos de exclusão de doador de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo humano: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 47, III)

a) soropositividade para HIV; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 47, III, a)

b) soropositividade para HTLV I e II; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 47, III, b)

c) tuberculose em atividade; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 47, III, c)

d) neoplasias (exceto tumores primários do Sistema Nervoso Central e carcinoma in situ de útero e pele); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 47, III, d)

e) sepse refratária; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 47, III, e)

f) infecções virais e fúngicas graves, ou potencialmente graves na presença de imunossupressão, exceto as hepatites B e C; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 47, III, f)

Parágrafo Único. os critérios de exclusão e utilização de determinado órgão, tecido, célula ou parte do corpo estão descritos adiante, nos módulos específicos, e a expansão desses critérios, considerada caso a caso dentro dos ditames deste Regulamento, determinarão a oferta ou não destes enxertos. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 47, § 2º)

Seção I

Módulo de Rim

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO VI, Seção I)

Art. 58. Serão aceitos, para transplante renal em potenciais receptores que integrem o CTU, doadores falecidos com idade acima de 7 (sete) dias, com função renal preservada. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 48)

Art. 59. Para oferecer outras opções ao atendimento à lista única de potenciais receptores de rim poderão ser utilizados doadores com critérios expandidos, devendo, neste caso, ser obedecido o estabelecido no art. 40. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 49)

§ 1º A manifestação expressa de que trata o caput deste artigo deverá ser baseada em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a respeito do uso de órgãos de doador com critério expandido, firmado pelo receptor. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 49, § 1º)

§ 2º Os doadores com critérios expandidos de rim podem ser utilizados a critério da equipe transplantadora e serão classificados segundo a organização abaixo: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 49, § 2º)

I - doadores com critérios expandidos quanto à função: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 49, § 2º, I)

a) doadores com mais de 60 anos, ou doadores entre 50 e 59 anos com 2 dos 3 critérios abaixo: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 49, § 2º, I, a)

1. hipertensão; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 49, § 2º, I, a, 1)

2. nível de creatinina superior a 1,5 mg/dL ou depuração de creatinina estimada - DCE (Cockroft/Gault) entre 50 e 70 mL/min/m² no início do atendimento; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 49, § 2º, I, a, 2)

3. acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico como causa de morte; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 49, § 2º, I, a, 3)

b) doador falecido pediátrico com peso menor ou igual 15 kg ou idade menor que ou igual a 3 anos, que deve ser considerado para transplante de rins em bloco; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 49, § 2º, I, b)

II - doadores com critérios expandidos quanto ao potencial de transmissão de doenças: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 49, § 2º, II)

a) hepatite B: rins de doadores com anti-HBc total (+) positivo isolado, HBsAg e Anti-HBs (-) negativo poderão ser oferecidos para potenciais receptores Anti-HBs positivo (+) ou HBsAg positivo (+) e a Rins de doadores HBsAg positivo (+) poderão, a critério da equipe de transplante, ser oferecidos para potenciais receptores Anti-Hbs positivo (+) ou HBsAg positivo (+); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 49, § 2º, II, a)

b) hepatite C: rins de doadores HCV positivo (+) somente poderão ser oferecidos para potenciais receptores com HCV positivo(+); e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 49, § 2º, II, b)

III - doadores com critérios expandidos quanto a outras situações: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 49, § 2º, III)

a) rins com anomalias anatômicas/histológicas. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 49, § 2º, III, a)

Art. 60. É permitida a doação de um rim de doador vivo juridicamente capaz, atendidos os preceitos legais quanto à doação intervivos, que tenha sido submetido à rigorosa investigação clínica, laboratorial e de imagem, e esteja em condições satisfatórias de saúde, possibilitando que a doação seja realizada dentro de um limite de risco aceitável. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 50)

§ 1º Sempre que as doações previstas no caput envolverem doadores não aparentados deverão ser submetidas, previamente à autorização judicial, à aprovação da Comissão de Ética do estabelecimento de saúde transplantador e da CNCDO, assim como comunicadas ao Ministério Público. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 50, § 1º)

§ 2º Ao doador vivo de rim que eventualmente venha a necessitar de transplante deste órgão, regularmente inscrito em lista de espera para rim de doador falecido, será atribuída pontuação adicional no cômputo final para fins de alocação do órgão doado, de maneira a ser priorizado em relação aos demais candidatos, exceção feita a potenciais receptores que apresentem identidade completa no sistema HLA (acréscimo de 10 pontos). (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 50, § 2º)

Art. 61. Para inscrição em lista de espera para transplantes renais com doadores falecidos, serão aceitos potenciais receptores com diagnóstico de insuficiência renal crônica (IRC), que: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 51)

I - estejam realizando alguma das modalidades de terapia renal substitutiva; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 51, I)

II - apresentem depuração da creatinina endógena menor que 10 ml/min/m2; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 51, II)

III - tenham idade inferior a 18 anos e apresentem depuração da creatinina endógena menor que 15 mL/min/m2; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 51, III)

IV - sejam diabéticos em tratamento conservador e apresentem depuração da creatinina endógena menor que 15 mL/min/m2 (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 51, IV)

Art. 62. A equipe de transplante encaminhará ficha complementar, firmada e certificada por um membro da equipe de transplante autorizada, nos termos deste Regulamento, e anuência do receptor ou responsável, composta das seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52)

I - idade mínima e máxima do doador aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, I)

II - usuário de droga injetável a equipe informará se aceita ou não doador com este antecedente; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, II)

III - usuário de droga inalatória (cocaína ou crack) a equipe informará se aceita ou não doador com este antecedente;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, III)

IV - creatinina sérica a equipe informará qual dosagem máxima de creatinina sérica, no doador, será aceita para o seu receptor (o valor mínimo aceitável a ser informado será de 1,5 mg/dL); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, IV)

V - exame sorológico positivo para: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, V)

a) chagas - a equipe informará se aceita ou não.; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, V, a)

b) hepatite B (anti-HBc ou HBsAg) a equipe informará se aceita ou não, com aceitação condicionada a potenciais receptores com sorologia positiva ou imunizados, devendo ser anexado exame comprobatório; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, V, b)

c) hepatite C (anti-HCV) a equipe informará se aceita ou não com aceitação condicionada a potenciais receptores com sorologia positiva, devendo ser anexado exame comprobatório; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, V, c)

d) sífilis - a equipe informará se aceita ou não; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, V, d)

e) toxoplasmose (IgM) - a equipe informará se aceita, ou não, nas CNCDOs, que se aplique; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, V, e)

f) citomegalovírus (IgM) a equipe informará se aceita ou não, nas CNCDO, que se aplique. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, V, f)

§ 1º A inclusão de novos potenciais receptores somente será aceita com o preenchimento da ficha de informações complementares. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, § 1º)

§ 2º Para os potenciais receptores já inscritos, será dado um prazo de 3 (três) meses para que as equipes especializadas enviem as informações complementares. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, § 2º)

§ 3º Decorrido o prazo estabelecido, os potenciais receptores permanecerão com as informações complementares abaixo descritas, até que haja manifestação por parte da equipe responsável. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, § 3º)

I - idade acima de 2 e abaixo de 75 anos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, § 3º, I)

II - usuário de droga injetável não; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, § 3º, II)

III - usuário de droga inalatória (cocaína ou crack) não; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, § 3º, III)

IV - creatinina sérica - 1,5 mg/dL; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, § 3º, IV)

V - exame sorológico positivo para: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, § 3º, V)

a) chagas: não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, § 3º, V, a)

b) hepatite B (anti-HBc ou HBsAg): não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, § 3º, V, b)

c) hepatite C (anti-HCV): não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, § 3º, V, c)

d) sífilis: não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, § 3º, V, d)

e) toxoplasmose (IgM): não aceita nas CNCDOs que se aplique; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, § 3º, V, e)

f) citomegalovírus (IgM): não aceita nas CNCDOs que se aplique. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 52, § 3º, V, f)

Art. 63. Status específicos para classificação quanto à manutenção do CTU de potenciais receptores de rim: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 53)

I - ATIVO: paciente com soro atualizado (com menos de 90 dias de coleta e ausência de procedimento imunizante) e avaliação de reatividade contra painel linfocitário atualizada (com menos de 120 dias); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 53, I)

II - SEMIATIVO: sem soro no laboratório, soro vencido (coleta há 90 dias ou mais, ou anterior a procedimento imunizante), avaliação de reatividade contra painel linfocitário desatualizada (120 dias ou mais); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 53, II)

III - REMOVIDO: função renal recuperada, removido pela equipe, removido sem condições clínicas, não quer ser transplantado, removido por semiatividade prolongada (mais de 365 dias cumulativos), abandonou o tratamento, transferido para outro Estado, transplantado fora do Estado; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 53, III)

IV - INATIVO: ficha complementar não atualizada; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 53, IV)

Parágrafo Único. No caso de retransplante, se a reinscrição ocorrer em até 180 dias após o transplante, o receptor manterá a data de inscrição anterior. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 53, Parágrafo Único)

Art. 64. A seleção dos potenciais receptores para fins de transplante de rim será processada mediante identidade no sistema ABO e por exame de histocompatibilidade, avaliadas as incompatibilidades no sistema HLA entre doador e receptor. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 54)

§ 1º Serão atribuídos pontos para um receptor, baseando-se no número de incompatibilidades nos loci HLA A, B e DR entre doador e receptor. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 54, § 1º)

§ 2º Doadores ou potenciais receptores com apenas um antígeno idêntico identificado em um locus (A, B ou DR), serão considerados presumivelmente homozigotos naquele locus. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 54, § 2º)

§ 3º Para fins de classificação pelo número de incompatibilidades no sistema HLA, será atribuída a seguinte pontuação: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 54, § 3º)

I - no locus DR: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 54, § 3º, I)

a) 0 incompatibilidade = 10 pontos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 54, § 3º, I, a)

b) 1 incompatibilidade = 5 pontos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 54, § 3º, I, b)

c) 2 incompatibilidades = 0 ponto; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 54, § 3º, I, c)

II - no locus B: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 54, § 3º, II)

a) 0 incompatibilidade = 4 pontos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 54, § 3º, II, a)

b) 1 incompatibilidade = 2 pontos;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 54, § 3º, II, b)

c) 2 incompatibilidades = 0 ponto. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 54, § 3º, II, c)

III - no locus A: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 54, § 3º, III)

a) 0 incompatibilidade = 1 ponto; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 54, § 3º, III, a)

b) 1 incompatibilidade = 0,5 ponto; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 54, § 3º, III, b)

c) 2 incompatibilidades = 0 ponto. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 54, § 3º, III, c)

Art. 65. Ocorrendo empate na pontuação HLA entre 2 (dois) ou mais potenciais receptores, estes serão reclassificados de acordo com os critérios da tempo de espera para o transplante e da data de início da diálise. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 55)

Parágrafo Único. Para os potenciais receptores que não realizam diálise, será considerada a data da inclusão no CTU. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 55, Parágrafo Único)

Art. 66. Para efeito de pontuação considera-se: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 56)

I - tempo de espera: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 56, I)

a) ponto até o primeiro ano de espera; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 56, I, a)

b) 1 ponto para o primeiro ano completo de espera; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 56, I, b)

c) 0,5 ponto para cada ano subsequente de espera até 5 pontos. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 56, I, c)

II - hipersensibilização: serão atribuídos 4 (quatro) pontos adicionais a potenciais receptores com avaliação da reatividade contra painel igual ou superior a 80% e 2 (dois) pontos adicionais a potenciais receptores com avaliação da reatividade contra painel entre 50% e 79%; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 56, II)

III - idade: serão atribuídos às crianças e adolescentes: 4 (quatro) pontos para potenciais receptores com idade inferior a 18 (dezoito) anos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 56, III)

IV - diabetes (tipo I ou tipo II): serão atribuídos 3 (três) pontos; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 56, IV)

V - nefrectomia por doação de rim para transplante intervivos: serão atribuídos 10 (dez) pontos. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 56, V)

Art. 67. Ocorrendo a existência de um ou mais potenciais receptores com 0 (zero) incompatibilidade para o mesmo doador, será considerada apenas a compatibilidade no sistema ABO e terá prioridade o receptor que estiver priorizado de inscrito para transplante duplo rim-pâncreas. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 57)

§ 1º Neste caso será desconsiderada a idade do doador/receptor para a distribuição dos rins. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 57, § 1º)

§ 2º A ocorrência de tal situação - potenciais receptores com 0 (zero) incompatibilidade - determinará a distribuição do rim ou dos rins para esses potenciais receptores dentro da lista estadual, devendo ser desconsiderada a regionalização, nas CNCDO em que se aplique. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 57, § 2º)

Art. 68. Quando não existirem potenciais receptores com 0 (zero) incompatibilidade na área de atuação da CNCDO, os dois rins serão destinados aos potenciais receptores do Estado onde os órgãos foram captados, utilizando a regionalização da lista, onde se aplique, a pontuação apurada no exame de compatibilidade no sistema HLA e demais critérios ora fixados. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 58)

Art. 69. Exceto nos casos de 0 incompatibilidade, quando o doador tiver idade menor que ou igual a dezoito anos, serão, primeiro e obrigatoriamente, selecionados potenciais receptores, com idade igual ou menor que dezoito anos, utilizando a pontuação apurada no exame de compatibilidade no sistema HLA e demais critérios ora fixados. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 59)

Art. 70. É considerado critério de urgência a iminência de impossibilidade técnica total e permanente para obtenção de acesso para a realização de qualquer das modalidades de diálise. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 60)

Parágrafo Único. A manutenção da urgência terá validade de 30 (trinta) dias. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 60, Parágrafo Único)

Art. 71. Para fins de realização de transplante de rim preemptivo, ou seja, transplante realizado antes que o paciente inicie tratamento substitutivo de função renal, com doador falecido, serão aceitas inscrições de potenciais receptores que preencham os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 61)

I - idade menor que ou igual a 18 anos; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 61, I)

II - depuração da creatinina menor que ou igual a 15 mL/min/m2. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 61, II)

§ 1º As CNCDO, cujas taxas de doação encontrarem-se em nível igual ou superior à media nacional, poderão, a critério da Câmara Técnica Estadual ou Distrital, estender seus critérios para inclusão de potenciais receptores em lista para transplante preemptivo, ampliando a idade do potencial receptor. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 61, § 1º)

§ 2º A restrição de idade não se aplica a diabéticos em tratamento conservador nem a potenciais receptores de transplantes com doador vivo, desde que atendam às demais condições. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 61, § 2º)

§ 3º Em caso de doação intervivos, a prova cruzada com o doador deverá ser negativa. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 61, § 3º)

Seção II

Módulo de Rim-Pâncreas

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO VI, Seção II)

Art. 72. Serão aceitos, como doadores falecidos para transplante de rim-pâncreas para os potenciais receptores que integrem o CTU , aqueles com idade entre 18 (dezoito) e 45 (quarenta e cinco) anos e índice de massa corpórea (IMC) < 30 kg/m2 sem antecedentes pessoais de diabete mellitus. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 62)

Art. 73. Para oferecer outras opções ao atendimento à lista única de potenciais receptores de rim-pâncreas poderão ser utilizados doadores com critérios expandidos, devendo, neste caso, ser obedecido o estabelecido no art. 40. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 63)

§ 1º A manifestação expressa de que trata o caput deste artigo deverá ser baseada em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a respeito do uso de doador expandido firmado pelo receptor. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 63, § 1º)

§ 2º Os doadores expandidos podem ser classificados de acordo com o estabelecido no § 3º do At. 49 do Módulo I - Rim. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 63, § 2º)

Art. 74. Serão aceitos, para inscrição em lista de espera para transplante conjugado de rim-pâncreas, potenciais receptores com diabete mellitus (DM) insulino-dependentes (DM tipo I e outros casos de LADA (LADALatente Adult Diabete Autoimunne) e MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young), com insuficiência renal crônica em diálise ou em fase pré-dialítica, com depuração de creatinina menor que 20 mL/min/m². (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 64)

Art. 75. Status específicos para classificação quanto à manutenção em cadastro - CTU - de potenciais receptores de rim-pâncreas: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 65)

I - ATIVO: paciente com soro atualizado (com menos de 90 dias de coleta e ausência de procedimento imunizante) e avaliação de reatividade contra painel linfocitário atualizada (com menos de 120 dias); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 65, I)

II - SEMIATIVO: sem soro no laboratório, soro vencido (coleta há 90 dias ou mais, ou anterior a procedimento imunizante), avaliação de reatividade contra painel linfocitário desatualizada (120 dias ou mais), suspenso pela equipe, sem condições clínicas; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 65, II)

III - REMOVIDO: função renal recuperada, removido pela equipe, removido sem condições clínicas, não quer ser transplantado, removido por semi-atividade prolongada (mais de 730 dias cumulativos), abandonou o tratamento, transferido para outro Estado, transplantado fora do Estado;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 65, III)

IV - INATIVO: ficha complementar não atualizada. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 65, IV)

Parágrafo Único. Nos casos de reinscrição de potenciais receptores no CTU, será considerada nova data de inscrição, e o caso de retransplante de rim/pâncreas, se a reinscrição ocorrer em até 180 dias após o transplante, o receptor manterá a mesma data de inscrição anterior para contagem de tempo na lista de espera. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 65, Parágrafo Único)

Art. 76. A equipe de transplante encaminhará ficha complementar, firmada e certificada por um membro da equipe de transplante autorizada, nos termos deste Regulamento, com anuência do receptor ou responsável, composta das seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66)

I - IMC (índice de massa corpórea) máximo do doador - a equipe informará qual o valor máximo do IMC que aceita, sendo o valor aceitável, a ser informado, de 20 a 35 kg/m2; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, I)

II - usuário de droga injetável - a equipe informará se aceita ou não doador com esse antecedente; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, II)

III - usuário de droga inalatória (cocaína ou crack) - a equipe informará se aceita ou não doador com este antecedente; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, III)

IV - amilase sérica - a equipe informará qual dosagem máxima de amilase sérica, no doador, será aceita para o seu receptor (o valor mínimo aceitável a ser informado será de 200 U/L); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, IV)

V - creatinina sérica - a equipe informará qual dosagem máxima de creatinina sérica, no doador, será aceita para o seu receptor (o valor mínimo aceitável a ser informado será de 1,5 mg/dL); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, V)

VI - glicemia - a equipe informará qual dosagem máxima de glicemia, no doador, será aceita para o seu receptor (o valor mínimo aceitável a ser informado será de 150 g/dL); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, VI)

VII - exame sorológico Positivo para: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, VII)

a) Chagas - a equipe informará se aceita ou não; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, VII, a)

b) hepatite B (anti-HBc ou HBsAg) - a equipe informará se aceita ou não, com aceitação condicionada a potenciais receptores com sorologia positiva ou imunizados, devendo ser anexado exame comprobatório; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, VII, b)

c) hepatite C (anti-HCV) - a equipe informará se aceita ou não, com aceitação condicionada a potenciais receptores com sorologia positiva, devendo ser anexado exame comprobatório; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, VII, c)

d) sífilis - a equipe informará se aceita ou não; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, VII, d)

e) toxoplasmose (IgM) - a equipe informará se aceita ou não nas CNCDOs que se aplique;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, VII, e)

f) citomegalovírus (IgM) - a equipe informará se aceita ou não nas CNCDOs que se aplique. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, VII, f)

§ 1º A inclusão de novos potenciais receptores somente será aceita com o preenchimento da ficha de informações complementares. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, § 1º)

§ 2º Para os potenciais receptores já inscritos, será dado um prazo de três meses para que as equipes especializadas enviem as informações complementares, após o qual o potencial receptor receberá o status INATIVO. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, § 2º)

§ 3º Enquanto decorre o prazo estabelecido, os potenciais receptores permanecerão com as informações complementares abaixo descritas, até que haja manifestação por parte da equipe responsável: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, § 3º)

I - IMC (índice de massa corpórea) máximo do doador: 35 kg/m2. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, § 3º, I)

II - usuário de droga injetável: não; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, § 3º, II)

III - usuário de droga inalatória (cocaína ou crack): não; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, § 3º, III)

IV - amilase sérica: 200 U/L; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, § 3º, IV)

V - creatinina sérica: 1,5 mg/dL; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, § 3º, V)

VI - glicemia: 150 g/dL; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, § 3º, VI)

VII - exame sorológico positivo para: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, § 3º, VII)

a) Chagas: não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, § 3º, VII, a)

b) hepatite B (anti-HBc ou HBsAg): não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, § 3º, VII, b)

c) hepatite C (anti-HCV): não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, § 3º, VII, c)

d) sífilis: não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, § 3º, VII, d)

e) toxoplasmose (IgM): não aceita nas CNCDOs que se aplique;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, § 3º, VII, e)

f) citomegalovírus (IgM): não aceita, nas CNCDO que se aplique. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, § 3º, VII, f)

§ 4º Após um ano de inatividade por não preechimento-preenchimento da ficha complementar, o potencial receptor será removido do CTU. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 66, § 4º)

Art. 77. A seleção de potenciais receptores para a distribuição conjunta de rim e pâncreas do mesmo doador falecido deve ser feita empregando-se os critérios mínimos a seguir: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 67)

I - para potenciais receptores priorizados de rim/pâncreas: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 67, I)

a) identidade ABO e tempo de espera; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 67, I, a)

b) compatibilidade ABO e tempo de espera; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 67, I, b)

II - para potenciais receptores não priorizados de rim/pâncreas: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 67, II)

a) identidade ABO e tempo de espera;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 67, II, a)

b) compatibilidade ABO e tempo de espera. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 67, II, b)

Parágrafo Único. Para o cômputo do tempo em lista de espera serão considerados, dentre os seguintes critérios, o que vier antes: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 67, § 1º)

I - data da inscrição do paciente no CTU para aqueles que não dependam de terapia renal substitutiva; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 67, § 1º, I)

II - data do início da diálise para pacientes que dependam de terapia renal substitutiva;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 67, § 1º, II)

III - caso já esteja inscrito para transplante de pâncreas isolado, será atribuída nova data na inscrição para transplante rim-pâncreas. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 67, § 1º, III)

Art. 78. É considerado critério de urgência a iminência de impossibilidade técnica total e permanente para obtenção de acesso à realização de qualquer das modalidades de diálise. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 68)

Parágrafo Único. A manutenção da urgência tem validade de trinta dias. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 68, Parágrafo Único)

Seção III

Módulo de Pâncreas

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO VI, Seção III)

Art. 79. Serão aceitos para transplante de pâncreas doadores de órgão com idade maior de 7 (sete) dias e menor que ou igual a cinquenta anos, com índice de massa corpórea menor que ou igual a 30 kg/m2 , sem antecedentes próprios de diabetes. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 69)

Art. 80. São critérios de seleção para transplante de pâncreas isolado de doador falecido ou pâncreas de doador falecido combinado com rim de doador vivo, para potenciais receptores que integrem o CTU: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 70)

I - doadores com até dezoito anos incompletos: os órgãos de doadores nesta faixa etária serão preferencialmente oferecidos para a modalidade de transplante isolado de pâncreas, ou para casos de transplante de pâncreas após rim, retransplante de pâncreas e transplante simultâneo de rim-pâncreas com doador vivo de rim;(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 70, I)

II - doadores com idade entre dezoito e quarenta e cinco anos: os órgãos de doadores nesta faixa etária serão oferecidos para o transplante simultâneo de rim-pâncreas; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 70, II)

III - doadores com idade entre quarenta e cinco anos e cinquenta anos cuja causa mortis não seja cérebro-vascular: serão oferecidos para a modalidade de transplante isolado de pâncreas ou transplante de pâncreas após rim, retransplante de pâncreas e transplante simultâneo de rim-pâncreas com doador vivo de rim; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 70, III)

IV - os demais doadores falecidos, que não se aplicarem aos critérios acima descritos, poderão ser considerados para doação para os programas de pesquisa em uso de ilhotas pancreáticas, desde que aprovados pela CONEP, caso em que o pesquisador responsável deverá atestar o recebimento do órgão e seu destino, e aqueles considerados inválidos para extração de ilhotas deverão ser submetidos a exame anatomopatológico para descarte, cujo laudo deverá ser enviado à CNCDO. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 70, IV)

Art. 81. Para oferecer outras opções ao atendimento à lista única de potenciais receptores de pâncreas, poderão ser utilizados doadores com critérios expandidos, devendo, neste caso, ser obedecido o que está estabelecido no art. 40. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 71)

Parágrafo Único. A manifestação expressa de que trata o caput deste artigo deverá ser baseada em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a respeito do uso de doador com critério expandido firmado pelo receptor. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 71, Parágrafo Único)

Art. 82. Serão aceitos para inscrição em lista de espera para transplante isolado de pâncreas, pacientes com diabetes mellitus tipo I, insulino-dependente, com depuração de creatinina maior que 60mL/min/m² que preencham os critérios isolados ou associados deste Regulamento. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 72)

§ 1º O pâncreas poderá ser implantado isoladamente ou em cirurgia simultânea para transplante de rim, devendo que neste último caso, a depuração de creatinina endógena ser igual ou menor a 20 mL/min/m². (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 72, § 1º)

§ 2º Poderá ser realizado em potenciais receptores com diabete mellitus tipo I, insulino-dependente, já submetidos a transplante renal, com função do enxerto renal estável, mas com progressão do diabetes. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 72, § 2º)

§ 3º Caso o receptor já esteja inscrito para rim/pâncreas, este manterá a data de inscrição, para contagem de tempo na lista de espera. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 72, § 3º)

Art. 83. Status específicos para classificação quanto à manutenção do CTU de potenciais receptores de pâncreas: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 73)

I - ATIVO: exames pré-transplante completos, soro atualizado; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 73, I)

II - SEMIATIVO: exames pré-transplante incompletos, recebeu transfusão, sem soro no laboratório, soro vencido, suspenso pela equipe, sem condições clínicas; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 73, II)

III - REMOVIDO: removido pela equipe, removido sem condições clínicas, não quer ser transplantado, removido por semiatividade prolongada (mais de 730 dias), abandonou o tratamento, transferido para outro Estado, transplantado fora do Estado;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 73, III)

IV - INATIVO: ficha complementar não atualizada. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 73, IV)

Parágrafo Único. Nos casos de reinscrição do receptor no CTU será considerada nova data de inscrição. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 73, Parágrafo Único)

Art. 84. A equipe de transplante encaminhará a seguinte ficha complementar, firmada e certificada por um membro da equipe de transplante autorizada, nos termos deste Regulamento, e anuência do receptor ou responsável, composta das seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74)

I - IMC (índice de massa corpórea) máximo do doador: a equipe informará qual o valor máximo do IMC que aceita., o valor aceitável, a ser informado, será de 20 a 35 kg/m 2: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, I)

II - usuário de droga injetável: a equipe informará se aceita ou não doador com esse antecedente; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, II)

III - usuário de droga inalatória (cocaína ou crack): a equipe informará se aceita ou não doador com esse antecedente; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, III)

IV - amilase sérica: a equipe informará que dosagem máxima de amilase sérica, no doador, aceita para o seu receptor, ao valor mínimo aceitável, a ser informado, será de 200 U/L; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, IV)

V - creatinina sérica a equipe informará que dosagem máxima de creatinina sérica, no doador, aceita para o seu receptor, ao valor mínimo aceitável, a ser informado, será de 1,5 mg/dL; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, V)

VI - glicemia - a equipe informará que dosagem máxima de glicemia, no doador, aceita para o seu receptor. O valor mínimo aceitável, a ser informado, será de 150 g/dL; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, VI)

VII - exame sorológico positivo para: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, VII)

a) chagas: a equipe informará se aceita ou não; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, VII, a)

b) hepatite B (anti-HBc ou HBsAg): a equipe informará se aceita ou não, com aceitação condicionada a potenciais receptores com sorologia positiva ou imunizados, devendo ser anexado o exame comprobatório; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, VII, b)

c) hepatite C (anti-HCV): a equipe informará se aceita ou não, com aceitação condicionada a potenciais receptores com sorologia positiva. Devendo ser anexado o exame comprobatório, (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, VII, c)

d) sífilis: a equipe informará se aceita ou não; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, VII, d)

e) toxoplasmose (IgM): a equipe informará se aceita ou não, nas CNCDOs que se aplique;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, VII, e)

f) citomegalovírus (IgM): a equipe informará se aceita ou não, nas CNCDOs que se aplique. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, VII, f)

§ 1º A inclusão de novos potenciais receptores somente será aceita com o preenchimento da ficha complementar. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, § 1º)

§ 2º Para os potenciais receptores já inscritos, será dado um prazo de 3 (três) meses para que as equipes especializadas enviem as informações complementares, após o qual o potencial receptor receberá o status de INATIVO. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, § 2º)

§ 3º Enquanto decorre o prazo estabelecido, os potenciais receptores permanecerão com as informações complementares abaixo descritas, até que haja manifestação por parte da equipe responsável: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, § 3º)

I - IMC (índice de massa corpórea) máximo do doador - 35 kg/m2; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, § 3º, I)

II - usuário de droga injetável - não; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, § 3º, II)

III - usuário de droga inalatória (cocaína ou crack) - não; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, § 3º, III)

IV - amilase sérica - 200 U/L; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, § 3º, III-A)

V - creatinina sérica - 1,5 mg/dL; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, § 3º, IV)

VI - glicemia - 150 g/dL;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, § 3º, VI)

VII - exame sorológico positivo para: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, § 3º, VII)

a) chagas: não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, § 3º, VII, a)

b) hepatite B (anti-HBc ou HBsAg) : não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, § 3º, VII, b)

c) hepatite C (anti-HCV) : não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, § 3º, VII, c)

d) sífilis: não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, § 3º, VII, d)

e) toxoplasmose (IgM) : não aceita nas CNCDOs em que se aplique;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, § 3º, VII, e)

f) citomegalovírus (IgM) : não aceita nas CNCDOs em que se aplique. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 74, § 3º, VII, f)

Art. 85. A seleção de potenciais receptores para a distribuição de pâncreas de doador falecido deve ser feita empregando-se os critérios mínimos a seguir: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 75)

I - identidade ABO e tempo de espera;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 75, I)

II - compatibilidade ABO e tempo de espera. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 75, II)

§ 1º Esta seleção será feita apenas quando não houver utilização do órgão para o transplante de rim/pâncreas. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 75, § 1º)

§ 2º Para o cômputo do tempo em lista de espera será considerada a data de inscrição no CTU para transplante de pâncreas isolado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 75, § 2º)

§ 3º Não haverá critério de urgência para transplante isolado de pâncreas. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 75, § 3º)

Seção IV

Módulo de Fígado

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO VI, Seção IV)

Art. 86. Serão aceitos, para transplante hepático, em potenciais receptores que integrem o CTU, doadores falecidos com idade acima de 7 (sete) dias. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 76)

Art. 87. Para oferecer outras opções ao atendimento à lista única de potenciais receptores de fígado de doadores falecidos poderão ser utilizados critérios expandidos, conforme estabelecido no art. 40. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 77)

Parágrafo Único. A manifestação expressa de que trata o caput deste artigo deverá ser baseada em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a respeito do uso de doador com critério expandido, firmado pelo receptor. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 77, § 1º)

Art. 88. Para inscrição em lista de espera de transplantes hepáticos serão aceitos potenciais receptores que estejam em tratamento de enfermidades hepáticas graves e irreversíveis. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 78)

Parágrafo Único. São consideradas indicações de transplante hepático: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 78, § 1º)

I - cirrose decorrente da infecção pelo vírus da Hepatite B ou C; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 78, § 1º, I)

II - cirrose alcoólica; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 78, § 1º, II)

III - câncer primário do fígado; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 78, § 1º, III)

IV - hepatite fulminante; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 78, § 1º, IV)

V - síndrome hepatopulmonar; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 78, § 1º, V)

VI - cirrose criptogênica; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 78, § 1º, VI)

VII - atresia de vias biliares; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 78, § 1º, VII)

VIII - doença de Wilson; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 78, § 1º, VIII)

IX - doença de Caroli; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 78, § 1º, IX)

X - polineuropatia amiloidótica familiar (PAF); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 78, § 1º, X)

XI - hemocromatoses; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 78, § 1º, XI)

XII - síndrome de Budd-Chiari; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 78, § 1º, XII)

XIII - doenças metabólicas com indicação de transplante; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 78, § 1º, XIII)

XIV - cirrose biliar primária; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 78, § 1º, XIV)

XV - cirrose biliar secundária; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 78, § 1º, XV)

XVI - colangite eclerosante primária; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 78, § 1º, XVI)

XVII - hepatite autoimune; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 78, § 1º, XVII)

XVIII - metástases hepáticas de tumor neuroendócrino irressecáveis, com tumor primário já retirado ou indetectável e sem doença extra-hepática detectável; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 78, § 1º, XVIII)

XIX - cirrose por doença gordurosa hepática não alcoólica. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 78, § 1º, XIX)

Art. 89. Para inscrição de pacientes menores de 12 anos, em lista de espera de fígado, além do previsto no art. 42, a ficha de inscrição deverá conter: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 79)

I - valor de albumina, com data do exame; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 79, I)

II - valor de RNI, com data do exame; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 79, II)

III - valor de bilirrubina total sérica, com data do exame; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 79, III)

IV - valor do sódio sérico, com data do exame. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 79, IV)

Parágrafo Único. Não há pontuação mínima de PELD para inscrição de pacientes menores de 12 anos, porém, para efeito de cálculo, todos os valores menores de PELD = 1 serão equiparados ao valor 1,0. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 79, Parágrafo Único)

Art. 90. Para inscrição de pacientes com idade igual a ou maior que doze anos em lista de espera de fígado, além do previsto no art. 42, a ficha de inscrição deverá conter: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 80)

I - informação referente à realização ou não de diálise e à quantidade de sessões semanais; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 80, I)

II - valor de creatinina sérica, com data do exame; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 80, II)

III - valor do RNI, com data do exame; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 80, III)

IV - valor de bilirrubina total sérica, com data do exame; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 80, IV)

V - valor do sódio sérico, com data do exame. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 80, V)

Parágrafo Único. O valor de MELD mínimo aceito para inscrição em lista será 11 (onze). (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 80, Parágrafo Único)

Art. 91. As fórmulas para cálculo do MELD e do PELD encontram-se na forma dos Anexos 10 e 11 do Anexo I . (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81)

§ 1º Os exames necessários para o cálculo são: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 1º)

I - para indivíduos com mais de 12 anos de idade (MELD): (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 1º, I)

a) dosagens séricas de creatinina; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 1º, I, a)

b) bilirrubina total; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 1º, I, b)

c) determinação do RNI (Relação Normatizada Internacional da atividade da protrombina). (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 1º, I, c)

II - para indivíduos com menos de 12 anos de idade (PELD): (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 1º, II)

a) dosagens séricas de albumina; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 1º, II, a)

b) bilirrubina total; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 1º, II, b)

c) determinação do RNI. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 1º, II, c)

§ 2º Os exames necessários para o cálculo do MELD/PELD deverão ser realizados em: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 2º)

I - laboratórios certificados pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 2º, I)

II - estabelecimentos de saúde autorizados pelo SNT a realizar transplantes; ou (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 2º, II)

III - laboratórios designados pelo gestor estadual do SUS, que possuam licença sanitária atualizada, emitida pelo órgão de vigilância sanitária competente. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 2º, III)

§ 3º Os reagentes utilizados nos exames devem ter registro na ANVISA, de acordo com a legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 3º)

§ 4º Os diferentes exames necessários para cada cálculo do MELD/PELD devem ser realizados em amostra de uma única coleta de sangue do potencial receptor. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 4º)

§ 5º Os exames para cálculo do MELD/PELD terão prazo de validade e devem ser renovados, no mínimo, na frequência abaixo: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 5º)

I - MELD de 11 a 18 - validade de três meses, exames colhidos nos últimos 14 dias; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 5º, a)

II - MELD de 19 a 25 - validade de um mês, exames colhidos nos últimos sete dias; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 5º, b)

III - MELD maior que 25 - validade de sete dias, exames colhidos nas últimas 48 horas; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 5º, c)

IV - PELD até 5 - validade de doze meses, exames colhidos nos últimos 30 dias; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 5º, d)

V - PELD superior a 5 até 10 - validade de três meses, exames colhidos nos últimos 14 dias; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 5º, e)

VI - PELD superior a 10 até 14 - validade de um mês, exames colhidos nos últimos 7 dias; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 5º, f)

VII - PELD superior a 14 - validade de quinze dias, exames colhidos nas últimas 48 horas. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 5º, g)

§ 6º É de responsabilidade da equipe médica de transplante à qual o paciente está vinculado o envio sistemático do resultado dos exames necessários para atender ao disposto no § 5º, supracitado, na periodicidade determinada. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 6º)

§ 7º Caso os exames não sejam renovados no período definido, o paciente receberá um valor de MELD igual 6 (seis) ou PELD igual a 3 (três), até que sejam enviados os novos exames. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 7º)

§ 8º Os potenciais receptores inscritos com MELD calculado igual a ou menor que 10 pontos ou PELD calculado menor que ou igual a 5 pontos receberão status SEMIATIVO "suspenso por MELD/PELD mínimo", exceto quando: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 8º)

I - tenham sódio até 130 mEq/L, informado no último exame do MELD/PELD; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 8º, a)

II - tenham situação especial por meio de parecer da Câmara Técnica Estadual ou Distrital; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 8º, b)

III - estejam priorizados; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 8º, c)

IV - tenham sua priorização por trombose de artéria hepática vencida; ou (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 8º, d)

V - apresentem outras situações clínicas que justifiquem a sua permanência na lista de espera, após avaliação e parecer da Câmara Técnica Estadual ou Distrital, caso em que a alteração do status de "suspenso MELD/PELD mínimo" para o status "ATIVO" será realizada pela própria CNCDO. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 8º, e)

§ 9º As situações referidas no § 8º deverão ser justificadas e circunstanciadas por documentos comprobatórios que deverão ser encaminhados pelas equipes especializadas, autorizadas na forma deste Regulamento. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 9º)

§ 10. Os potenciais receptores com situação cadastral "suspenso MELD/PELD mínimo" serão removidos do sistema após 90 (noventa) ou mais dias consecutivos nesta condição, assumindo o status "removido MELD/PELD mínimo". (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 81, § 10)

Art. 92. Além dos exames necessários ao cálculo do PELD/MELD são exigidos como dados mínimos para a ficha de informações complementares no CTU: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82)

I - idade máxima - a equipe informará qual a idade máxima do doador admissível para o seu receptor. A idade mínima admissível, será de 50 anos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, I)

II - peso mínimo e máximo - a equipe informará qual o peso mínimo e o máximo do doador, aceitável para o seu receptor, que a diferença entre o peso mínimo e o máximo não poderá ser menor que 20%; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, II)

III - usuário de droga injetável - a equipe informará se aceita ou não doador com este antecedente; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, III)

IV - usuário de droga inalatória (cocaína ou crack) - a equipe informará se aceita ou não doador com este antecedente; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, IV)

V - sódio sérico -a equipe informará que dosagem máxima de sódio sérico, no doador, aceita para o seu receptor, do valor mínimo admitido, será de 150 mEq/L; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, V)

VI - creatinina sérica -a equipe informará a dosagem máxima de creatinina sérica, no doador, aceita para o seu receptor, o valor mínimo admitido será de 1,5 mg/dL; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, VI)

VII - TGO e TGP - a equipe informará que dosagem máxima de TGO e de TGP, no doador, aceita para o seu receptor, o valor mínimo admitido será de 60U/L; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, VII)

VIII - bilirrubina total - a equipe informará que dosagem máxima de bilirrubina total, no doador, aceita para o seu receptor, o valor mínimo admitido será de 1,5 mg/dL; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, VIII)

IX - exame sorológico positivo para: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, IX)

a) Chagas - a equipe informará se aceita ou não; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, IX, a)

b) hepatite B - a equipe informará se aceita ou não, seja a aceitação está condicionada a potenciais receptores com sorologia positiva, desses exame comprobatório da condição de portador de sorologia positiva ser anexado; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, IX, b)

c) hepatite C - a equipe informará se aceita ou não, e a aceitação está condicionada a potenciais receptores com sorologia positiva, devendo o exame comprobatório da condição de portador de sorologia positiva, ser anexado; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, IX, c)

X - outras características do doador/órgão: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, X)

a) tempo de isquemia fria - a equipe informará o tempo máximo (em horas) de isquemia fria aceitável para seu receptor no momento do oferecimento do enxerto, cujo intervalo admitido ser será de 0 a 12 horas; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, X, a)

b) órgão para bipartição (Split-Liver) - a equipe informará se aceita ou não órgão bipartido;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, X, b)

c) órgão proveniente de doador PAF - a equipe informará se aceita ou não órgão bipartido. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, X, c)

Parágrafo Único. Os potenciais receptores permanecerão com as informações complementares abaixo descritas, até que haja manifestação por parte da equipe responsável: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, § 1º)

I - idade máxima - 50 anos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, § 1º, I)

II - peso mínimo e máximo - 0 a 100 kg; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, § 1º, II)

III - usuário de droga injetável - não; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, § 1º, III)

IV - usuário de droga inalatória - não; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, § 1º, IV)

V - sódio sérico - 150 mEq/L; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, § 1º, V)

VI - creatinina sérica -1,5 mg/dL; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, § 1º, VI)

VII - TGO e TGP - 60 U/L; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, § 1º, VII)

VIII - bilirrubina total -1,5 mg/dL; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, § 1º, VIII)

IX - exame sorológico positivo para: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, § 1º, IX)

a) Chagas: não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, § 1º, IX, a)

b) hepatite B (anti-HBc ou HbsAg) : não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, § 1º, IX, b)

c) hepatite C (anti-HCV) : não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, § 1º, IX, c)

X - outras características do doador/órgão: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, § 1º, X)

a) tempo de isquemia: 6 horas; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, § 1º, X, a)

b) órgão para bipartir (Split Liver) - não aceita; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, § 1º, X, b)

c) órgão proveniente de doador PAF - não aceita. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 82, § 1º, X, c)

Art. 93. Status específicos para classificação quanto à manutenção em CTU de potenciais receptores de fígado: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 83)

I - ATIVO: exames para cálculo de MELD/PELD atualizado; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 83, I)

II - SEMIATIVO: exames para cálculo de MELD/PELD fora da validade suspenso o MELD/PELD mínimo; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 83, II)

III - REMOVIDO: função hepática recuperada; "removido MELD/PELD mínimo"; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 83, III)

IV - INATIVO: ficha complementar desatualizada. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 83, IV)

Parágrafo Único. Os casos de reinscrição do receptor no CTU será com nova data de inscrição. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 83, § 1º)

Art. 94. Na ocorrência de transplante em receptor portador de PAF, o fígado explantado poderá ser transplantado em receptor inscrito em lista de espera (transplante dominó, repique ou sequencial), desde que o paciente doador tenha assinado assine, na época de sua inscrição em lista de espera, termo de consentimento específico destinando o órgão à tutela da CNCDO estadual e/ou regional, segundo o Anexo 22 do Anexo I . (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 84)

Parágrafo Único. O fígado destinado o transplante quando explantado de receptor com o diagnóstico de PAF, deverá ser alocado ao primeiro receptor inscrito em lista de espera que tenha idade superior a 40 anos e respeitados os critérios MELD/PELD, desde que haja consentimento expresso do receptor. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 84, Parágrafo Único)

Art. 95. Em situações em que haja necessidade de redução hepática por desproporção de peso entre o doador e o receptor, deverão ser utilizadas técnicas de bipartição do fígado (split) de forma a preservar os pedículos bílio-vasculares da porção que não será utilizada no primeiro paciente, possibilitando transplantar um segundo receptor com esta parte do enxerto. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 85)

§ 1º A retirada do enxerto e a bipartição devem ser realizadas conjuntamente pelas duas equipes especializadas responsáveis pelos receptores, sempre que possível, com precedência técnica da equipe responsável pelo receptor mais bem colocado na lista. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 85, § 1º)

§ 2º Na ocorrência da bipartição, a segunda porção do enxerto deverá ser alocada ao primeiro receptor inscrito em lista de espera, respeitados os critérios MELD/PELD, desde que haja consentimento expresso do receptor. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 85, § 2º)

§ 3º Nas situações em que não seja possível utilizar algum dos enxertos obtidos após a partição do fígado, por qualquer razão, deve ser enviada justificativa por escrito à CNCDO, acompanhada do exame anatomopatológico do segmento não utilizado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 85, § 3º)

Art. 96. É permitida a doação de parte do fígado de doador vivo juridicamente capaz, atendidos os preceitos legais quanto à doação intervivos, que tenha sido submetido à rigorosa investigação clínica, laboratorial e de imagem, e esteja em condições satisfatórias de saúde, de modo que a doação seja realizada dentro do limite de risco aceitável. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 86)

§ 1º Sempre que as doações previstas no caput envolverem doadores não aparentados deverão ser submetidas, previamente à autorização judicial, à aprovação da Comissão de Ética do estabelecimento de saúde transplantador e da CNCDO, assim como comunicadas ao Ministério Público. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 86, § 1º)

§ 2º Quando a parte de fígado doada, por razões relacionadas ao receptor ao qual estava destinada, não for utilizada, deverá ser alocada no CTU, segundo os critérios MELD/PELD e de bipartição, desde que haja consentimento do doador e do receptor. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 86, § 2º)

§ 3º O oferecimento dessa possibilidade ao doador vivo de fígado deverá ser feito no momento em que o transplante intervivos for proposto, a critério da equipe proponente, e, caso haja concordância do doador, o consentimento informado e esclarecido deverá contemplar esta situação conforme o Anexo 22 do Anexo I .(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 86, § 3º)

§ 4º Ao doador vivo de fígado que eventualmente venha a necessitar de transplante deste órgão, regularmente inscrito em lista de espera para fígado de doador falecido, será atribuída pontuação ajustada para fins de alocação do órgão doado, de maneira a ser priorizado em relação aos demais candidatos, recebendo na inscrição MELD ajustado de 29. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 86, § 4º)

Art. 97. A seleção dos potenciais receptores para fins de transplante hepático será processada mediante regionalização (nos casos em que se aplique), identidade ou compatibilidade ABO, compatibilidade anatômica do doador, faixa etária, critérios de gravidade e tempo de espera. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 87)

§ 1º Para potenciais receptores priorizados, não haverá observância à regionalização no Estado, e a seleção será feita entre os potenciais potenciais receptores dessa forma inscritos, respeitada a compatibilidade ABO, compatibilidade anatômica e classificados por tempo de espera. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 87, § 1º)

§ 2º Quanto à compatibilidade anatômica e por faixa etária, o sistema obedecerá à sequência abaixo: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 87, § 2º)

I - para doadores com idade menor que 18 (dezoito) anos ou peso menor que 40 (quarenta) kg: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 87, § 2º, I)

a) potenciais receptores com idade menor que 18 (dezoito) anos, identidade ABO e tempo de espera; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 87, § 2º, I, a)

b) potenciais receptores com idade menor que 18 (dezoito) anos, compatibilidade ABO e tempo de espera; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 87, § 2º, I, b)

c) potenciais receptores com idade maior ou igual a 18 (dezoito) anos, identidade ABO e tempo de espera;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 87, § 2º, I, c)

d) potenciais receptores com idade maior ou igual a 18 (dezoito) anos, compatibilidade ABO e tempo de espera. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 87, § 2º, I, d)

II - para os doadores maiores de 18 anos, a alocação obedecerá à sequência abaixo: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 87, § 2º, II)

a) identidade ABO e tempo de espera;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 87, § 2º, II, a)

b) compatibilidade ABO e tempo de espera. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 87, § 2º, II, b)

§ 3º Serão exceções à observância da identidade ABO entre doador e receptor, os seguintes casos: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 87, § 3º)

I - potenciais receptores do grupo B concorrerão também aos órgãos de doadores do grupo sanguíneo O se apresentarem MELD igual ou superior ao valor mediano de MELD dos pacientes do grupo O, transplantados pela mesma CNCDO no ano anterior; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 87, § 3º, I)

II - potenciais receptores do grupo AB concorrerão também aos órgãos de doadores do grupo sanguíneo A se apresentarem MELD igual ou superior ao valor mediano de MELD dos pacientes do grupo A transplantados pela mesma CNCDO no ano anterior. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 87, § 3º, II)

§ 4º Por critério de gravidade clínica, serão classificados de acordo com os critérios de gravidade MELD/PELD priorizando-se o de maior pontuação e considerando o tempo em lista, conforme o seguinte algoritmo: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 87, § 4º)

I - para candidato a receptor com idade igual ou superior a 12 anos - MELD: pontuação a ser considerada = (cálculo do MELD x 1.000) + (0,33 x número de dias em lista de espera (data atual - data de inscrição em lista, em dias); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 87, § 4º, I)

II - para candidatos a receptor com idade menor de 12 anos - PELD: pontuação a ser considerada = (cálculo do PELD x 1.000) + (0,33 x número de dias em lista de espera data atual - data de inscrição em lista, em dias); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 87, § 4º, II)

III - o valor do PELD será multiplicado por três para efeito de harmonização com os valores MELD, valor se chamará "PELD ajustado" e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 87, § 4º, III)

IV - para potenciais receptores com idade maior ou igual a 12 anos e menor que 18 anos, o valor do MELD será multiplicado por 2, cujo valor será designado "MELD ajustado". (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 87, § 4º, IV)

Art. 98. Serão consideradas situações especiais para pacientes abaixo de 12 anos de idade: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 88)

§ 1º Para as situações abaixo, o valor mínimo de PELD ajustado será 30: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 88, § 1º)

I - tumor neuroendócrino metastático, irressecável, com tumor primário já retirado e sem doença extra-hepática detectável; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 88, § 1º, I)

II - hepatocarcinoma maior ou igual a 2 cm de diâmetro, dentro dos critérios de Milão, com diagnóstico baseado nos critérios de Barcelona, ambos na forma do Anexo 14 do Anexo I , e sem indicação de ressecção; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 88, § 1º, II)

III - hepatoblastoma; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 88, § 1º, III)

IV - síndrome hepatopulmonar - PaO2 menor que 60mm/Hg em ar ambiente; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 88, § 1º, IV)

V - hemangioma gigante, hemangiomatose e doença policística com síndrome compartimental; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 88, § 1º, V)

VI - carcinoma fibrolamelar irressecável e sem doença extra-hepática; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 88, § 1º, VI)

VII - hemangioendotelioma epitelióide primário de fígado irressecável e sem doença extra-hepática; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 88, § 1º, VII)

VIII - adenomatose múltipla, bilobar, extensa e irressecável; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 88, § 1º, VIII)

IX - doenças metabólicas com indicação de transplante - fibrose cística, glicogenose tipos I e IV - doença policística, oxalose primária, doença de Crigler-Najjar, doenças relacionadas ao ciclo da uréia, acidemia orgânica, tirosinemia tipo 1, hipercolesterolemia familiar, hemocromatose neonatal, infantil e juvenil, defeito de oxidação de ácidos graxos, doença do xarope de bordo na urina. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 88, § 1º, IX)

§ 2º Caso o paciente com os diagnósticos acima descritos não seja transplantado em 30 dias, sua pontuação passa automaticamente para PELD ajustado 35. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 88, § 2º)

§ 3º Os pacientes transplantados com idade menor de 12 anos, com trombose aguda da artéria hepática, diagnosticada a partir do 16º dia após o transplante, receberão PELD ajustado para 40, cumpridas as seguintes exigências: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 88, § 3º)

I - comprovação do diagnóstico: relatório médico e cópia de laudo de exame de imagem (arteriografia ou angiotomografia computadorizada) prévio à solicitação de situação especial do paciente que deverão ter seus resultados encaminhados à CNCDO para a devida atualização do potencial receptor em lista de espera por um novo enxerto, já com o valor do PELD ajustado para 40; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 88, § 3º, I)

II - controle e auditoria pós-transplante a equipe deverá encaminhar para a CNCDO, em até 30 dias, laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 88, § 3º, II)

§ 4º Os pacientes transplantados com idade menor de 12 anos, com trombose aguda da artéria hepática, diagnosticada até o 15º dia após o transplante, receberão PELD ajustado para 45, cumpridas as seguintes exigências: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 88, § 4º)

I - comprovação do diagnóstico: relatório médico e cópia de laudo de exame de imagem (arteriografia ou angiotomografia computadorizada) prévio à solicitação de situação especial do paciente que deverão ter seus resultados encaminhados à CNCDO para a devida atualização do potencial receptor em lista de espera por um novo enxerto, já com o valor do PELD ajustado para 45; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 88, § 4º, I)

II - controle e auditoria pós-transplante a equipe deverá encaminhar para a CNCDO, em até 30 dias, laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 88, § 4º, II)

§ 5º Nos casos de empate de pontuação de pacientes em situação especial, a classificação será realizada de acordo com ordem decrescente dos valores do PELD calculado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 88, § 5º)

Art. 99. Serão consideradas situações especiais para pacientes com idade igual a ou maior que 12 anos. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 89)

§ 1º Para as situações abaixo, o valor mínimo do MELD será 20: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 89, § 1º)

I - tumor neuroendócrino metastático, irressecável, com tumor primário já retirado, e sem doença extra-hepática detectável; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 89, § 1º, I)

II - hepatocarcinoma maior ou igual a 2 (dois) cm de diâmetro, dentro dos critérios de Milão, com diagnóstico baseado nos critérios de Barcelona, ambos na forma dos Anexos 14 e 15 do Anexo I, e sem indicação de ressecção; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 89, § 1º, II)

III - polineuropatia amiloidótica familiar (PAF) - graus I, II e III; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 89, § 1º, III)

IV - síndrome hepatopulmonar - PaO2 menor que 60 mm/Hg em ar ambiente; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 89, § 1º, IV)

V - hemangioma gigante irressecável, hemangiomatose ou doença policística, com síndrome compartimental; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 89, § 1º, V)

VI - carcinoma fibrolamelar irressecável e sem doença extra-hepática; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 89, § 1º, VI)

VII - hemangioendotelioma epitelióide primário de fígado irressecável e sem doença extra-hepática; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 89, § 1º, VII)

VIII - adenomatose múltipla, bilobar, extensa e irressecável; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 89, § 1º, VIII)

IX - doenças metabólicas com indicação de transplante - fibrose cística, glicogenose tipos I e IV, oxalose primária. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 89, § 1º, IX)

§ 2º Caso o paciente com os diagnósticos descritos acima, não seja transplantado em 3 meses, sua pontuação passa automaticamente para MELD 24 e, em 6 (seis) meses, para MELD 29. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 89, § 2º)

§ 3º Os pacientes transplantados com idade igual a ou maior que 12 anos, com trombose tardia da artéria hepática, notificada à CNCDO a partir do 16º dia após o transplante, receberão MELD ajustado de 29, cumpridas as seguintes exigências: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 89, § 3º)

I - comprovação do diagnóstico: relatório médico e cópia de laudo de exame de imagem (arteriografia ou angiotomografia computadorizada), prévio à solicitação de situação especial para o paciente, cujos resultados deverão ser encaminhados à CNCDO para a devida reativação do potencial receptor em lista de espera por um novo enxerto já com o valor do MELD ajustado para 29; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 89, § 3º, a)

II - controle e auditoria pós-transplante: a equipe deverá encaminhar para a CNCDO, em até 30 dias, laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 89, § 3º, b)

§ 4º Os pacientes transplantados com idade igual a ou maior que 12 anos, com trombose aguda da artéria hepática, notificada à CNCDO em até o 15º dia após o transplante, receberão MELD ajustado de 40, cumpridas as seguintes exigências: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 89, § 4º)

I - comprovação do diagnóstico: relatório médico e cópia de laudo de exame de imagem (arteriografia ou angiotomografia computadorizada), prévio à solicitação de situação especial para o paciente, cujos resultados deverão ser encaminhados à CNCDO para a devida reativação do potencial receptor em lista de espera por um novo enxerto já com o valor do MELD ajustado para 29; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 89, § 4º, a)

II - controle e auditoria pós-transplante:a equipe deverá encaminhar para a CNCDO, em até 30 dias, laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 89, § 4º, b)

§ 5º Nos casos de empate de pontuação de potenciais receptores em situação especial, a classificação será realizada de acordo com ordem decrescente dos valores do MELD calculado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 89, § 5º)

Art. 100. Serão considerados critérios de urgência, para priorização de potenciais receptores de fígado de doadores falecidos, as condições abaixo relacionadas: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 90)

I - insuficiência hepática aguda grave, definida como desenvolvimento de encefalopatia até 8 semanas após o início de icterícia em pacientes sem doença hepática pré-existente, que preencham critérios de indicação de transplante de fígado do King´s College ou Clichy, na forma do Anexo 15 do Anexo I , internados em Unidade de Terapia Intensiva; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 90, I)

II - não-funcionamento primário do enxerto transplantado, notificado à CNCDO até o 7º (sétimo) dia, inclusive, após o transplante; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 90, II)

III - pacientes anepáticos por trauma. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 90, III)

§ 1º a priorização permanecerá por 30 dias. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 90, § 1º)

§ 2º para priorização para retransplante, inclusive após transplante com doador vivo, os potenciais receptores devem estar obrigatoriamente inscritos na CNCDO previamente ao primeiro transplante, e ter atendido aos critérios mínimos de inclusão em lista de espera na data do primeiro transplante. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 90, § 2º)

Art. 101. Competem às equipes especializadas de transplantes, além de outras providências que lhes sejam requeridas, as atribuições relacionadas com as situações de excepcionalidade e de auditoria e controle, quais sejam: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91)

I - encaminhar o relatório médico e o laudo dos exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico e o estadiamento, nos termos estabelecidos neste Regulamento; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91, I)

II - atender, quando solicitadas, requisições adicionais formuladas pelas Câmaras Técnicas Estaduais ou Distrital; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91, II)

III - providenciar exame anatomopatológico do fígado explantado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91, III)

§ 1º Potenciais receptores com indicação de priorização devem ser inscritos nesta condição específica, observados os critérios pertinentes, fornecendo a documentação necessária em, no máximo, 30 (trinta) dias após o transplante, a saber: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91, § 1º)

I - insuficiência hepática aguda grave (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91, § 1º, I)

a) diagnóstico: relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico e o enquadramento nos critérios de O'Grady/King's College Hospital ou de Clichy/Hospital Beaujon; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91, § 1º, I, a)

b) controle e auditoria pós-transplante a equipe deverá encaminhar para a CNCDO, em até 30 dias, laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91, § 1º, I, b)

II - não funcionamento primário do enxerto: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91, § 1º, II)

a) diagnóstico: relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91, § 1º, II, a)

b) controle e auditoria pós-transplante a equipe deverá encaminhar para a CNCDO, em até 30 (trinta) dias, laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91, § 1º, II, b)

III - anepático por trauma: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91, § 1º, III)

a) diagnóstico: relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem a condição do potencial receptor; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91, § 1º, III, a)

b) controle e auditoria pós-transplante-a equipe deverá encaminhar para a CNCDO, em até 30 dias, laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91, § 1º, III, b)

IV - pacientes anepáticos por trauma. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91, § 1º, IV)

§ 2º A priorização permanecerá por 7 (sete) dias, prorrogável por mais 7 (sete) dias, desde que solicitada pela equipe, a contar do recebimento pela CNCDO da notificação de priorização. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91, § 1º-A)

§ 3º Os pacientes priorizados e não transplantados neste período perderão a condição de urgência e receberão MELD e PELD ajustados de 40. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91, § 2º)

§ 4º A critério da Câmara Técnica Estadual, é permitida a ampliação do tempo de priorização para até 30 (trinta) dias a contar do recebimento pela CNCDO da notificação de priorização, bem como a extensão dos prazos de inclusão em priorização, por solicitação da equipe e acompanhada de justificativa devidamente documentada. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91, § 3º)

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

§ 5º Para priorização para retransplante, inclusive após transplante com doador vivo, os potenciais receptores devem estar obrigatoriamente inscritos na CNCDO previamente ao primeiro transplante, e ter atendido aos critérios mínimos de inclusão em lista de espera na data do primeiro transplante. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91, § 4º)

Art. 102. Competem às equipes especializadas de transplantes, além de outras providências que lhes sejam requeridas, as atribuições relacionadas com as situações de excepcionalidade e de auditoria e controle, quais sejam: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91-A)

I - encaminhar o relatório médico e o laudo dos exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico e o estadiamento, nos termos estabelecidos neste Regulamento; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91-A, I)

II - atender, quando solicitadas, requisições adicionais formuladas pelas Câmaras Técnicas Estaduais ou Distrital; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91-A, II)

III - providenciar exame anatomopatológico do fígado explantado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91-A, III)

§ 1º Potenciais receptores com indicação de priorização devem ser inscritos nesta condição específica, observados os critérios pertinentes, fornecendo a documentação necessária em, no máximo, 30 (trinta) dias após o transplante, a saber: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91-A, § 1º)

I - insuficiência hepática aguda grave (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91-A, § 1º, I)

a) diagnóstico: relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico e o enquadramento nos critérios de O'Grady/King's College Hospital ou de Clichy/Hospital Beaujon; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91-A, § 1º, I, a)

b) controle e auditoria pós-transplante a equipe deverá encaminhar para a CNCDO, em até 30 dias, laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91-A, § 1º, I, b)

II - não funcionamento primário do enxerto: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91-A, § 1º, II)

a) diagnóstico: relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91-A, § 1º, II, a)

b) controle e auditoria pós-transplante a equipe deverá encaminhar para a CNCDO, em até 30 (trinta) dias, laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91-A, § 1º, II, b)

III - trombose aguda da artéria hepática, (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91-A, § 1º, III)

a) diagnóstico: exame de imagem (arteriografia ou angiotomografia computadorizada), prévio à solicitação de priorização ou relatório transoperatório firmado e certificado por membro de equipe especializada autorizada nos termos deste Regulamento para transplante hepático (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91-A, § 1º, III, a)

b) controle e auditoria pós-transplante: a equipe deverá encaminhar para a CNCDO, em até 30 dias, laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91-A, § 1º, III, b)

IV - anepático por trauma: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91-A, § 1º, IV)

a) diagnóstico: relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem a condição do potencial receptor; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91-A, § 1º, IV, a)

b) controle e auditoria pós-transplante-a equipe deverá encaminhar para a CNCDO, em até 30 dias, laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91-A, § 1º, IV, b)

§ 2º As situações especiais deverão ser solicitadas, pela equipe especializada, à Câmara Técnica Estadual ou Distrital, comprovadas e acompanhadas, na forma do Anexo 13 do Anexo I . (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 91-A, § 2º)

Seção V

Módulo de Pulmão

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO VI, Seção V)

Art. 103. Serão aceitos como doadores falecidos de pulmão para potenciais receptores que integrem o CTU: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 92)

I - com idade inferior a 60 (sessenta) anos cujo raios X de tórax esteja dentro da normalidade, ou com um mínimo de infiltrado pulmonar unilateral no caso de doador de pulmão único; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 92, I)

II - gasometria com relação PO2 /FIO2 maior que 300 com os seguintes parâmetros de ventilação mecânica: PEEP=5; FIO2= 100%; VAC: 10 a 12mL/kg;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 92, II)

III - sem antecedentes de agravo pulmonar como história de asma brônquica, manipulação cirúrgica, trauma torácico grave ou contusão pulmonar extensa. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 92, III)

Art. 104. Para oferecer outras opções ao atendimento à lista única de potenciais receptores de pulmão poderão ser utilizados doadores com critérios expandidos, devendo, neste caso, ser obedecido o que está estabelecido no art. 40. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 93)

Parágrafo Único. A manifestação expressa, de que trata o caput deste artigo, deverá ser baseada em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a respeito do uso de doador expandido firmado pelo receptor. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 93, § 1º)

Art. 105. É permitida a doação de parte do pulmão de doador vivo juridicamente capaz, atendidos os preceitos legais quanto a doação intervivos, que tenha sido submetido a rigorosa investigação clínica, laboratorial e de imagem, e esteja em condições satisfatórias de saúde, possibilitando que a doação seja realizada dentro de um limite de risco aceitável, seus critérios de classificação do doador vivo são: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 94)

I - idade entre 18 e 60 anos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 94, I)

II - compatibilidade em relação ao sistema ABO; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 94, II)

III - relação de tamanho entre os lobos inferiores do doador e a caixa torácica do receptor que deve ser estabelecida por um método volumétrico (tomografia computadorizada helicoidal); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 94, III)

IV - função pulmonar normal; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 94, IV)

V - boa saúde geral; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 94, V)

VI - ausência de cirurgia torácica prévia; e VII abstinência de fumo pelo resto da vida. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 94, VI)

§ 1º Sempre que as doações previstas no caput envolverem doadores não aparentados deverão ser submetidas, previamente à autorização judicial, à aprovação da Comissão de Ética do estabelecimento de saúde transplantador e da CNCDO, assim como comunicadas ao Ministério Público. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 94, § 1º)

§ 2º Ao doador vivo de pulmão que eventualmente venha a necessitar de transplante deste órgão, regularmente inscrito em lista de espera para pulmão de doador falecido, será atribuída priorização para fins de alocação do órgão doado, em relação aos demais candidatos, desde que respeitadas prioritariamente as condições de urgência descritas no art. 109. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 94, § 2º)

Art. 106. Serão aceitos para inscrição em lista de espera, para transplante de pulmão de doadores falecidos, potenciais receptores para transplante pulmonar bilateral ou para transplante pulmonar unilateral, com os seguintes diagnósticos: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95)

I - doença pulmonar obstrutiva crônica, sob as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, I)

a) classe III New York Heart Association (NYHA) - pacientes com marcada limitação da atividade, confortáveis apenas em repouso; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, I, a)

b) volume expiratório forçado em um segundo (VEF1) menor que 500ml (menor ou igual a 25% do predito após broncodilatador); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, I, b)

c) declínio rápido do VEF1; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, I, c)

d) hipertensão pulmonar secundária; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, I, d)

e) hipoxemia (PO2<60), hipercapnia e perda de peso; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, I, e)

f) contraindicação para cirurgia redutora; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, I, f)

g) deficiência de alfa 1 antitripsina; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, I, g)

II - fibrose pulmonar primária ou secundária, sob as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, II)

a) classe III NYHA pacientes com marcada limitação da atividade, confortáveis apenas em repouso; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, II, a)

b) capacidade pulmonar total (CPT) ou capacidade vital forçada (CVF), menor que ou igual a 60% do predito; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, II, b)

c) difusão para o monóxido de carbono (DCO) menor que ou igual a 30%; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, II, c)

d) hipoxemia (PO2<60) ao exercício; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, II, d)

e) hipoxemia em repouso; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, II, e)

f) hipertensão pulmonar secundária; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, II, f)

g) declínio rápido da função pulmonar; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, II, g)

h) perda de peso mesmo com dieta adequada; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, II, h)

III - bronquiectasias, sob as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, III)

a) classe III NYHA - pacientes com marcada limitação da atividade, confortáveis apenas em repouso; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, III, a)

b) volume expiratório forçado em 1 segundo (VEF1) menor que ou igual a 30% do predito; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, III, b)

c) declínio rápido de VEF1; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, III, c)

d) hipoxemia (PO2<60) hipercapnia e perda de peso; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, III, d)

e) infecções de repetição, hemoptise, pneumotórax; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, III, e)

f) hipertensão pulmonar secundária; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, III, f)

IV - hipertensão pulmonar, sob as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, IV)

a) classe III NYHA - pacientes com marcada limitação da atividade, confortáveis apenas em repouso ou IV NYHA - incapaz de fazer qualquer atividade física sem desconforto, e quando é iniciada qualquer atividade física agrava-se o desconforto; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, IV, a)

b) pressão de artéria pulmonar média maior ou igual a 55mmHg; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, IV, b)

c) pressão de átrio direito média maior ou igual a 15 mmHg; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, IV, c)

d) índice cardíaco menor de 2 L/min/m2; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, IV, d)

e) ausência de resposta a vasodilatador; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, IV, e)

V - fibrose cística, sob as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, V)

a) volume expiratório forçado em 1 segundo (VEF1) menor que ou igual a 30% do predito após broncodilatador; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, V, a)

b) hipoxemia em repouso: PaO2 < 55 mmHg; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, V, b)

c) hipercapnia > 50 mmHg;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, V, c)

d) evolução clínica com exacerbações mais frequentes e mais severas ou infecções por cepas bacterianas multirresistentes. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 95, V, d)

Art. 107. A equipe de transplante encaminhará à CT a ficha complementar assinada, com carimbo de um membro da equipe de transplante autorizada nos termos deste Regulamento e com anuência do receptor ou responsável, deverá a ficha complementar do potencial receptor ser composta das seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96)

I - idade máxima e idade mínima aceitável do doador; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, I)

II - usuário de droga injetável; a equipe informará se aceita ou não doador com esse antecedente; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, II)

III - usuário de droga inalatória (cocaína ou crack) - a equipe informará se aceita ou não doador com esse antecedente;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, III)

IV - número de dias de intubação: a equipe informará até quantos dias de intubação do doador são aceitas; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, IV)

V - exame sorológico positivo para: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, V)

a) chagas - a equipe informará se aceita ou não; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, V, a)

b) hepatite B (anti-HBc ou HbsAg) a equipe informará se aceita ou não, cuja aceitação está condicionada a potenciais receptores com sorologia positiva ou imunizados, devendo ser anexado exame comprobatório; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, V, b)

c) hepatite C (anti-HCV) a equipe informará se aceita ou não, cuja aceitação está condicionada a potenciais receptores com sorologia positiva, devendo ser anexado exame comprobatório; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, V, c)

d) sífilis a equipe informará se aceita ou não; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, V, d)

e) toxoplasmose (IgM) a equipe informará se aceita ou não;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, V, e)

f) citomegalovírus (IgM) a equipe informará se aceita ou não. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, V, f)

§ 1º A inclusão de novos potenciais receptores somente será aceita com o preenchimento da ficha de informações complementares. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, § 1º)

§ 2º Para os potenciais receptores já inscritos, será dado um prazo de 3 (três) meses para que as equipes especializadas enviem as informações complementares. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, § 2º)

§ 3º Decorrido o prazo estabelecido, os potenciais receptores permanecerão até que haja manifestação por parte da equipe responsável com as seguintes informações complementares: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, § 3º)

I - idade mínima: 0; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, § 3º, I)

II - idade máxima: 100; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, § 3º, II)

III - usuário de droga injetável não; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, § 3º, III)

IV - usuário de droga inalatória (cocaína ou crack): não; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, § 3º, IV)

V - número de dias de intubação, 1 dia; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, § 3º, V)

VI - exame sorológico positivo para: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, § 3º, VI)

a) Chagas: não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, § 3º, VI, a)

b) hepatite B (anti-HBc ou HbsAg): não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, § 3º, VI, b)

c) hepatite C (anti-HCV): não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, § 3º, VI, c)

d) sífilis: não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, § 3º, VI, d)

e) toxoplasmose (IgM): não aceita; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, § 3º, VI, e)

f) citomegalovírus (IgM): não aceita. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 96, § 3º, VI, f)

Art. 108. A seleção dos potenciais receptores para fins de transplante será processada mediante os seguintes critérios eletivos: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 97)

I - identidade ABO x tempo de espera; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 97, I)

II - compatibilidade de tamanho da caixa torácica (distância entre ápice pulmonar e diafragma - linha hemi-clavicular - tolerância de 10%); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 97, II)

III - prova de reatividade contra painel de linfócitos atualizada; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 97, III)

IV - compatibilidade ABO x tempo de espera. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 97, IV)

Parágrafo Único. A sensibilização será aferida por avaliação de reatividade contra painel de linfócitos realizada dentro dos últimos seis meses ou, caso o paciente tenha sofrido intercorrência sensibilizante (recebido transfusões sanguíneas ou cursado de alguma doença infecciosa), duas semanas após a intercorrência. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 97, Parágrafo Único)

Art. 109. É considerada condição de urgência o retransplante agudo indicado nas primeiras 48 horas após a realização do transplante. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 98)

Parágrafo Único. A manutenção da urgência tem validade de trinta dias. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 98, Parágrafo Único)

Seção VI

Módulo de Coração

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO VI, Seção VI)

Art. 110. Serão aceitos doadores com idade maior do que 7 (sete) dias, excluídas as seguintes situações: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 99)

I - má-formação cardíaca grave (excetuam-se situações como comunicação interatrial e valvopatias discretas ou moderadas, e anomalias valvares como válvula aórtica bicúspide normofuncionante). (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 99, I)

II - disfunção ventricular grave; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 99, II)

III - hipertrofia ventricular esquerda maior que 13 mm; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 99, III)

IV - doença coronária (excetua-se lesão coronária de um único vaso); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 99, IV)

V - uso de catecolaminas em altas doses e por tempo prolongado;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 99, V)

VI - arritmias malignas. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 99, VI)

Art. 111. Para oferecer outras opções ao atendimento à lista única de potenciais receptores de coração poderão ser utilizados doadores com critérios expandidos, devendo, neste caso, ser obedecido o estabelecido no art. 39, além dos específicos para coração. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 100)

Parágrafo Único. A manifestação expressa de que trata o caput deste artigo deverá ser baseada em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a respeito do uso de doador expandido firmado pelo receptor. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 100, Parágrafo Único)

Art. 112. Serão aceitos para inscrição em lista de espera de coração os potenciais receptores: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 101)

I - portadores de insuficiência cardíaca em Classe III NYHA - pacientes com marcada limitação da atividade, confortáveis apenas em repouso ou IV NYHA - incapaz de fazer qualquer atividade física sem desconforto; e quando é iniciada qualquer atividade física agrava o desconforto;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 101, I)

II - portadores de arritmias consideradas malignas, com sintomas incapacitantes ou com alto risco de morte em um ano e sem a possibilidade do emprego de outros métodos terapêuticos clínicos ou cirúrgicos. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 101, II)

Art. 113. São dados mínimos para a ficha de informações complementar no CTU, além dos estabelecidos no art. 42: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102)

I - idade máxima, para doadores com cateterismo cardíaco ou com ecocardiograma a equipe informará qual a idade máxima do doador, aceitável para o seu receptor, cujo valor mínimo admitido, a ser informado, será de 40 anos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, I)

II - idade máxima, para doadores sem cateterismo cardíaco e ecocardiograma - a equipe informará qual a idade máxima do doador, aceitável para o seu receptor, cujo valor mínimo admitido, a ser informado, será de 40 anos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, II)

III - peso mínimo e máximo a equipe informará qual o peso mínimo e o máximo do doador, aceitável para cada receptor inscrito; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, III)

IV - hipertrofia ventricular esquerda: a equipe informará se aceita ou não; hipertrofia ventricular esquerda menor ou igual a 13 mm não impede o transplante; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, IV)

V - valvopatias não complicadas: a equipe informará se aceita ou não; a valvopatia discreta ou moderada ou outras anomalias valvares como válvula aórtica bicúspide normofuncionante não contraindicam o transplante; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, V)

VI - cardiopatias congênitas simples: a equipe informará se aceita ou não; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, VI)

VII - lesões coronárias de um único vaso: a equipe informará se aceita ou não;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, VII)

VIII - arritmias benignas: a equipe informará se aceita ou não; arritmias benignas, como Wolf Parkison White (WPW), podem ser aceitas para o transplante. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, VIII)

§ 1º A inclusão de novos potenciais receptores somente será aceita com o preenchimento da ficha de informações complementares. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, § 1º)

§ 2º Para os potenciais receptores já inscritos, será dado um prazo de três meses para que as equipes especializadas enviem as informações complementares. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, § 2º)

§ 3º Decorrido o prazo estabelecido os potenciais receptores permanecerão com as informações complementares abaixo descritas, até que haja manifestação por parte da equipe responsável: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, § 3º)

I - idade máxima, para doadores com cateterismo cardíaco ou com ecocardiograma - 55 anos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, § 3º, I)

II - idade máxima, para doadores sem cateterismo cardíaco e ecocardiograma - 40 anos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, § 3º, II)

III - hipertrofia ventricular esquerda: não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, § 3º, III)

IV - valvulopatias: não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, § 3º, IV)

V - peso máximo do doador - 100 kg; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, § 3º, V)

VI - usuário de droga injetável - Não; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, § 3º, VI)

VII - usuário de droga inalatória (cocaína ou crack) - Não; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, § 3º, VII)

VIII - exame sorológico positivo para: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, § 3º, VIII)

a) chagas: não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, § 3º, VIII, a)

b) hepatite B (anti-HBc ou HbsAg) : não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, § 3º, VIII, b)

c) hepatite C (anti-HCV) : não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, § 3º, VIII, c)

d) sífilis: não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, § 3º, VIII, d)

e) toxoplasmose (IgM) : não aceita; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, § 3º, VIII, e)

f) citomegalovírus (IgM) : não aceita;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, § 3º, VIII, f)

g) órgão com alterações morfológicas: não. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 102, § 3º, VIII, g)

Art. 114. A seleção dos potenciais receptores para fins de transplante será processada mediante compatibilidade ABO doador x receptor, peso doador x receptor, priorização, características do doador e tempo de espera. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 103)

§ 1º Para potenciais receptores não priorizados, a seleção será feita de acordo com a sequência abaixo: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 103, § 1º)

I - peso do doador entre o peso mínimo e máximo informado pela equipe, na ficha de inscrição; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 103, § 1º, I)

II - igualdade ABO e tempo de espera, e posteriormente; e compatibilidade ABO e tempo de espera. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 103, § 1º, II)

§ 2º Para potenciais receptores priorizados a seleção será feita de acordo com a sequência abaixo: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 103, § 2º)

I - peso do doador entre o peso mínimo e o máximo informado pela equipe, na ficha de inscrição; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 103, § 2º, I)

II - entre os potenciais receptores priorizados, na condição do art. 115, I, com compatibilidade ABO e ordenados por tempo de priorização; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 103, § 2º, II)

III - entre os potenciais receptores priorizados, na condição do art. 115, II, com compatibilidade ABO e ordenados por tempo de priorização. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 103, § 2º, III)

§ 3º Para transplantes realizados em caráter eletivos o coração doador deverá ser distribuído inicialmente entre os potenciais receptores isogrupo e, posteriormente, obedecendo à compatibilidade ABO. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 103, § 3º)

§ 4º Para transplantes realizados em caráter de prioridade, o doador e o receptor devem respeitar apenas compatibilidade em relação ao sistema ABO. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 103, § 4º)

§ 5º Para o transplante realizado em criança, em caráter de prioridade, será possível o uso de coração que não obedeça ao critério de compatibilidade ABO, desde que devidamente justificada a necessidade e com consentimento expresso dos respectivos pais ou responsáveis legais. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 103, § 5º)

§ 6º Para candidatos que estejam em condições clínicas idênticas aguardando transplante, o critério de desempate será o tempo de espera em lista. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 103, § 6º)

Art. 115. São consideradas condições de urgência: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 104)

I - priorização por assistência circulatória/retransplante: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 104, I)

a) ventrículo artificial; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 104, I, a)

b) assistência ventricular direita e/ou esquerda; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 104, I, b)

c) balão intra-aórtico; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 104, I, c)

d) ventilação artificial por insuficiência cardíaca; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 104, I, d)

e) retransplante agudo;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 104, I, e)

f) outras situações não previstas neste artigo serão devidamente analisadas pela CTE de onde o receptor encontra-se inscrito. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 104, I, f)

II - priorização por choque cardiogênico: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 104, II)

a) o paciente deve estar obrigatoriamente hospitalizado e em uso de droga(s) vasopressora(s); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 104, II, a)

b) deve ser informada a data da internação hospitalar, número do leito, princípio ativo e dose do vasopressor; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 104, II, b)

c) para priorização, a dose de dopamina ou dobutamina deverá ser maior ou igual a 5 µg/kg/min, ou outra droga vasopressora em dose equivalente. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 104, II, c)

Parágrafo Único. A manutenção da urgência tem validade de trinta dias. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 104, § 1º)

Seção VII

Módulo de Tecidos Oculares

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO VI, Seção VII)

Art. 116. Serão aceitos doadores com idade maior ou igual a 2 anos e menor ou igual a 80 anos, que não apresentem riscos de transmissão de doenças através do enxerto. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 105)

§ 1º A CNCDO Estadual e/ou Regional, levando em conta estudos de custo efetividade, evolução da lista de espera, qualidade dos transplantes e possibilidade de alocação dos enxertos para outras CNCDO, poderão estreitar a faixa etária aceita para doação de córnea, aumentando a idade mínima e ou reduzindo a idade máxima permitida para doação de tecidos oculares para fins terapêuticos. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 105, § 1º)

§ 2º Somente poderão ser utilizados para fins terapêuticos os tecidos oculares liberados para uso por Bancos de Tecidos Oculares devidamente autorizados nos termos deste Regulamento. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 105, § 2º)

Art. 117. Serão aceitos para inscrição em lista de espera para transplante de córnea, em caráter eletivo, os potenciais receptores portadores de: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 106)

I - ceratocone; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 106, I)

II - ceratopatia bolhosa; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 106, II)

III - leucoma de qualquer etiologia; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 106, III)

IV - distrofia de Fuchs; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 106, IV)

V - outras distrofias corneanas; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 106, V)

VI - ceratite intersticial; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 106, VI)

VII - degeneração corneana; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 106, VII)

VIII - queimadura ocular; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 106, VIII)

IX - anomalias corneanas congênitas;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 106, IX)

X - falência secundária ou tardia; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 106, X)

Art. 118. Serão aceitos para inscrição em lista de espera para transplante de córnea, como condição de urgência, os potenciais receptores portadores de: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 107)

I - perfuração do globo ocular; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 107, I)

II - iminência de perfuração de córnea - decemetocele; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 107, II)

III - receptor com idade inferior a sete anos que apresente opacidade corneana bilateral; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 107, III)

IV - úlcera de córnea sem resposta a tratamento clínico;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 107, IV)

V - falência primária, até o nonagésimo (90º) dia consecutivo a realização do transplante, da realização do transplante com córnea viável para transplante óptico. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 107, V)

Parágrafo Único. Os casos não previstos neste Regulamento deverão ser avaliados e autorizados pela CTE correspondente. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 107, § 1º)

Art. 119. Os potenciais receptores de esclera deverão estar devidamente inscritos na respectiva CNCDO para que possam receber os tecidos e devem ter seu transplante confirmado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 108)

Art. 120. O status específico de potencial doador de córnea quanto à manutenção no CTU pode ser: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 109)

I - ATIVO: apto e disponível para transplantar; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 109, I)

II - SEMIATIVO: exames pré-transplante incompletos, suspenso pela equipe, sem condições clínicas;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 109, II)

III - REMOVIDO: abandonou o tratamento, não quer ser transplantado, removido por recusas sistemáticas, removido por semiatividade prolongada, removido pela equipe, removido por ausência de condições clínicas, transferido para outro Estado, transplantado fora do Estado, transplantado com córnea proveniente do exterior.(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 109, III)

§ 1º São condições para remoção automática pelo SIG: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 109, § 1º)

I - REMOVIDO por semi-atividade prolongada: potenciais receptores inscritos para transplante de córnea, que permanecerem 120 dias cumulativos no status SEMIATIVO;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 109, § 1º, I)

II - REMOVIDO por recusas sistemáticas: potenciais receptores inscritos para transplante de córneas que acumularem cinco recusas por parte da equipe à oferta de tecidos pela CNCDO, por 5 (cinco) vezes, de doadores diferentes e em datas distintas. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 109, § 1º, II)

§ 2º Para reinscrição do potencial receptor em lista haverá uma nova data de inscrição. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 109, § 2º)

Art. 121. A seleção dos potenciais receptores de córnea para fins de transplante será processada mediante: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 110)

I - critério de gravidade: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 110, I)

a) urgência; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 110, I, a)

b) eletiva. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 110, I, b)

II - classificação da córnea: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 110, II)

a) óptica; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 110, II, a)

b) tectônica. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 110, II, b)

III - faixa etária do doador; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 110, III)

IV - tempo de espera em lista (em dias). (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 110, IV)

§ 1º Os itens relativos à gravidade, a classificação da córnea a ser utilizada e à faixa etária do doador serão informados pela equipe transplantadora. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 110, § 1º)

§ 2º Os potenciais receptores inscritos para transplante com córnea tectônica serão selecionados apenas quando houver córnea tectônica disponível. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 110, § 2º)

§ 3º A equipe deverá informar a idade mínima e máxima do doador aceitável para cada potencial receptor, e se aceita a córnea para transplante óptico ou tectônico a idade mínima admitida do doador deverá ser menor que ou igual a dez anos e a idade máxima deverá ser maior que ou igual a quarenta anos. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 110, § 3º)

Art. 122. A seleção dos potenciais receptores de esclera para fins de transplante será processada mediante tempo de espera, pelos Bancos de Tecidos Oculares, a quem a equipe transplantadora deverá se dirigir para solicitar o tecido. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 111)

§ 1º Os Bancos serão responsáveis pelos processos que garantam a rastreabilidade do enxerto em relação à biovigilância e não resultado do procedimento. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 111, § 1º)

§ 2º Os Bancos deverão enviar consolidado mensal à CNCDO comunicando o número de transplantes de esclera realizados, bem como manter seus relatórios evolutivos atualizados. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 111, § 2º)

Art. 123. A CNCDO definirá prazos para que as equipes especializadas transplantadoras se posicionem quanto à aceitação ou não dos tecidos doados, prazo que não deverá ultrapassar 3 (três) horas. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 112)

Parágrafo Único. Havendo perda da qualidade ou mesmo perda do tecido ocular devido à demora excessiva da equipe em utilizá-lo, esta deverá enviar justificativa por escrito, podendo ocorrer suspensão e/ou cancelamento da autorização para a realização de transplante de córnea, emitida pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 112, Parágrafo Único)

Art. 124. A utilização de tecidos oculares humanos para fins de ensino ou pesquisa será permitida, somente após após esgotadas as possibilidades de sua utilização em transplantes. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 113)

Art. 125. O transplante lamelar não dará ao paciente direito de retransplante por falência primária do enxerto exceto se, para o transplante lamelar, estiver regularmente inscrito na CNCDO como potencial receptor de córnea óptica, e recebido as córneas tectônicas para obtenção das lamelas apenas quando tiver sido selecionado para o transplante, como alternativa eleita pelo transplantador à córnea óptica. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 114)

Art. 126. Para oferecer outras opções ao atendimento à lista única de potenciais receptores de córneas poderão ser utilizadas córneas doadas provenientes do exterior. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 115)

§ 1º A solicitação de córneas do exterior será feita, exclusivamente, para paciente inscrito na respectiva lista de espera da CNCDO e vinculado a equipes especializadas e o centros transplantadores, autorizados pelo SNT. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 115, § 1º)

§ 2º É vedada a solicitação de córneas do exterior em casos de potenciais receptor inscritos em CNCDO cuja lista de espera por córnea tenha previsão de tempo de permanência em lista, menor do que 6 (seis) meses. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 115, § 2º)

§ 3º A anuência, pela ANVISA, ao ingresso no País de córneas provenientes do exterior, será efetuada à vista de parecer conclusivo da respectiva CNCDO estadual. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 115, § 3º)

§ 4º Caberá à ANVISA a fiscalização e liberação sanitária das córneas provenientes do exterior e a informação do parecer à CNCDO estadual e/ou regional. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 115, § 4º)

§ 5º Os custos com a solicitação e o recebimento de córneas provenientes do exterior caberão exclusivamente ao potencial receptor. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 115, § 5º)

§ 6º Os resultados dos transplantes realizados com córneas provenientes do exterior deverão ser monitorados pela CNCDO que, em comum acordo com a respectiva CTE, poderá cancelar os pedidos de solicitação destas córneas. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 115, § 6º)

§ 7º A falência primária no transplante de córneas provenientes do exterior não será considerada urgência para um novo transplante com córneas captadas em nível local. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 115, § 7º)

§ 8º Os exames sorológicos realizados no doador de córneas, desde que em conformidade com este Regulamento, serão aceitos para utilização de córneas provenientes do exterior. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 115, § 8º)

§ 9º É responsabilidade do médico transplantador encaminhar para a CNCDO as informações sobre os receptores, no prazo máximo de quinze dias após a realização do transplante, qualquer que seja a origem da córnea transplantada, sendo que o não-encaminhamento das informações no prazo estabelecido poderá acarretar ao médico transplantador o cancelamento da autorização para a realização de transplante de córnea emitida pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 115, § 9º)

§ 10. A responsabilidade pela avaliação da qualidade da córnea importada a ser transplantada será da equipe médica transplantadora que a solicitou. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 115, § 10)

Seção VIII

Módulo de Células-Tronco Hematopoéticas

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO VI, Seção VIII)

Art. 127. Para a realização de Transplantes de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) deverão ser observadas as atribuições das entidades envolvidas e as normas técnicas para identificação e seleção de doadores para receptores nacionais e internacionais definidas neste módulo. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 116)

Parágrafo Único. As rotinas para autorização e renovação de autorização para estabelecimentos e equipes especializadas serão tratadas no Anexo 20 do Anexo I . (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 116, Parágrafo Único)

Art. 128. As atribuições do SNT e do INCA quanto à identificação e busca de doadores para receptores nacionais e internacionais são as abaixo relacionadas: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 117)

I - o SNT tem como responsabilidade o controle, a avaliação e a regulação das ações e atividades relativas ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas - (TCTH) e contará com a assessoria técnica do INCA nas atividades relacionadas a TCTH. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 117, I)

II - a busca nacional ou internacional de doador não aparentado de células-tronco hematopoéticas para receptores nacionais e internacionais é prerrogativa do SNT, que se responsabilizará pelo ressarcimento dos procedimentos de identificação, para os receptores nacionais, e delega ao INCA, por meio deste regulamento, a gerência técnica e operacional dessa atividade; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 117, II)

III - A busca nacional e internacional de precursores hematopoéticos para receptores nacionais será concomitante em sua fase preliminar; e após a análise dos dados obtidos na busca preliminar, será selecionado o doador mais adequado para cada receptor; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 117, III)

IV - na existência de doadores compatíveis no Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea - REDOME ou no Registro Nacional de Sangue de Cordão Umbilical RENACORD/REDOME e nos registros internacionais, prevalecerá, em caso de similaridade imunogenética, a escolha do doador dos registros brasileiros; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 117, IV)

V - para fins da organização sistemática dos fluxos de receptores nacionais, para transplantes de células-tronco hematopoéticas alogênicos aparentados e não-aparentados, deverá ser utilizado o programa informatizado de gerenciamento do REREME; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 117, V)

VI - as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) referentes a transplantes alogênicos aparentados e não-aparentados somente poderão ser autorizadas para pacientes inscritos no cadastro único mantido pelo REREME e de acordo com a respectiva CNCDO do Estado onde se encontra o estabelecimento de saúde que assiste o paciente. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 117, VI)

VII - o cadastro único para os pacientes candidatos a TCTH alogênico - REREME deverá considerar os critérios específicos de indicação e de priorização para esse tipo de transplante, definidos neste módulo. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 117, VII)

VIII - todos os leitos especializados autorizados para TCTH alogênico, conveniados ao SUS, estarão sujeitos à regulação, pelo SNT, na sua alocação para atendimento aos pacientes inscritos no cadastro único de receptores de TCTH alogênico - REREME, cabendo ao INCA o gerenciamento da distribuição de leitos aos pacientes com doador identificado para transplantes alogênicos aparentados e não aparentados; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 117, VIII)

IX - o INCA manterá os respectivos cadastros do REDOME, do RENACORD e do REREME atualizados com as informações dos doadores, das unidades de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário-SCUP, e da situação clínica dos receptores, enviadas por meio do sistema informatizado pelos médicos que assistem ao paciente; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 117, IX)

X - caberá ao INCA determinar tecnicamente a necessidade de campanhas de recrutamento de doadores voluntários para o REDOME, sob autorização da CGSNT. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 117, X)

Art. 129. As etapas da busca nacional e internacional de doador não-aparentado deverão seguir os fluxos abaixo relacionados: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 118)

I - na impossibilidade de se identificar doador aparentado, a equipe médica de um centro de transplante autorizado (Centro Avaliador) reavaliará o paciente e, conforme as indicações estabelecidas no item Critérios de Indicação deste módulo, incluirá o receptor no sistema REREME, para a busca nacional de doador não-aparentado no REDOME; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 118, I)

II - identificado(s) o(s) doador(es) no REDOME, a respectiva CNCDO e o hemocentro onde o doador foi registrado atuarão com vistas a localizar e chamar o(s) candidato(s) à doação, ocasião em que deverá ser confirmada a intenção da doação e, se confirmada, coletada nova amostra de material para a realização dos exames de sorologia, e para encaminhamento de nova amostra ao próprio hemocentro referido e ao(s) laboratório(s) autorizado(s) para a realização dos exames confirmatórios de histocompatibilidade; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 118, II)

III - uma vez identificado e confirmado um doador nacional, pelo sistema REDOME/REREME, o candidato ao transplante deverá ser encaminhado a estabelecimento de saúde autorizado para realização do transplante; e as CNCDOs, solicitantes e executoras, deverão considerar os mecanismos usuais de autorização de Tratamento Fora de Domicílio TFD, quando for necessário; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 118, III)

IV - o doador, no caso de doação de medula óssea, será encaminhado ao estabelecimento de saúde, onde se dará o transplante ou a outro em que apenas se coletará, acondicionará e encaminhará a medula para o estabelecimento de saúde transplantador; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 118, IV)

V - na eventualidade se o estabelecimento de saúde de coleta da medula óssea estar instalado em cidade diversa da residência do doador, o gestor estadual ou do Distrito Federal deverá prover os meios para seu deslocamento e acomodação; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 118, V)

VI - no caso de doadores de células-tronco hematopoéticas de sangue periférico, o doador voluntário, devidamente esclarecido sobre o procedimento e após a administração de medicação indutora da hematopoese, submeter-se-á a aférese ambulatorial, para obtenção de células-tronco circulantes no sangue periférico, no estabelecimento de saúde ou hemocentro que lhe for designado pela CNCDO, dentro de critérios que garantam a total segurança do doador; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 118, VI)

VII - o procedimento de coleta, fornecimento, acondicionamento e transporte da medula e outros precursores hematopoéticos de doadores identificados pelo REDOME poderá ser solicitado somente por estabelecimento de saúde autorizado para TCTH; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 118, VII)

VIII - não sendo encontrado doador por meio da busca nacional acima descrita, o REDOME dará seguimento à busca internacional de doador não-aparentado, conforme as indicações de TCTH não-aparentado estabelecidas nos Critérios de Indicação deste Regulamento; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 118, VIII)

IX - uma vez identificado e confirmado um doador internacional, o paciente deverá ser encaminhado ao estabelecimento de saúde autorizado para a realização de TCTH não-aparentado, levando-se em consideração os critérios de priorização para a lista de atendimento, estabelecidos no item Cadastro de Receptores deste módulo, devendo as CNCDOs, solicitante e executoras, considerar os mecanismos usuais de autorização de Tratamento Fora do Domicílio-TFD, quando for necessário; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 118, IX)

X - a consulta aos registros internacionais de doadores e os procedimentos de busca, coleta, acondicionamento, fornecimento e transporte de células-tronco hematopoéticas desses doadores para transplante (busca internacional) somente poderão ser realizados pelo REDOME/INCA. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 118, X)

Parágrafo Único. Os procedimentos relativos aos TCTH não-aparentados serão custeados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), sendo que os pagamentos serão efetuados para pesquisa e controle do câncer. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 118, Parágrafo Único)

Art. 130. Os critérios de indicação, bem como a nomenclatura utilizada para defini-los estão descritos no Anexo 21 do Anexo I . (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 119)

§ 1º As propostas de inclusão de novas indicações para TCTH oriundas das sociedades médicas, que não apresentarem nível de evidência que sustente sua recomendação inequívoca, deverão ser encaminhadas técnico-cientificamente justificadas, ao SNT. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 119, § 1º)

§ 2º O SNT definirá, em conjunto com o INCA e a CTN, para cada indicação aceita para avaliação, centros de excelência onde se desenvolverão sesses transplantes, como projeto de pesquisa, devidamente submetido à CONEP e coordenado pelo MS, para posterior decisão, ou não, sobre inclusão em Regulamento Técnico.(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 119, § 2º)

§ 3º Casos que se relacionem à extensão dos critérios presentes neste Regulamento devem ser encaminhados para avaliação da CTN, acompanhados de todo o histórico clínico do paciente, descrição do exame físico atual, cópia dos exames complementares pertinentes, bibliografia relacionada e justificativa arrazoada da extensão do critério. A Câmara Técnica deverá emitir parecer conclusivo em até 30 dias. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 119, § 3º)

§ 4º Casos que necessitem de avaliação mais urgente deverão vir assim identificados, com justificativa do caráter de urgência, e a CTN terá 48 horas úteis para pronunciamento. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 119, § 4º)

Art. 131. Os receptores deverão ser cadastrados e organizados na Lista de Atendimento, a ser gerenciada pelo REREME/INCA, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 120)

I - todos os hospitais autorizados para a realização de TCTH alogênico aparentado deverão, obrigatoriamente, manter atualizados seus cadastros de receptores junto às CNCDOs dos respectivos estados, por meio do sistema REREME; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 120, I)

II - todos os hospitais autorizados para a realização de TCTH alogênico não-aparentado, autorizados/habilitados ou não no SUS, deverão, obrigatoriamente, manter atualizados seus cadastros de receptores junto às CNCDO dos respectivos Estados por meio do sistema REREME; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 120, II)

III - a alocação de leitos para os TCTH não-aparentados nos hospitais autorizados, integrantes do SUS, far-se-á observando-se os critérios de priorização por gravidade, curabilidade, tempo de inscrição em lista única e de ordem logística; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 120, III)

IV - os critérios de priorização na Lista para Atendimento para transplantes alogênicos por estabelecimento de saúde autorizado, credenciado/habilitado no SUS, serão utilizados nacionalmente, e classificarão os receptores, observando-se os Critérios de Indicações do Anexo 21 do Anexo I , e com base nos fatores demonstrados no Anexo 16 do Anexo I . (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 120, IV)

V - a pontuação relacionada à tabela acima será revista periodicamente pela Câmara Técnica Nacional para os TCTH ou por demanda do SNT; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 120, I)

VI - uma vez encontrado leito disponível para atendimento do receptor classificado, este (ou seu responsável legal) deverá autorizar formalmente o estabelecimento de saúde e equipe especializada a realizar o procedimento indicado, nos termos do Consentimento Livre e Esclarecido constante no Anexo 21 do Anexo I ;(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 120, II)

VII - a priorização também deve considerar, em ordem decrescente, a espera por um primeiro, segundo ou terceiro transplante para um mesmo paciente, conforme especificado no Critério de Indicações do Anexo 21 do Anexo I ; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 120, III)

VIII - entre receptores que tenham o mesmo escore final, prevalecerá o que primeiro estiver pronto para o transplante e, em caso de receptor com escore maior, mas ainda não pronto para transplante, prevalecerá aquele com escore imediatamente abaixo que estiver pronto. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 120, IV)

Art. 132. A regulação do acesso a TCTH alogênico dar-se-á conforme os fluxos abaixo estabelecidos: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 121)

I - regulação do acesso a TCTH alogênico aparentado: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 121, I)

a) o médico/estabelecimento de saúde autorizado para o procedimento, integrante ou não do SUS, que assiste o paciente candidato a receptor de TCTH alogênico aparentado, procederá à busca entre consanguíneos, até a identificação e confirmação do doador; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 121, I, a)

b) uma vez confirmado o doador, a equipe médica solicitante, de estabelecimento de saúde autorizado, habilitado ou não no SUS para a realização de TCTH alogênico aparentado, procederá à inclusão do paciente no cadastro do sistema REREME; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 121, I, b)

c) caso o exame confirmatório exclua o possível doador, o médico/estabelecimento de saúde solicitante autorizado, habilitado ou não ao SUS para a realização de TCTH alogênico aparentado, deverá alterar no REREME a situação do paciente, a fim de incluí-lo para a pesquisa de doador não-aparentado; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 121, I, c)

II - regulação do acesso a TCTH alogênico não-aparentado: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 121, II)

a) a busca de doador não-aparentado só se dará levando em consideração os itens Critérios de Indicação do Anexo 21 do Anexo I e art. 130; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 121, II, a)

b) nesse caso, o paciente deverá ser encaminhado a um centro autorizado para TCTH alogênico, não-aparentado; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 121, II, b)

c) as etapas da busca nacional de doador não-aparentado deverão ser as seguintes: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 121, II, c)

1. na impossibilidade de se identificar doador aparentado em primeiro grau, conforme descrito no inciso I entre antigo a equipe médica de um centro de transplante autorizado reavaliará o paciente, informará ao sistema essa nova situação e, conforme as indicações estabelecidas no Anexo 21 do Anexo I , incluirá o receptor no REREME, para a busca nacional de doador não-aparentado no REDOME; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 121, II, c, 1)

2. localizado(s) o(s) doador(es) no REDOME, as respectivas CNCDOs e o respectivo Hemocentro atuarão conforme o descrito no art. 128; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 121, II, c, 2)

3. uma vez confirmado um doador nacional pelo sistema REDOME/REREME, o REREME, sob a supervisão do INCA e do SNT, levando em consideração os critérios de classificação na Lista de Atendimento, nos termos do art. 128, procederá à indicação do estabelecimento de saúde transplantador, que poderá ser o estabelecimento de saúde que cadastrou o receptor, ou outro que realiza TCTH alogênico não-aparentado; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 121, II, c, 3)

4. havendo necessidade de deslocamento de doador para coleta ou do receptor para o transplante, as CNCDOs solicitantes e executoras, providenciarão os meios de deslocamento e acomodação, considerando-se os mecanismos usuais de autorização de TFD; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 121, II, c, 4)

5. não sendo encontrado doador por meio da busca nacional acima descrita, o REDOME/REREME dará início à busca internacional de doador não aparentado, conforme as indicações de TCTH não-aparentado estabelecidas nos Critérios de Indicações, no Anexo 21 do Anexo I ;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 121, II, c, 5)

6. no caso de localização de doador no exterior, o INCA/MS, providenciará o cumprimento das exigências para o envio do material doado ao estabelecimento de saúde autorizado para TCTH alogênico não-aparentado, autorizado, credenciado ou não ao SUS, onde se dará o transplante. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 121, II, c, 6)

Art. 133. O acompanhamento dos pacientes transplantados e os resultados dos TCTH realizados deverão observar o seguinte: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 122)

I - os receptores transplantados originários dos próprios hospitais transplantadores, neles devem continuar sendo assistidos e acompanhados; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 122, I)

II - os demais receptores transplantados deverão, efetivada a alta do centro/estabelecimento de saúde transplantador, ser devidamente reencaminhados aos seus hospitais de origem, para a continuidade da assistência e o acompanhamento, devendo ser mantida a comunicação entre os hospitais de modo a que o estabelecimento de saúde solicitante conte, sempre que necessário, com a orientação do estabelecimento de saúde transplantador e este, com as informações atualizadas sobre a evolução dos transplantados; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 122, II)

III - os centros transplantadores deverão, por meio do sistema informatizado RBTMO, manter atualizados os dados do seguimento dos pacientes transplantados de acordo com os respectivos formulários eletrônicos disponíveis no sistema;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 122, III)

IV - a não atualização dos dados de seguimento acarretará impedimento de inscrição de novos pacientes, e poderá implicar suspensão ou perda da autorização para transplante. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 122, IV)

Art. 134. Com a finalidade de auxiliar os pacientes de outros países que necessitam de Células-Tronco Hematopoéticas para fins de transplante ou tratamento, fica autorizado o envio ao exterior de amostras de células-tronco hematopoéticas de doadores cadastrados no Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea - REDOME, por meio dos registros internacionais de doadores voluntários, para a realização de TCTH em hospitais relacionados ao registro internacional. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 123)

Parágrafo Único. A amostra a ser enviada pode ser de medula óssea, sangue periférico ou sangue de cordão umbilical e placentário, e que a origem da amostra de sangue de cordão umbilical e placentário deve ser, obrigatoriamente, de estabelecimento integrante da rede BRASILCORD. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 123, Parágrafo Único)

Art. 135. O REDOME é o exclusivo meio de recebimento de solicitação e de autorização do envio de amostra de doador brasileiro compatível com receptor estrangeiro, inclusive quando a amostra for de sangue de cordão umbilical e placentário identificada em estabelecimento integrante da rede BRASILCORD. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 124)

Parágrafo Único. É vedada a qualquer laboratório de histocompatibilidade ou centro de transplante, a comunicação direta com registro internacional com vistas ao envio para o exterior de amostras de células-tronco hematopoéticas. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 124, Parágrafo Único)

Art. 136. Na busca internacional, a identificação do doador, a confirmação da tipificação e a coleta de amostra de células-tronco hematopoéticas devem observar os mesmos mecanismos, fluxos e procedimentos já regulamentados para a busca nacional de doadores voluntários. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 125)

§ 1º Somente laboratório e centro de transplantes de células-tronco hematopoéticas autorizados pelo SNT podem realizar os exames de histocompatibilidade e o fornecimento de amostras para envio para o exterior, sob a coordenação do REDOME ou do RENACORD-REDOME. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 125, § 1º)

§ 2º Para o consentimento livre e esclarecido, o doador voluntário deve declarar-se ciente de que inexistirá retorno pecuniário de qualquer ordem ou natureza, quer pela doação, quer pela utilização da amostra doada, e que o destino da referida amostra é outro país. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 125, § 2º)

§ 3º O doador terá sua identidade mantida em sigilo no entanto, serão fornecidas informações sobre o seu estado de saúde e o resultados de exames. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 125, § 3º)

§ 4º O receptor no exterior terá sua identidade igualmente mantida em sigilo. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 125, § 4º)

§ 5º O consentimento livre e esclarecido do doador voluntário identificado por meio do REDOME deverá ser obtido antes dos procedimentos exigidos para a doação, como os testes confirmatórios da sua histocompatibilidade com o receptor no exterior, a avaliação da condição de saúde do doador e a coleta da amostra. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 125, § 5º)

Art. 137. O INCA, como coordenador técnico do REDOME, tomará as providências necessárias para formalizar legalmente a atuação da Fundação Ary Frauzino para Pesquisa e Controle do Câncer - FAF, como entidade de direito privado de apoio ao INCA, no recebimento dos recursos financeiros pagos por registro internacional para o ressarcimento dos gastos envolvidos com a identificação do doador, a confirmação da tipificação e a coleta de amostra de células-tronco hematopoéticas e o envio para o exterior de amostras de células-tronco hematopoéticas de doadores brasileiros. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 126)

§ 1º Os processos de solicitação de amostra por registro internacional e o envio de amostra para o exterior devem ser os mesmos exigidos na busca internacional de doadores de células-tronco hematopoéticas para receptores nacionais. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 126, § 1º)

§ 2º Os recursos financeiros percebidos de registro internacional pela FAF devem - excluída a cobertura dos gastos administrativos especificada no contrato com o INCA - ser utilizados na busca internacional de doadores para receptores nacionais, de modo a reduzir os gastos com esse tipo de procedimento. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 126, § 2º)

Art. 138. A CGSNT será a responsável pelo controle e avaliação das atividades inerentes ao envio de amostras de células-tronco hematopoéticas para o exterior. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 127)

§ 1º A FAF deverá apresentar anualmente a prestação de contas da movimentação financeira relativa à solicitação e ao envio de amostras de células-tronco hematopoéticas para o exterior, bem como a aplicação dos recursos assim obtido, na busca internacional para doadores nacionais. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 127, § 1º)

§ 2º A movimentação financeira de que trata o art. 138, § 1º será objeto de auditoria periódica pela Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes ou sempre que solicitada pelos órgãos competentes. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 127, § 2º)

§ 3º O convênio já celebrado entre o Ministério da Saúde e a FAF, destinado ao custeio da metodologia de pagamentos e recebimentos dos processos de busca internacional para doadores nacionais e aplicável ao envio de células-tronco hematopoéticas para o exterior poderá ser prorrogado até que haja um equilíbrio entre o montante de recursos financeiros despendidos e recebidos. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 127, § 3º)

Art. 139. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá adotar as providências cabíveis para viabilizar o financiamento dos procedimentos necessários para o envio de amostra de células-tronco hematopoéticas de doadores brasileiros para o exterior. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 128)

Art. 140. O INCA deverá adotar as providências necessárias para o desempenho efetivo e eficaz das funções técnicas e operacionais do REDOME e do REREME, conforme os critérios definidos pelos registros internacionais e o estabelecido neste Regulamento. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 129)

Seção IX

Módulo de Tecido Musculoesquelético

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO VI, Seção IX)

Art. 141. Serão aceitos para transplante de tecidos músculo esqueléticos pacientes com: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 130)

I - alongamentos de membros/disparidade de membros; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 130, I)

II - artrodese de coluna cervical torácica ou lombar; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 130, II)

III - artrodese de pé; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 130, III)

IV - artrodese de tornozelo; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 130, IV)

V - cirurgia corretiva de pé plano; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 130, V)

VI - defeitos segmentares diafisários; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 130, VI)

VII - deformidades maxilar e/ou mandibular; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 130, VII)

VIII - focomelias; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 130, VIII)

IX - fraturas articulares; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 130, IX)

X - fraturas complexas e cominutivas dos membros; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 130, X)

XI - fraturas periprotéticas; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 130, XI)

XII - lesões ligamentares; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 130, XII)

XIII - osteotomias da pelve (displasias do desenvolvimento do quadril, sequelas Perthes legg calvet); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 130, XIII)

XIV - pseudoartroses atróficas de ossos longos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 130, XIV)

XV - reconstruções ligamentares: talus fibulares manguito rotador reforço tendinoso do glúteo médio ligamento cruzado anterior de joelho, ligamento cruzado posterior de joelho; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 130, XV)

XVI - sequelas de artroplastias: de quadril que necessitem e revisão e/ou da reconstrução; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 130, XVI)

XVII - sequelas de fraturas articulares; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 130, XVII)

XVIII - sequelas de prótese de joelho que necessitem de revisão e/ou da reconstrução; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 130, XVIII)

XIX - sequelas de próteses de ombro que necessitem revisão e/ou reconstrução; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 130, XIX)

XX - transplantes de meniscos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 130, XX)

XXI - tumores ósseos benignos: enxertia simples; e tumores ósseos malignos: substituições segmentares ou osteoarticulares. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 130, XXI)

Art. 142. Os tecidos musculoesqueléticos somente serão disponibilizados para uso terapêutico se provenientes de Bancos autorizados pelo SNT/MS, com solicitação documentada do profissional transplantador autorizado pelo SNT, nos termos deste Regulamento, contendo: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 131)

I - nome e demais informações sobre o receptor que permitam a rastreabilidade do tecido; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 131, I)

II - nome do profissional transplantador (nome completo, especialidade, endereço e telefone de contato), (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 131, II)

III - características e quantidade de tecido; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 131, III)

IV - procedimento a ser realizado; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 131, IV)

V - estabelecimento de saúde onde será realizado o procedimento; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 131, V)

VI - data prevista para utilização do tecido. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 131, VI)

Art. 143. A disponibilização do tecido deve ser acompanhada de instruções técnicas, com informações que complementem aquelas contidas no rótulo da unidade de tecido disponibilizado, para a manutenção da qualidade e utilização do tecido, tais como: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 132)

I - utilização de cada unidade de tecido em apenas um receptor e uma única vez em um único procedimento; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 132, I)

II - informações de como o tecido deve ser armazenado e/ou manipulado antes da sua utilização; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 132, II)

III - instruções especiais sobre sua utilização; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 132, III)

IV - informações sobre os possíveis riscos biológicos presentes no material (por exemplo: contaminantes e contato com alérgenos); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 132, IV)

V - alerta para a obrigatoriedade de informar o banco e os órgãos competentes sobre a ocorrência de reações adversas após seu uso;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 132, V)

VI - informações sobre a necessidade do descarte do tecido de acordo com a legislação vigente, caso o tecido enviado não seja transplantado total ou parcialmente, ou utilizado total ou parcialmente no projeto de pesquisa ou ensino para o qual foi solicitado, devendo ser enviado ao Banco um relatório comunicando o fato, acompanhado de justificativa. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 132, VI)

Art. 144. A responsabilidade por acondicionar os tecidos em recipientes térmicos, que assegurem o trânsito dos materiais em temperaturas adequadas, por um período de 24 (vinte e quatro) horas além do tempo estimado para a chegada do material até o local de destino, é do Banco de Tecido Músculo Esquelético que enviou o tecido. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 133)

Art. 145. É de responsabilidade do profissional transplantador utilizar o tecido de acordo com as orientações fornecidas pelo Banco de Tecidos, de forma a garantir a integridade e a segurança biológica do enxerto. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 134)

Art. 146. O profissional transplantador deve encaminhar ao Banco de Tecido Músculo Esquelético e à CNCDO as informações sobre os receptores no prazo máximo de 15 (quinze) dias após a realização do transplante, cabendo o não-encaminhamento das informações no prazo estabelecido poderá acarretar ao profissional transplantador o cancelamento da autorização para a realização de transplante de tecido osteocondrofascioligamentoso, emitida pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 135)

Art. 147. É vedada a utilização dos enxertos em qualquer outro receptor que não aquele para o qual foi destinado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 136)

Art. 148. O material que não for utilizado deve ser retornado ao Banco, sob condições de preservação controladas e validadas pelo Banco, e a decisão sobre o reaproveitamento ou não deverá ser de responsabilidade do diretor do Banco. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 137)

Seção X

Módulo de Pele

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO VI, Seção X)

Art. 149. Serão aceitos para transplante de pele pacientes com queimaduras ou lesões cutâneas extensas e que não tenham condições clínicas ou área doadora de pele suficiente para cobertura da área lesada, a saber, pacientes com queimaduras em mais de 40 (quarenta) por cento da superfície corporal. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 138)

Art. 150. Com o intuito de se reduzir a chance de transmissão de doenças, é vedado o transplante alógeno de pele fresca, isto é, não processada. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 139)

§ 1º Admitir-se-á, como única exceção ao caput deste artigo, o uso de enxertos doados por doadores aparentados de 1º grau na linha ascendente (pai ou mãe) para pacientes com menos de doze anos, desde que caracterizado o risco de vida iminente, atestada pela equipe assistencial, e a total indisponibilidade de pele processada em Bancos Nacionais, atestada pela CNT. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 139, § 1º)

§ 2º No caso da necessidade de utilização de pele fresca, nos termos do § primeiro deste artigo, dever-se-ão realizar os mesmos procedimentos utilizados para triagem de doadores de sangue, nos termos da RDC/ANVISA nº 343, de 2002, e subsequente avaliação do risco versus benefício, devidamente documentada em prontuário. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 139, § 2º)

§ 3º O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve ser assinado pelos genitores ou responsável legal. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 139, § 3º)

Art. 151. Os tecidos cutâneos somente serão disponibilizados para uso terapêutico provenientes de Bancos autorizados pelo SNT/MS com solicitação documentada do profissional transplantador autorizado pelo SNT contendo informações sobre o receptor que permitam a rastreabilidade, nome do profissional transplantador (nome completo, especialidade, endereço e telefone de contato), características e quantidade de tecido, procedimento a ser realizado, local onde será realizado o procedimento, e data prevista para utilização do tecido. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 140)

Parágrafo Único. A disponibilização da pele deve ser acompanhada de instruções técnicas, com informações que complementem aquelas contidas no rótulo da unidade de tecido disponibilizado, para a manutenção da qualidade e utilização do tecido, tais como: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 140, § 1º)

I - utilização de cada unidade de tecido em apenas um receptor e uma única vez em um único procedimento; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 140, § 1º, I)

II - informações de como o tecido deve ser armazenado e/ou manipulado antes da sua utilização; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 140, § 1º, II)

III - instruções especiais sobre sua utilização; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 140, § 1º, III)

IV - informações sobre os possíveis riscos biológicos presentes no material (por exemplo: contaminantes e contato com e alergenos); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 140, § 1º, IV)

V - alerta para a obrigatoriedade de informar ao Banco e os órgãos competentes sobre a ocorrência de reações adversas após seu uso;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 140, § 1º, V)

VI - informações sobre a necessidade do descarte do tecido de acordo com legislação vigente, caso o tecido enviado não seja transplantado total ou parcialmente, devendo ser enviado ao banco um relatório comunicando o fato, acompanhado de justificativa. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 140, § 1º, VI)

Art. 152. A responsabilidade por acondicionar os tecidos em recipientes térmicos que assegurem o trânsito dos materiais em temperaturas adequadas, por um período de 24 (vinte e quatro) horas além do tempo estimado para a chegada do material até o local de destino, é do Banco de Pele que fez o envio do tecido. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 141)

Art. 153. É de responsabilidade do profissional transplantador encaminhar o Banco de Pele e CNCDO as informações sobre os receptores no prazo máximo de quinze dias após a realização do transplante, segundo o não-encaminhamento das informações no prazo estabelecido acarretar ao profissional transplantador o cancelamento da autorização para a realização de transplante de pele emitida pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 142)

Seção XI

Módulo de Tecidos Cardiovasculares

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO VI, Seção XI)

Art. 154. São potenciais receptores de valvas cardíacas humanas qualquer paciente com doença valvar para cujo tratamento esteja indicada a sua substituição por uma prótese valvar. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 143)

Parágrafo Único. Pela disponibilidade de diversos substitutos valvares artificiais, o uso da valva cardíaca humana com finalidade terapêutica é opcional, ficando a critério do cirurgião responsável, de acordo com a indicação estabelecida, com o uso de homoenxertos valvares. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 143, Parágrafo Único)

Art. 155. São potenciais receptores de segmentos de pericárdio humano pacientes que necessitem de correção de cardiopatias congênitas e/ou valvulares, bem como com outras indicações de utilização em cirurgias valvares como adjuntos em procedimentos de plásticas valvares ou em cirurgias não cardíacas abdominais, de neurologia, de oftalmologia e de otorrinolaringologia. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 144)

Art. 156. São potenciais receptores de artérias e/ou veias humanas pacientes em cirurgias de reconstruções vasculares periféricas ou de revascularização do miocárdio, renais crônicos para a construção de fístulas arteriovenosas e com obstrução venosa por tumores. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 145)

Art. 157. Os tecidos somente serão disponibilizados para uso terapêutico quando provenientes de Bancos autorizados pelo SNT/MS e com solicitação documentada do profissional transplantador autorizado pelo SNT, contendo informações sobre o receptor que permitam a rastreabilidade, nome do profissional transplantador (nome completo, especialidade, endereço e telefone de contato), características e quantidade de tecido, procedimento a ser realizado, local onde será realizado o procedimento e data prevista para utilização do tecido. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 146)

Art. 158. A disponibilização do tecido deve ser acompanhada de instruções técnicas, com informações que complementem aquelas contidas no rótulo da unidade de tecido disponibilizado, para a manutenção da qualidade e utilização do tecido, tais como: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 147)

I - utilização de cada unidade de tecido em apenas um receptor e uma única vez, em um único procedimento ou unicamente no projeto de pesquisa para o qual o material foi solicitado; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 147, I)

II - informações de como o tecido deve ser armazenado e/ou manipulado antes da sua utilização; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 147, II)

III - instruções especiais sobre sua utilização; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 147, III)

IV - informações sobre os possíveis riscos biológicos presentes no material (por exemplo: contaminantes e contato com alérgenos); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 147, IV)

V - alerta para a obrigatoriedade de informar ao Banco e aos órgãos competentes sobre a ocorrência de reações adversas após seu uso;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 147, V)

VI - informações sobre a necessidade do descarte do tecido de acordo com a legislação vigente, caso o tecido enviado não seja transplantado total ou parcialmente, ou utilizado total ou parcialmente no projeto de pesquisa ou ensino para o qual foi solicitado, situação em que deve ser enviado ao Banco um relatório comunicando o fato, acompanhado de justificativa. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 147, VI)

Art. 159. A responsabilidade por acondicionar os tecidos em recipientes térmicos que assegurem o trânsito dos materiais em temperaturas adequadas, por um período de 24 horas até a chegada do material até o local de destino, fica a encargo do Banco de Tecido que fez o envio. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 148)

Parágrafo Único. É de responsabilidade do profissional transplantador encaminhar ao Banco de Tecidos Cardiovasculares e à CNCDO as informações sobre os receptores, no prazo máximo de 15 (quinze) dias após a realização do transplante, podendo o não-encaminhamento das informações no prazo estabelecido acarretar ao profissional transplantador o cancelamento da autorização para a realização de transplante, emitida pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 148, Parágrafo Único)

CAPÍTULO VII

DA REMOÇÃO DE ÓRGÃOS E/OU TECIDOS DE NEONATO ANENCÉFALO PARA FINS DE TRANSPLANTE OU TRATAMENTO

Art. 160. A retirada de órgãos e/ou tecidos de neonato anencéfalo para fins de transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de parada cardíaca irreversível. (Origem: PRT MS/GM 487/2007, Art. 1º)

Art. 161. O descumprimento deste Capítulo constitui infração nos termos dos arts. 14, 16 e 17 da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. (Origem: PRT MS/GM 487/2007, Art. 2º)

Parágrafo Único. Os infratores estão sujeitos às penalidades dos artigos citados no caput, bem como às demais sanções cabíveis. (Origem: PRT MS/GM 487/2007, Art. 2º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO VIII

DA REMOÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E PARTES DO CORPO HUMANO VIVO PARA FINS DE TRANSPLANTES NO TERRITÓRIO NACIONAL ENVOLVENDO ESTRANGEIROS NÃO RESIDENTES NO PAÍS

Art. 162. A realização de qualquer procedimento de transplante no território nacional em potencial receptor estrangeiro não residente no país apenas ocorrerá a partir de doador vivo que daquele seja cônjuge ou parente consanguíneo até o quarto grau, em linha reta ou colateral. (Origem: PRT MS/GM 201/2012, Art. 1º)

§ 1º Só é permitida a doação referida nesse artigo quando se tratar de órgãos duplos, de partes de órgãos, tecidos ou partes do corpo cuja retirada não impeça o organismo do doador de continuar vivendo sem risco para a sua integridade e não represente grave comprometimento de suas aptidões vitais e saúde mental e não cause mutilação ou deformação inaceitável, e corresponda a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável à pessoa receptora. (Origem: PRT MS/GM 201/2012, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A retirada, nas condições desse artigo, só será permitida, se corresponder a uma necessidade terapêutica, comprovadamente indispensável e inadiável, da pessoa receptora. (Origem: PRT MS/GM 201/2012, Art. 1º, § 2º)

§ 3º O doador, que deverá ser juridicamente capaz nos termos da legislação brasileira, especificará, em documento escrito, firmado também por duas testemunhas, qual tecido, órgão ou parte do seu corpo está doando para transplante ou enxerto em pessoa que identificará, todos devidamente qualificados, inclusive quanto à indicação de endereço. (Origem: PRT MS/GM 201/2012, Art. 1º, § 3º)

§ 4º Previamente à realização de qualquer procedimento deverão ser ouvidos a Comissão de Ética do serviço de saúde envolvido e a Câmara Técnica de Ética do Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 201/2012, Art. 1º, § 4º)

§ 5º A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo vivo será precedida da comprovação de comunicação ao Ministério Público. (Origem: PRT MS/GM 201/2012, Art. 1º, § 5º)

§ 6º O documento de que trata o § 3º será expedido em duas vias, uma das quais será destinada ao Ministério Público, com protocolo de recebimento na outra, como condição para concretizar a doação. (Origem: PRT MS/GM 201/2012, Art. 1º, § 6º)

§ 7º O doador será prévia e obrigatoriamente informado sobre as consequências e riscos possíveis da retirada de tecidos, órgãos ou partes de seu corpo para doação em documento lavrado na ocasião, lido em sua presença e acrescido de outros esclarecimentos que pedir e, assim, oferecido à sua leitura e assinatura e de duas testemunhas, presentes ao ato. (Origem: PRT MS/GM 201/2012, Art. 1º, § 7º)

§ 8º A doação poderá ser revogada pelo doador a qualquer momento antes de sua concretização. (Origem: PRT MS/GM 201/2012, Art. 1º, § 8º)

§ 9º Deverá ser incluído no Cadastro Técnico Único todo potencial doador e receptor estrangeiro para fins de transplantes no Brasil. (Origem: PRT MS/GM 201/2012, Art. 1º, § 9º)

Art. 163. A eventual realização de transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo humano em receptores estrangeiros não residentes no território nacional por meio de financiamento com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) apenas poderá ocorrer mediante prévia existência de acordos internacionais em base de reciprocidade. (Origem: PRT MS/GM 201/2012, Art. 2º)

CAPÍTULO IX

DOS BANCOS DE TECIDOS

(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, CAPÍTULO VII)

Art. 164. Os Bancos de Tecidos são definidos como os estabelecimentos de saúde que dispõem de instalações físicas, equipamentos, recursos humanos e técnicas adequadas para identificação e triagem dos doadores, captação, processamento, armazenamento e distribuição de tecidos e seus derivados, de procedência humana, de doadores vivos ou cadáveres, para fins terapêuticos e de pesquisa. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 149)

§ 1º Os Bancos de Tecidos serão classificados nas seguintes modalidades: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 149, § 1º)

I - Banco de Tecidos Oculares - Habilitação 24.13; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 149, § 1º, I)

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

II - Banco de Tecidos Cardiovasculares - Habilitação 24.14; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 149, § 1º, II)

III - Banco de Tecidos Músculo Esqueléticos - Habilitação 24.15; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 149, § 1º, III)

IV - Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário - Habilitação 24.16;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 149, § 1º, IV)

V - Banco de Pele - Habilitação 24.22. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 149, § 1º, V)

§ 2º Os estabelecimentos de saúde a que se refere o caput deste artigo devem obedecer às normas gerais constantes no Anexo 3 do Anexo I , e estar vinculados a uma instituição hospitalar ou hemocentro, devidamente cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES, constando a habilitação específica para os diferentes tipos de tecido que processar. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 149, § 2º)

§ 3º Para que seja autorizado a funcionar, além do cumprimento das normas ora aprovadas, o Banco deve comprovar que está aberto e em funcionamento para atendimento das demandas nas 24 vinte e quatro horas do dia, sete dias por semana, exceto para os Bancos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário - BSCUP.(Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 149, § 3º)

§ 4º O Banco deve assegurar o controle e a garantia de qualidade dos procedimentos realizados por meio da validação dos processos, equipamentos, reagentes e correlatos e capacitação de seus profissionais. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 149, § 4º)

§ 5º O Banco poderá compartilhar suas instalações para processamento de mais de um tipo de tecido, salvaguardadas as necessidades específicas para o processamento de cada tipo de tecido, desde que tal prática não comprometa a sua qualidade final. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 149, § 5º)

§ 6º O Banco poderá processar em cada etapa apenas um tipo de tecido de um único doador. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 149, § 6º)

§ 7º O Banco de Tecidos apto e autorizado a processar mais de um tipo de tecido será classificado como Banco Multitecidos. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 149, § 7º)

Art. 165. A instalação de um Banco de Tecidos deve ser previamente autorizada pelo gestor estadual e submetida à autorização da CGSNT, exceto para Bancos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP). (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 150)

Parágrafo Único. Para seu funcionamento, o referido Banco deve apresentar documento de conformidade com a legislação sanitária previamente emitida pelo órgão de Vigilância Sanitária competente. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 150, Parágrafo Único)

Art. 166. A retirada de tecidos (córnea, sangue de cordão umbilical, músculos e tendões, pele, vasos, ossos, valvas) pode ser realizada por equipe profissional própria do Banco ou por outras dentro da área de abrangência dele. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 151)

Parágrafo Único. Os profissionais de equipes especializadas não pertencentes ao Banco, que realizam procedimentos de retirada de tecidos e seus derivados, devem ser autorizados pela CGSNT e atuar sob a supervisão do responsável técnico pelo Banco para onde os tecidos serão referidos, exceto para BSCUP. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 151, Parágrafo Único)

Art. 167. Definir que a estruturação da rede de bancos de tecidos se dê conforme a demanda por tecidos humanos e a oferta de doadores falecidos, priorizando-se a disponibilização dos tecidos à rede de atenção à saúde do SUS, observando-se os critérios locorregionais com as pactuações intergestoras, sob a coordenação da CGSNT. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 152)

Art. 168. Definir que, em situações de demandas coletivas emergenciais, a rede de Bancos de Tecidos disponibilize todos os tecidos aptos para uso a fim de suprir as necessidades da rede de atenção à saúde do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 153)

Parágrafo Único. A CGSNT será responsável pela organização e gerenciamento do provimento de tecidos em situações de demandas coletivas emergenciais. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 153, Parágrafo Único)

Art. 169. Definir que o Banco de Tecidos deva manter disponíveis, na forma de prontuário do doador, todos os registros de dados de identificação e triagem do doador, dos tecidos e do receptor, bem como amostras do soro (soroteca) utilizado para a realização dos testes de segurança biológica, por um período mínimo de vinte anos, garantindo assim sua rastreabilidade. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 154)

§ 1º Devem estar registradas as solicitações de tecidos recebidas, atendidas ou não, com os dados de identificação dos receptores, profissionais e estabelecimentos, e indicações sobre os procedimentos realizados. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 154, § 1º)

§ 2º Os registros podem ser mantidos em meio eletrônico, armazenados com cópias de segurança, desde que os sistemas comprovem proteção contra fraudes ou alterações de dados e garantia de inviolabilidade, conforme as resoluções do CFM nº 1.821, de 2007, e do Comitê Gestor da Infraestrutura de Chaves Públicas ICP-Brasil nº 42, de 2006. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 154, § 2º)

§ 3º Todos os registros dos Bancos de Tecidos devem ser de caráter confidencial, respeitando o sigilo da identidade dos doadores e dos receptores. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 154, § 3º)

Art. 170. Compete aos Bancos de Tecidos: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 155)

I - participar, sob a coordenação da CNCDO do Estado ou do Distrito Federal e da CGSNT, do esforço de divulgar, promover e esclarecer a população a respeito da importância da doação de órgãos e tecidos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 155, I)

II - coletar, registrar e avaliar dados clínicos e laboratoriais de todos os doadores de tecidos e seus derivados, observando-se a especificidade de cada tecido; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 155, II)

III - organizar e efetuar a retirada dos tecidos doados, obedecendo às normas e orientações da CNCDO a que estiver subordinado, cabendo ao Banco de Tecidos a decisão final sobre a aceitação ou não da doação; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 155, III)

IV - receber os tecidos humanos obtidos por profissionais do próprio Banco ou por outros profissionais autorizados pela CGSNT; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 155, IV)

V - capacitar os profissionais de equipes especializadas não pertencentes ao Banco, envolvidos em retiradas de tecidos humanos, dentro da sua área de abrangência e sob a supervisão da CNCDO estadual ou da CGSNT, quanto aos processos de segurança e qualidade do Banco, garantindo a incorporação das rotinas e protocolos operacionais utilizados pelo Banco em suas atividades; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 155, V)

VI - garantir e documentar, por meio de protocolos definidos em um Manual Técnico-Operacional, e por meio de registros, a padronização relativa aos processos e ao controle da qualidade dos tecidos humanos que estejam sob sua responsabilidade, a serem elaborados pelo Banco e revisados anualmente; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 155, VI)

VII - manter registros dos processos e controles para monitoramento da qualidade dos procedimentos, equipamentos, reagentes e correlatos; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 155, VII)

VIII - enviar relatórios mensais à CNCDO e à VISA local, e trimestrais à CGSNT sobre o número de doadores ofertados (aceitos e recusados), e de tecidos captados, processados, armazenados (quantidade em estoque), distribuídos ou descartados, especificando lotes e número de itens produzidos por apresentação; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 155, VIII)

IX - manter registro de entrada dos tecidos contendo todos os dados de identificação, triagem do doador, retirada e tecidos doados; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 155, IX)

X - manter arquivo próprio com os prontuários de doadores contendo dados sobre as atividades de captação, inclusive cópia do consentimento livre e esclarecido da doação, retirada, identificação, processamento, distribuição e descarte de todos os lotes ou itens de tecidos de cada doador, por prazo mínimo de 20 (vinte) anos após a distribuição ou descarte, garantindo assim sua rastreabilidade; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 155, X)

XI - fornecer tecidos humanos e seus derivados, para uso terapêutico, unicamente para profissionais transplantadores devidamente autorizados pela CGSNT; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 155, XI)

XII - disponibilizar ao profissional responsável pelo transplante todas as informações necessárias a respeito do tecido a ser utilizado, bem como sobre seu doador, mantendo em sigilo a sua identidade; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 155, XII)

XIII - manter registro de distribuição de tecidos para transplante contendo os dados de identificação dos receptores, dos profissionais transplantadores, a indicação terapêutica, a identificação dos lotes e itens de tecido distribuídos a este receptor, por no mínimo 20 (vinte) anos, garantindo assim sua rastreabilidade; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 155, XIII)

XIV - manter em arquivo próprio e notificar à CNCDO/CGSNT e à Vigilância Sanitária a ocorrência de falhas em protocolos que possam comprometer a saúde de receptores e de efeitos indesejáveis relatados após os transplantes, bem como as medidas adotadas para saneamento ou atenuação dos riscos, assegurando o seguimento dos receptores e o rastreamento de todos os lotes/itens de tecidos do mesmo doador distribuídos ou armazenados e assegurando o seu descarte; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 155, XIV)

XV - assegurar formação e aperfeiçoamento de recursos humanos responsáveis por todas as etapas e controles de qualidade envolvidos no processo, triagem clínica e laboratorial, captação, identificação, processamento, armazenamento, transporte e distribuição ou descarte dos tecidos;e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 155, XV)

XVI - documentar as capacitações realizadas mantendo a documentação comprobatória quanto à avaliação do curso e/ou programa de capacitação, informando data, carga horária, participantes e expertise dos docentes, e registros de instrumentos de avaliação de satisfação dos participantes. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 155, XVI)

Art. 171. O fornecimento de tecido humano para uso em projeto de pesquisa somente pode ser realizado se não houver demanda assistencial e desde que esteja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição onde será realizado, bem como pela CONEP. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 156)

§ 1º O fornecimento de tecido para a finalidade descrita no caput deverá constar como registro de distribuição de tecido para pesquisa, que deverá conter: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 156, § 1º)

I - os dados de identificação dos receptores do tecido, quando se aplique; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 156, § 1º, I)

II - identificação completa do pesquisador responsável; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 156, § 1º, II)

III - título do projeto de pesquisa; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 156, § 1º, III)

IV - instituição responsável pela execução; (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 156, § 1º, IV)

V - cópia dos pareceres do CEP e da CONEP; e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 156, § 1º, V)

VI - identificação dos lotes e itens de tecido distribuídos ao pesquisador. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 156, § 1º, VI)

§ 2º Excepcionalmente, pode haver o fornecimento de tecido humano para uso em projeto de pesquisa clínica mesmo que haja demanda assistencial, desde que conduzido por centro assistencial de excelência, e sob a coordenação da CGSNT. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 156, § 2º)

§ 3º Todos os programas de pesquisa e desenvolvimento tecnológico nas áreas de interesse de bancos de tecidos humanos e seus derivados devem ter, após submissão às instâncias de controle bioético, seus pesquisadores, projetos, cronogramas e fontes financiadoras previamente informados à CGSNT. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 156, § 3º)

§ 4º Todos os programas de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, na área de interesse do xenotransplante aplicado a Banco de Tecidos e seus derivados, devem ser submetidos à autorização da ANVISA antes da submissão às instâncias de controle bioético e ter seus pesquisadores, projetos, cronogramas e fontes financiadoras previamente informados à CGSNT. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 156, § 4º)

§ 5º Todos os programas de ensino nas áreas de interesse de bancos de tecidos humanos e seus derivados devem ter seus conteúdos programáticos, público-alvo e docentes previamente informados à CGSNT. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 156, § 5º)

Art. 172. A responsabilidade técnica do Banco de Tecidos deve ficar a cargo de médico autorizado pela CGSNT, e que se mostre qualificado para a execução das atividades decorrentes dessa função, especificadas nos parágrafos que se seguem. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 157)

§ 1º A responsabilidade técnica envolve as atividades de triagem de doadores, retirada, identificação, processamento de tecidos e seus derivados, distribuição ou descarte e controles de qualidade de todos esses procedimentos, bem como o treinamento e a capacitação de pessoal e a supervisão da atuação das equipes técnicas de atividades externas. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 157, § 1º)

§ 2º A responsabilidade técnica envolve, ainda, a avaliação do procedimento terapêutico proposto (no que diz respeito à melhor indicação de uso clínico do tecido solicitado), bem como da necessidade de atendimento imediato e de considerações sobre as dimensões e tipo de processamento do tecido solicitado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 157, § 2º)

Art. 173. Os Bancos Multitecidos, além da responsabilidade técnica individualizada para cada um dos tecidos, devem contar com um diretor médico, com experiência comprovada em construção e validação de rotinas assistenciais e protocolos operacionais, triagem de doadores e gestão de serviços de saúde, que responderá técnica e administrativamente ao diretor técnico da instituição hospitalar ou hemocentro a que esteja vinculado o banco. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 158)

Art. 174. O Banco de Tecidos deve contar com programa de controle de qualidade e auditoria interna, submetida, técnica e administrativamente, diretamente à direção técnica da instituição hospitalar onde esteja vinculado. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 159)

Art. 175. A garantia da qualidade dos tecidos e dos respectivos derivados distribuídos é de responsabilidade do Banco de Tecidos, sendo a responsabilidade técnica final de sua utilização do profissional transplantador. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 160)

Art. 176. Os procedimentos de doação e retirada de tecidos de doadores falecidos, tanto em morte encefálica como com coração parado, realizadas por equipes próprias do Banco ou não, deverão ser financiadas pelo SUS, com base na Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, por Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) ou AIH. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 161)

§ 1º Poderão ser remunerados mais de um estabelecimento de saúde ou equipe que efetivamente conduzirem o processo de doação, em cada uma de suas etapas separadamente, podendo ser a remuneraçao remuneração ser destinada a CIHDOTT, Banco, equipe especializada autorizada para retirada ou estabelecimento de saúde onde ocorra a cirurgia de retirada dos tecidos, conforme se tenha dado a execuçao execução de cada tarefa realizada no processo de doaçao doação/transplante. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 161, § 1º)

§ 2º Caberá à CNCDO informar aos órgãos de controle e avaliação quem efetivamente participou do processo e em que etapa. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 161, § 2º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300305

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

§ 3º Somente serão remunerados os procedimentos "entrevista familiar" e "avaliação do doador" naquelas situações em que a doação realmente se efetivar e for retirado pelo menos um tipo de tecido, e apenas uma vez para cada doador. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 161, § 3º)

§ 4º Nos casos de doação apenas de tecidos, somente serão remunerados os procedimentos "taxa de sala" e "coordenação de sala" naquelas situações em que a doação realmente se efetivar, e for retirado pelo menos um tipo de tecido não-ocular, e apenas uma vez para cada doador. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 161, § 4º)

§ 5º Os procedimentos de doação de doadores em morte encefálica ("entrevista familiar", "avaliação do doador", "taxa de sala", "coordenação de sala") poderão ser cobrados apenas uma vez, mesmo que dessa doação sejam obtidos órgãos e tecidos. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 161, § 5º)

Art. 177. O pagamento aos bancos de tecidos da rede SUS, dos custos de processamento, insumos, materiais, exames sorológicos, demais exames laboratoriais e honorários profissionais, quando se aplique, será efetuado pelo Sistema Único de Saúde a partir da informação ao gestor estadual e ao municipal. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 162)

Art. 178. Os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS referentes aos tecidos humanos aoestão contidos em portarias ministeriais (Portaria nº 2.848/GM, de 2007) exceto os procedimentos de coleta, armazenamento e criopreservação de SCUP, que estão definidos na Portaria nº 2.041/GM, de 2008. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 163)

Parágrafo Único. Os valores serão definidos por unidades de peso ou de dimensões lineares, de superfície ou cúbicas de tecido disponibilizado e unidades ou mililitros, considerando-se as diversas modalidades de processamento, exceto para os BSCUP. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 163, Parágrafo Único)

Art. 179. Definir que os bancos de tecidos privados, devidamente autorizados pelo SNT, devam, quando solicitados, disponibilizar seus estoques para atendimento a pacientes SUS. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 164)

Art. 180. Estabelecer que os estoques dos BSCUP, para uso alogênico, sejam única e exclusivamente geridos pelo Sistema Único de Saúde por meio do REDOME. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 165)

Art. 181. O transporte de tecidos captados remotamente, ainda não processados, e do tecido já processado não utilizado em sua devolução ao Banco, poderá, quando necessário, ser realizado gratuitamente pelas empresas aéreas, em conformidade com o acordo de cooperação técnica, ou por outros meios que venham a ser definidos pela CGSNT. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 166)

Art. 182. O transporte de tecidos do Banco para os hospitais ou profissionais autorizados pela CGSNT para realizarem os transplantes será de responsabilidade do próprio Banco, podendo ser realizado gratuitamente pelas empresas aéreas, conforme acordo de cooperação técnica existente, desde que sejam comprovadamente destinados a pacientes atendidos pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 167)

§ 1º O responsável técnico pela equipe de instituição pública ou privada que for utilizar o tecido poderá retirá-lo no Banco, pessoalmente, ou delegar a alguém, formalmente, sob termo de autorização, assumindo a partir daí a responsabilidade sobre as condições de preservação. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 167, § 1º)

§ 2º No caso do BSCUP, o transporte será realizado somente pelo REDOME. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 167, § 2º)

Art. 183. Para o transporte, deverão ser atendidas as normas de vigilância sanitária vigentes e os procedimentos de controle de processo suficientes para garantir a temperatura e as demais especificações técnicas necessárias para a qualidade dos tecidos. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 168)

Art. 184. Para os efeitos deste Regulamento estão incluídos os Bancos de Tecidos Oculares, Bancos de Tecido Músculo Esquelético, Bancos de Pele, Banco de Tecidos Cardiovasculares, Bancos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário, em conformidade com as seções a seguir: (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 170)

I - Anexo 4 do Anexo I - Banco de Tecidos Oculares (BTOC); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 170, I)

II - Anexo 5 do Anexo I - Banco de Tecidos Musculoesqueléticos (BTME); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 170, II)

III - Anexo 6 do Anexo I - Banco de Pele (BP); (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 170, III)

IV - Anexo 7 do Anexo I - Banco de Tecidos Cardiovasculares (BTCV); e (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 170, IV)

V - Anexo 8 do Anexo I - Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP). (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 170, V)

CAPÍTULO X

DA REDE NACIONAL DE BANCOS DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL E PLACENTÁRIO PARA TRANSPLANTES DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (BRASILCORD)

Art. 185. Fica instituída a Rede Nacional de Bancos Públicos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário para Transplantes de Células- Tronco Hematopoiéticas (BrasilCord). (Origem: PRT MS/GM 2381/2004, Art. 1º)

Parágrafo Único. Essa rede pública será formada pelos Bancos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP) já existentes e em operação no Instituto Nacional de Câncer (INCa/Rio de Janeiro) e no Hospital Israelita Albert Einstein (HIEA/São Paulo) e pelos que vierem a ser implantados, com base nas necessidades epidemiológicas, na diversidade étnica e genética da população brasileira e segundo critérios a serem estabelecidos pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2381/2004, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 186. Fica instituído Colegiado Consultivo, sob coordenação do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), formado pelos componentes da Câmara Técnica de Transplante de Medula Óssea, Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados/Departamento de Atenção Especializada e Temática/SAS/MS e diretores técnicos dos Bancos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP) em atividade. (Origem: PRT MS/GM 2381/2004, Art. 2º)

Art. 187. Ficam estabelecidos critérios para seleção de doadores e potencial de armazenagem de cada BSCUP. (Origem: PRT MS/GM 2381/2004, Art. 3º)

§ 1º A seleção dos doadores de SCUP e a relação com as maternidades onde esses serão obtidos ficará sob a responsabilidade dos BSCUP. (Origem: PRT MS/GM 2381/2004, Art. 3º, § 1º)

§ 2º As unidades de sangue de cordão umbilical e placentário coletadas deverão representar a diversidade étnica brasileira, a partir de quantitativo a ser programado em função de critérios técnicos e epidemiológicos, estabelecidos pelo Colegiado Consultivo. (Origem: PRT MS/GM 2381/2004, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A capacidade final de armazenagem de unidades de SCUP a ser alcançada por cada BSUCP será definida de acordo com estudos e análises que se produzirão para este fim. (Origem: PRT MS/GM 2381/2004, Art. 3º, § 3º)

Art. 188. O Ministério da Saúde coordenará a implantação dos BSCUP e participará do seu custeio. (Origem: PRT MS/GM 2381/2004, Art. 4º)

Parágrafo Único. O Ministério da Saúde poderá estabelecer parcerias visando à implementação e ao custeio de BSCUP com instituições privadas, com ou sem fins lucrativos. (Origem: PRT MS/GM 2381/2004, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 189. O Ministério da Saúde implementará sistema de informação - Registro Nacional de Células Tronco Hematopoiéticas (RENACORDE), com o objetivo de promover a integração dos dados das amostras coletadas nos BSCUP, monitorar e controlar a qualidade e o processo de distribuição, segundo lista única de receptores. (Origem: PRT MS/GM 2381/2004, Art. 5º)

Art. 190. Fica aprovado, na forma Anexo 27 do Anexo I , o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Doação de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário. (Origem: PRT MS/GM 2381/2004, Art. 6º)

Art. 191. Fica regulamentado o ingresso e saída de SCUP do território nacional e as relações com a rede de BSCUP internacionais. (Origem: PRT MS/GM 2381/2004, Art. 7º)

§ 1º É vedado o envio de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário para o exterior, com o objetivo de armazenamento de CTH/SCUP em bancos públicos ou privados instalados fora do território nacional. (Origem: PRT MS/GM 2381/2004, Art. 7º, § 1º)

§ 2º A entrada ou a saída de precursores hematopoiéticos, provenientes de medula óssea, ou de sangue periférico ou de sangue de cordão umbilical e placentário, terá obrigatoriamente de se dar em conformidade com as normas estabelecidas pelo Sistema Nacional de Transplante (SNT). (Origem: PRT MS/GM 2381/2004, Art. 7º, § 2º)

§ 3º Compete ao Ministério da Saúde a integração do BrasilCord às redes públicas internacionais de CTH/SCUP. (Origem: PRT MS/GM 2381/2004, Art. 7º, § 3º)

Art. 192. É vedada aos BSCUP que compõem o BrasilCord a comercialização de SCUP. (Origem: PRT MS/GM 2381/2004, Art. 8º)

CAPÍTULO XI

DA DOAÇÃO DE MEDULA ÓSSEA

Seção I

Do Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula óssea (REDOME)

Art. 193. Ficam estabelecidos, na forma do Anexo 24 do Anexo I os mecanismos destinados a organizar o fluxo de informações, de tipificação e cadastro de doadores no Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME). (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 1º)

Art. 194. As Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal, que tenham Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos instalada e em funcionamento, adotarão as medidas necessárias para que estas Centrais exerçam as seguintes atividades relativas à ampliação do REDOME: (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 2º)

I - organização dos fluxos de captação de doadores voluntários; (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 2º, a)

II - organização do sistema de orientações aos candidatos; (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 2º, b)

III - organização do encaminhamento desses candidatos ao Hemocentro mais próximo, previamente designado pela Secretaria de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 2º, c)

IV - organização e informação ao(s) Hemocentro(s) de grade de distribuição dos exames de histocompatibilidade aos laboratórios devidamente cadastrados no SUS, classificados como de Tipo II, de acordo com sua capacidade instalada contratada; (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 2º, d)

V - recepção e envio ao Registro Brasileiro Doadores Voluntários de Medula Óssea REDOME no Instituto Nacional de Câncer INCA, do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, dos resultados dos exames realizados pelos laboratórios e as demais informações necessárias à implantação do cadastro, de acordo com o documento Termo de Consentimento/Autorização de Exames/Resultados de Exames, conforme modelo estabelecido no Anexo 25 do Anexo I ; e (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 2º, e)

VI - manutenção de arquivo contendo as informações repassadas ao REDOME. (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 2º, f)

§ 1º Na hipótese de não haver laboratório de histocompatibilidade cadastrado e/ou classificado como de Tipo II no estado em que esteja instalada a CNCDO, a Secretaria Estadual de Saúde deverá estabelecer os mecanismos necessários para o envio, pelo Hemocentro, das amostras de sangue coletadas dos candidatos à doação a um laboratório que esteja nestas condições, para a realização dos exames pertinentes. (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Aqueles estados que não tenham CNCDO instalada e em funcionamento, poderão estabelecer fluxos alternativos que não envolvam a Central, obedecendo, no entanto, aos demais preceitos estabelecidos nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 2º, § 2º)

Art. 195. As Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal estabelecerão o rol de Hemocentros sob sua gestão que deverão fazer parte do processo de cadastramento no REDOME, disponibilizando esta relação às suas respectivas CNCDO. (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 3º)

Art. 196. Ficam estabelecidas as seguintes responsabilidades e atividades a serem assumidas e desenvolvidas pelos Hemocentros designados no processo de cadastramento no REDOME, conforme definido no art. 195: (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 4º)

I - receber os candidatos à doação encaminhados pela CNCDO; (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 4º, a)

II - orientar os candidatos no que se refere ao procedimentos de doação de medula propriamente dito- sugestão de texto básico contido no Anexo 26 do Anexo I ; (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 4º, b)

III - obter do candidato a formalização de sua disposição de doação, no documento Termo de Consentimento/Autorização de Exames/Resultados de Exames, conforme modelo estabelecido no Anexo 25 do Anexo I ; (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 4º, c)

IV - coletar, processar e armazenar, de acordo com as especificidades técnicas pertinentes, o material necessário à realização dos exames de histocompatibilidade requeridos para cadastramento do doador no REDOME; (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 4º, d)

V - enviar, adotados os adequados procedimentos de acondicionamento e transporte, ao laboratório de histocompatibilidade cadastrado, de acordo com a grade de distribuição estabelecida pela CNCDO, o material a ser submetido aos exames de histocompatibilidade. Este material deverá ser acompanhado de autorização para realização dos exames contida no documento de que trata no inciso III deste artigo; (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 4º, e)

VI - localizar e chamar o candidato à doação no caso de o mesmo, após sua inscrição no REDOME, vir a ser selecionado como possível doador para um determinado receptor, ocasião em que coletará nova amostra de material para a realização da 2ª etapa da identificação do doador (que será enviada ao laboratório de histocompatibilidade) e realizará, no próprio Hemocentro, os exames de sorologia do doador, informando os resultados obtidos à CNCDO; e (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 4º, f)

VII - manter arquivo contendo as informações relativas aos candidatos à doação recebidos e encaminhados. (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 4º, g)

§ 1º Na eventualidade do Hemocentro ter capacidade instalada, em sua própria estrutura, para a realização dos exames de histocompatibilidade, sendo seu laboratório cadastrado e classificado como de Tipo II, deverá fazê-lo esgotando, em primeiro lugar, esta capacidade e, se for o caso, enviando os exames excedentes aos laboratórios cadastrados de acordo com a grade de distribuição estabelecida pela CNCDO. (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Aqueles exames de histocompatibilidade realizados pelo próprio Hemocentro deverão ser processados/faturados de acordo com o estabelecido art. 5º da Portaria GM/MS nº 1314, de 30 de novembro de 2000, e o resultado informado à CNCDO. (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 4º, § 2º)

§ 3º Na hipótese prevista no art. 196, VI os exames de sorologia realizados pelo Hemocentro poderão ser processados/faturados de acordo com as normas e tabela em vigor. (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 4º, § 3º)

§ 4º Em qualquer hipótese, a coleta, processamento inicial, armazenagem, acondicionamento e transporte de material colhido de candidatos à doação de medula óssea para envio aos laboratórios de histocompatibilidade com a finalidade de cadastramento no REDOME, poderá ser processado/faturado pelo Hemocentro, conforme estabelecido no art. 6° da Portaria GM/MS nº 1314, de 30 de novembro de 2000. (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 4º, § 4º)

Art. 197. Ficam estabelecidas as seguintes responsabilidades e atividades a serem assumidas e desenvolvidas pelos Laboratórios de Histocompatibilidade (laboratórios de histocompatibiliade cadastrados no SUS e classificados como de Tipo II) no processo de cadastramento de doadores no REDOME. (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 5º)

I - receber o material a ser submetido aos exames de histocompatibilidade enviados pelo Hemocentro, acompanhado da autorização para a realização destes exames contida no documento cuja forma consta do Anexo 25 do Anexo I ; (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 5º, a)

II - realizar os exames de histocompatibilidade previstos na 1ª Fase de identificação do doador, em conformidade com o estabelecido no art. 5º da Portaria GM/MS nº 1314, de 30 de novembro de 2000; (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 5º, b)

III - anotar os resultados dos exames no documento cuja forma consta do Anexo 25 do Anexo I ; (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 5º, c)

IV - enviar, à CNCDO, o documento Anexo 25 do Anexo I devidamente preenchido e assinado pelo responsável técnico do laboratório; e (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 5º, d)

V - No caso previsto no art. 196, VI receber a nova amostra e realizar o exame previsto na 2ª Fase de identificação do doador, em conformidade com o estabelecido art. 5º da Portaria GM/MS nº 1314, de 30 de novembro de 2000, informando o resultado à CNCDO. (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 5º, e)

Parágrafo Único. O laboratório processará/faturará os procedimentos realizados e autorizados pelo Hemocentro, por meio de APAC, de acordo com o estabelecido art. 4º da Portaria GM/MS nº 1.314, de 30 de novembro de 2000, informando o resultado à CNCDO. (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 198. A Secretaria de Atenção à Saúde adotará as medidas necessárias ao cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 6º)

Art. 199. Os procedimentos relativos à realização de exames de histocompatibilidade e de coleta, processamento inicial, armazenagem, acondicionamento e transporte de material colhido de candidatos à doação de medula óssea pelo Hemocentro, estabelecidos na PRT GM/MS nº 1.317, de 30 de novembro de 2000, serão custeados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação FAEC, devendo ser processados por meio de APAC. (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 7º)

Parágrafo Único. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá adotar as providências necessárias à implantação das APAC de que trata este artigo. (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Art. 7º, Parágrafo Único)

Seção II

Da Manutenção Regulada do Número de Doadores no REDOME

Art. 200. Esta Seção estabelece a manutenção regulada do número de doadores no Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME), visando assegurar a oportunidade de identificação de doadores histocompatíveis. (Origem: PRT MS/GM 844/2012, Art. 1º)

Art. 201. O cadastramento de novos doadores voluntários de medula óssea no REDOME respeitará um número máximo de cadastro de doadores voluntários de medula óssea, por ano, para cada Estado da Federação, conforme definido pelo Ministério da Saúde, na forma do Anexo 28 do Anexo I . (Origem: PRT MS/GM 844/2012, Art. 2º)

§ 1º Caberá ao gestor de saúde estadual, em articulação com os respectivos Hemocentros, Laboratórios de Imunologia e Histocompatibilidade e a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos da Secretaria Estadual de Saúde (CNCDO/SES), a devida distribuição da demanda por doações voluntárias de medula óssea e outros precursores hematopoéticos, de forma a observar a regra estabelecida pelo caput. (Origem: PRT MS/GM 844/2012, Art. 2º, § 1º)

§ 2º A Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT/DAET/SAS/MS) poderá autorizar alterações do número máximo de doadores voluntários de medula óssea e outros precursores hematopoéticos, a partir de requerimento formulado pelo gestor de saúde local, devidamente instruído com a deliberação e aprovação da respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 844/2012, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Para fins do disposto no § 2º, a CGSNT/DAET/SAS/MS decidirá conjuntamente com a Coordenação do REDOME do Instituto Nacional de Câncer José Gomes de Alencar (REDOME/INCA/MS). (Origem: PRT MS/GM 844/2012, Art. 2º, § 3º)

Art. 202. Campanhas para cadastramento de doadores voluntários de medula óssea e outros precursores hematopoéticos deverão ser previamente autorizadas pela GSNT/DAE/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 844/2012, Art. 3º)

Parágrafo Único. As campanhas referidas no "caput" deverão visar os grupos genéticos considerados minoria na representação do REDOME, conforme definido pela CGSNT/DAET/SAS/MS em conjunto com a REDOME/INCA/MS, e somente serão autorizadas para aqueles estabelecimentos que receberem a habilitação conforme definido pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 844/2012, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 203. Todos os laboratórios de Imunologia e Histocompatibilidade autorizados pela CGSNT/DAET/SAS/MS deverão realizar recadastramento junto à referida Coordenação-Geral. (Origem: PRT MS/GM 844/2012, Art. 4º)

Parágrafo Único. A solicitação de recadastramento, acompanhada de aprovação do gestor de saúde local, deve ser enviada às respectivas CNCDO/SES, às quais caberá o encaminhamento à CGSNT/DAET/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 844/2012, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 204. Serão habilitados para cadastramento de doadores voluntários de medula óssea e outros precursores hematopoéticos os Laboratórios de Imunologia e Histocompatibilidade tipo II que realizem os seguintes procedimentos: (Origem: PRT MS/GM 844/2012, Art. 5º)

I - exames por biologia molecular; e (Origem: PRT MS/GM 844/2012, Art. 5º, I)

II - tipagem HLA para os transplantes de órgãos sólidos. (Origem: PRT MS/GM 844/2012, Art. 5º, II)

§ 1º O prazo definido no § 1º presta-se a viabilizar a adequação dos laboratórios referidos às exigências desta Portaria, para fins de obtenção da habilitação definida no caput. (Origem: PRT MS/GM 844/2012, Art. 5º, § 2º)

§ 2º Passado o período previsto no § 1º, somente laboratórios habilitados, na forma do caput, poderão cadastrar doadores voluntários de medula óssea. (Origem: PRT MS/GM 844/2012, Art. 5º, § 3º)

Art. 205. O pedido de habilitação será dirigido à CNCDO/SES, devidamente instruído com toda a documentação comprobatória do cumprimento dos requisitos previstos no art. 204 e com documento de anuência do gestor de saúde local. (Origem: PRT MS/GM 844/2012, Art. 6º)

§ 1º A CNCDO/SES encaminhará o pedido à CGSNT/DAET/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 844/2012, Art. 6º, § 1º)

§ 2º A habilitação deverá ser renovada a cada dois anos, observado o mesmo procedimento previsto para a habilitação inicial. (Origem: PRT MS/GM 844/2012, Art. 6º, § 2º)

§ 3º O pedido de renovação deve ser encaminhado à CNCDO/SES no mínimo 60 (sessenta) dias antes do vencimento da habilitação vigente. (Origem: PRT MS/GM 844/2012, Art. 6º, § 3º)

§ 4º O pedido de renovação tempestivo garantirá a manutenção da habilitação enquanto pendente o julgamento do pedido de renovação. (Origem: PRT MS/GM 844/2012, Art. 6º, § 4º)

§ 5º Em caso de pedido intempestivo, o deferimento da renovação somente valerá da data do julgamento pela CGSNT/DAET/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 844/2012, Art. 6º, § 5º)

Art. 206. Os procedimentos realizados nos Laboratórios habilitados, conforme art. 204, somente serão ressarcidos pelo SUS após o efetivo envio dos resultados dos exames ao REDOME, por meio do sistema informatizado REDOME.NET. (Origem: PRT MS/GM 844/2012, Art. 7º)

Seção III

Dos critérios de distribuição e controle das cotas para cadastro de novos doadores no Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME)

Art. 207. Esta Seção regulamenta os critérios de distribuição e controle das cotas para cadastro de novos doadores no Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME). (Origem: PRT MS/GM 342/2014, Art. 1º)

Art. 208. Fica estabelecido que a distribuição das cotas para cadastro de novos doadores no REDOME, no âmbito de cada unidade federativa, será proposta pelo gestor de saúde de cada Estado e do Distrito Federal, após aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde (CGSES/DF), respectivamente. (Origem: PRT MS/GM 342/2014, Art. 2º)

§ 1º A proposta de que trata o "caput" será apresentada à Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSNT/DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 342/2014, Art. 2º, § 1º)

§ 2º A CGSNT/DAHU/SAS/MS aprovará ou não a proposta apresentada. (Origem: PRT MS/GM 342/2014, Art. 2º, § 2º)

§ 3º A distribuição das cotas obedecerá ao limite estabelecido para cada Estado e para o Distrito Federal, de acordo com a Portaria nº 2.132/GM/MS, de 25 de setembro de 2013, e será a base para definir os tetos físicos e financeiros mensal e/ou anual de cada gestor de saúde. (Origem: PRT MS/GM 342/2014, Art. 2º, § 3º)

Art. 209. A distribuição das cotas de cada gestor de saúde para os respectivos prestadores de serviços obedecerá à seguinte ordem de prioridade, salvo para os casos de existência de um único prestador de serviço na área de abrangência do respectivo gestor: (Origem: PRT MS/GM 342/2014, Art. 3º)

I - estabelecimentos de saúde que realizem exames de histocompatibilidade para cadastro de doadores voluntários de medula óssea e para transplantes de órgãos sólidos e ofereçam outras ações e serviços de saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 342/2014, Art. 3º, I)

II - estabelecimentos de saúde que realizem exames de histocompatibilidade para cadastro de doadores voluntários de medula óssea e para transplantes de órgãos sólidos; e (Origem: PRT MS/GM 342/2014, Art. 3º, II)

III - estabelecimentos de saúde que realizem exclusivamente exames de histocompatibilidade para cadastro de doadores voluntários de medula óssea. (Origem: PRT MS/GM 342/2014, Art. 3º, III)

§ 1º A distribuição de cotas que não atender a ordem de prioridade de que trata o "caput" deverá ser justificada à CGSNT/DAHU/SAS/MS e poderá ser aprovada ou não. (Origem: PRT MS/GM 342/2014, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Caso a distribuição de cotas apresentadas nos termos do § 1º não seja aprovada pela CGSNT/DAHU/SAS/MS, o gestor de saúde responsável pela sua apresentação terá o prazo de 30 (trinta) dias para submeter nova proposta de distribuição de cotas que contemple as recomendações da CGSNT/DAHU/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 342/2014, Art. 3º, § 2º)

Art. 210. O não cumprimento do disposto nesta Seção resultará na suspensão imediata do repasse dos recursos financeiros destinados ao pagamento dos exames para cadastro de doadores no REDOME até que a situação seja regularizada. (Origem: PRT MS/GM 342/2014, Art. 4º)

Art. 211. Caso a unidade federativa detentora da cota não possua oferta de serviços para realizar a totalidade ou parte da cota que lhe é devida, então deverá: (Origem: PRT MS/GM 342/2014, Art. 5º)

I - pactuar com o gestor de saúde de outra unidade federativa o referenciamento da cota, parcial ou total; e (Origem: PRT MS/GM 342/2014, Art. 5º, I)

II - submeter a pactuação do referenciamento à aprovação da CGSNT/DAHU/SAS/MS, especificando: (Origem: PRT MS/GM 342/2014, Art. 5º, II)

a) o gestor de saúde de destino; e (Origem: PRT MS/GM 342/2014, Art. 5º, II, a)

b) o número de exames a ser encaminhado mensalmente e/ou anualmente, para efeito de realocação das cotas física e financeira do gestor de saúde de origem para o gestor de saúde de destino. (Origem: PRT MS/GM 342/2014, Art. 5º, II, b)

Parágrafo Único. Se a CGSNT/DAHU/SAS/MS não aprovar a pactuação de que trata o inciso I do "caput", o gestor de saúde responsável deverá proceder à nova pactuação nos termos delimitados pela CGSNT/DAHU/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 342/2014, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 212. A partir da apresentação da proposta de que trata o art. 208, será editado ato específico do Ministério da Saúde definindo os tetos físicos e financeiros para as gestões de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, quando couber. (Origem: PRT MS/GM 342/2014, Art. 6º)

Art. 213. As cotas estabelecidas no anexo da Portaria nº 2.132/GM/MS, de 25 de setembro de 2013, devem ser executadas entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de cada ano. (Origem: PRT MS/GM 342/2014, Art. 7º)

Parágrafo Único. A não execução total das cotas de que trata o "caput" não implicará no aproveitamento das cotas remanescentes no exercício seguinte. (Origem: PRT MS/GM 342/2014, Art. 7º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO XII

DO PROGRAMA NACIONAL DE IMPLANTAÇÃO/IMPLEMENTAÇÃO DE BANCOS DE OLHOS

Art. 214. Fica instituído, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, o Programa Nacional de Implantação/Implementação de Bancos de Olhos. (Origem: PRT MS/GM 1559/2001, Art. 1º)

§ 1º O Programa Nacional de Implantação/Implementação de Bancos de Olhos tem por objetivo oferecer as condições para a implantação/implementação de 30 (trinta) Bancos de Olhos a serem distribuídos, em locais estratégicos, no território nacional, como forma de viabilizar/estimular a ampliação da captação de córneas para transplante, garantir adequadas condições técnicas e de segurança para esta captação e, por fim, ampliar a realização de procedimentos de transplante de córnea no País, reduzindo, desta maneira, o tempo de espera dos candidatos ao transplante. (Origem: PRT MS/GM 1559/2001, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Entende-se por Banco de Olhos o serviço que, em instalações físicas, de equipamentos, técnicas e profissionais, seja destinado a captar, retirar, classificar, preparar e conservar tecidos oculares de procedência humana para fins terapêuticos ou científicos, em conformidade com o estabelecido no Anexo I; (Origem: PRT MS/GM 1559/2001, Art. 1º, § 2º)

§ 3º Os Bancos de Olhos deverão cumprir o estabelecido no Anexo I e ser cadastrados no Sistema Nacional de Transplantes. (Origem: PRT MS/GM 1559/2001, Art. 1º, § 3º)

§ 4º Os Bancos de Olhos, integrantes ou não do Programa ora criado, deverão ter estreita articulação com a Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos/CNCDO do estado em que estejam instalados, ter como referência os serviços habilitados à realização de transplantes de córneas e destinar, na totalidade, as córneas captadas/processadas viáveis para transplante ao atendimento da Lista de Espera gerenciada pela respectiva CNCDO. (Origem: PRT MS/GM 1559/2001, Art. 1º, § 4º)

§ 5º Os Bancos de Olhos deverão, mensalmente, prestar contas à respectiva CNCDO das córneas captadas/processadas, viáveis e inviáveis para transplante. (Origem: PRT MS/GM 1559/2001, Art. 1º, § 5º)

Art. 215. Os recursos necessários à operacionalização do Programa Nacional de Implantação/Implementação de Bancos de Olhos correrão por conta do programa de trabalho 10.302.2015.20SP - Operacionalização do Sistema Nacional de Transplantes. (Origem: PRT MS/GM 1559/2001, Art. 2º)

Parágrafo Único. Os recursos de que trata o caput deste artigo serão da ordem de R$1.547.400,00 (um milhão quinhentos e quarenta e sete mil e quatrocentos reais). (Origem: PRT MS/GM 1559/2001, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 216. Os recursos destinados ao Programa objeto deste ato serão repassados aos Bancos de Olhos mediante convênio, na forma e critérios estabelecidos pela Secretaria-Executiva e a Secretaria de Atenção à Saúde, sendo que os mesmos, para serem beneficiados, deverão assumir formalmente, no mínimo, os seguintes compromissos: (Origem: PRT MS/GM 1559/2001, Art. 3º)

I - cumprir e fazer cumprir a legislação em vigor que regula o Sistema Nacional de Transplantes; (Origem: PRT MS/GM 1559/2001, Art. 3º, a)

II - realizar seu trabalho dentro dos mais estritos padrões morais, éticos, técnicos, de garantia de qualidade dos enxertos e de segurança para os receptores; (Origem: PRT MS/GM 1559/2001, Art. 3º, b)

III - cumprir metas mensais/anuais de captação/processamento de córneas a serem pactuadas entre cada Banco e a Coordenação do Sistema Nacional de Transplantes; (Origem: PRT MS/GM 1559/2001, Art. 3º, c)

IV - participar, efetivamente, do esforço de captação de córneas para transplante empreendido em sua área de atuação, em estreita articulação com a respectiva CNCDO; (Origem: PRT MS/GM 1559/2001, Art. 3º, d)

V - participar de eventuais campanhas de esclarecimento público a respeito da doação de órgãos e realização de transplantes bem como de programas de educação continuada multiprofissional. (Origem: PRT MS/GM 1559/2001, Art. 3º, e)

Parágrafo Único. Todos os compromissos deverão ser formalmente assumidos pela entidade/Banco de Olhos mediante a assinatura de Termo de Compromisso a ser elaborado pela Secretaria de Atenção à Saúde e que deverá ser parte integrante do Convênio a ser celebrado. (Origem: PRT MS/GM 1559/2001, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 217. A Secretaria de Atenção à Saúde selecionará as entidades/Bancos de Olhos que virão a ser incluídos no Programa Nacional de Implantação/Implementação de Bancos de Olhos e adotarão as demais providências necessárias ao fiel cumprimento do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1559/2001, Art. 4º)

CAPÍTULO XIII

DO PROGRAMA NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO PARA A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES (QUALIDOTT)

Art. 218. Fica instituído, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), o Programa Nacional de Qualificação para a Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (QUALIDOTT). (Origem: PRT MS/GM 2933/2010, Art. 1º)

§ 1º O Programa ora instituído, de forma integrada e sistêmica, estrutura e organiza as ações voltadas para a capacitação dos trabalhadores de saúde envolvidos no processo de doação/transplante desde a identificação de prováveis doadores de órgãos e de tecidos até o acompanhamento pós-transplante, e tem por objetivos:(Origem: PRT MS/GM 2933/2010, Art. 1º, § 1º)

I - introduzir a capacitação, a qualificação e o processo de aprendizagem aplicados a uma abordagem sistêmica e organizada dos conhecimentos no processo de doação/transplante; (Origem: PRT MS/GM 2933/2010, Art. 1º, § 1º, I)

II - proporcionar formação, capacitação, atualização e desenvolvimento dos profissionais envolvidos com o processo de doação/transplante; (Origem: PRT MS/GM 2933/2010, Art. 1º, § 1º, II)

III - oferecer aos profissionais de saúde adequada informação e conhecimento da estrutura e funcionamento da Política Nacional de Transplantes; (Origem: PRT MS/GM 2933/2010, Art. 1º, § 1º, III)

IV - estimular a pesquisa, a produção intelectual e a divulgação de conhecimentos, sensibilizando os profissionais para a importância do autodesenvolvimento e multiplicação do conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 2933/2010, Art. 1º, § 1º, IV)

V - buscar maior integração dos profissionais envolvidos com as atividades de doação e de transplantes, com o objetivo de compartilhar experiências e conhecimentos; (Origem: PRT MS/GM 2933/2010, Art. 1º, § 1º, V)

VI - motivar e incentivar a criatividade na busca por constantes estratégias de solução de problemas; e (Origem: PRT MS/GM 2933/2010, Art. 1º, § 1º, VI)

VII - contribuir para o aumento da doação e da captação de Órgãos, Tecidos e Células, por meio da qualificação profissional, com consequente aumento do número de transplantes realizados, visando à redução do tempo de espera em lista e à melhoria da qualidade de vida dos receptores. (Origem: PRT MS/GM 2933/2010, Art. 1º, § 1º, VII)

§ 2º As ações serão desenvolvidas por meio de parcerias com hospitais transplantadores, equipes transplantadoras, centrais de notificação e captação de órgãos, universidades, hospitais envolvidos em Projeto de Apoio ao Desenvolvimento institucional do SUS e demais entidades/instituições envolvidas com o processo de doação ao transplante. (Origem: PRT MS/GM 2933/2010, Art. 1º, § 2º)

Art. 219. São o público-alvo do QUALIDOTT aqueles profissionais envolvidos com o processo de diagnóstico da morte encefálica e doação/transplante, como: (Origem: PRT MS/GM 2933/2010, Art. 2º)

I - médicos; (Origem: PRT MS/GM 2933/2010, Art. 2º, I)

II - enfermeiros; (Origem: PRT MS/GM 2933/2010, Art. 2º, II)

III - biomédicos; (Origem: PRT MS/GM 2933/2010, Art. 2º, III)

IV - psicólogos; (Origem: PRT MS/GM 2933/2010, Art. 2º, IV)

V - assistentes sociais; e (Origem: PRT MS/GM 2933/2010, Art. 2º, V)

VI - outros profissionais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2933/2010, Art. 2º, VI)

Art. 220. A Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGNT/DAET/SAS/MS) adotará as providências necessárias à implantação e operacionalização do QUALIDOTT, definindo as condições para a participação dos profissionais, a pactuação das responsabilidades dos entes e entidades envolvidas, bem como os recursos orçamentários que possibilitarão a execução do Programa. (Origem: PRT MS/GM 2933/2010, Art. 3º)

Parágrafo Único. As ações deverão ser devidamente articuladas e discutidas com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), responsável, no âmbito do Ministério da Saúde, pelo desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, prevista na Portaria de Consolidação nº 2.(Origem: PRT MS/GM 2933/2010, Art. 3º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO XIV

DA UTILIZAÇÃO DE TECIDOS, ÓRGÃOS OU PARTES DO CORPO HUMANO PARA FINS CIENTÍFICOS

Art. 221. A utilização de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano para fins científicos somente será permitida depois de esgotadas as possibilidades de sua utilização em transplantes. (Origem: PRT MS/GM 263/1999, Art. 1º)

Anexo 1 do Anexo I

REGIMENTO INTERNO DAS CÂMARAS TÉCNICAS NACIONAIS (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Anexo 1)

REGIMENTO INTERNO DAS CÂMARAS TÉCNICAS NACIONAIS

1. DA NATUREZA E FINALIDADE

1.1 As Câmaras Técnicas Nacionais do Sistema Nacional de Transplantes (CTN) são instâncias colegiadas, de natureza consultiva, vinculadas tecnicamente à Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT), do Departamento de Atenção Especializada (DAE), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS).

1.2 As CTNs têm por finalidade assessorar a CGSNT nos procedimentos relativos à formulação, revisão, atualização e aperfeiçoamento das normas relativas aos critérios de inclusão de pacientes candidatos a transplantes nas listas de espera, aos critérios de distribuição de órgãos, tecidos e células captados para transplantes e aos critérios de autorização, renovação e exclusão de autorização de estabelecimentos e equipes.

1.3 Por solicitação da CGSNT, as CTNs poderão desenvolver outras tarefas de assessoria relativas ao processo doação/transplante.

2. DAS PRERROGATIVAS E COMPETÊNCIAS

2.1 Compete prioritariamente às CTNs:

I - manifestar-se quanto à avaliação de procedimentos científicos e tecnológicos relativos ao processo doação/transplante, no âmbito de atuação de cada CTN específica para cada modalidade de transplante;

II - sugerir à CGSNT a realização de estudos envolvendo a análise de eficácia, segurança e resultados dos transplantes;

III - emitir recomendações sobre aspectos envolvendo o processo doação/transplante;

IV - manifestar-se quanto ao desenvolvimento de pesquisas pré-clínicas ou clínicas que causem reflexos na avaliação, eficácia e segurança dos transplantes;

V - sugerir à CGSNT a convocação de consultores especialistas, bem como de técnicos do MS para participarem de reuniões;

VI - propor a realização de reuniões de trabalho e científicas, visando à divulgação de conhecimento das áreas de sua competência;

VII - manifestar-se, quando solicitado, sobre situações não previstas no Regulamento Técnico dos Transplantes; e

VIII - subsidiar a CGSNT em outros aspectos pertinentes ao processo doação/transplante.

3. DA COMPOSIÇÃO

3.1 As CTNs serão compostas por 5 (cinco) a 7 (sete) membros titulares e 3 (três) membros suplentes, tendo como membro nato o Coordenador-Geral da CGSNT, todos com reconhecido saber e competência profissional. Os membros suplentes não serão vinculados a um determinado membro titular.

3.2 Os membros das CTNs serão nomeados por ato do Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

3.3 As CTNs contarão com uma secretaria composta por um secretário e por um secretário-substituto, vinculados à CGSNT.

4. DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

4.1 Os membros da CTN deverão declarar vínculos, próprios ou de seus cônjuges, parentes colaterais, ascendentes ou descendentes de primeiro grau, que gerem situações de conflitos de interesses com estabelecimentos relacionados à indústria e comércio farmacêutico, laboratórios de histocompatibilidade, laboratórios de criopreservação de células, ou outras entidades que possam implicar em decisões contrárias aos princípios do SUS.

4.2 A designação do membro da CTN deve ser precedida, sem prejuízo de outras formalidades, do preenchimento de Termo de Compromisso, declarando a existência de situações que possam gerar conflito de interesses.

4.3 O membro da CTN é responsável por esclarecer situações que sugiram conflitos de interesse decorrentes de relação com estabelecimentos relacionados no item 4.1 que eventualmente surjam durante o exercício de sua função.

4.4 As atribuições do Coordenador-Geral incluirão, entre outras, as seguintes atividades:

I - coordenar as discussões;

II - produzir e expedir documentos;

III - distribuir tarefas;

IV - conduzir os trabalhos, e

V - coordenar o apoio administrativo.

4.5 O secretário e/ou o secretário-substituto das CTNs, vinculados à CGSNT e designados por esta, terão as atribuições de fornecer o apoio necessário ao funcionamento das CTN.

5. DO MANDATO

5.1 O mandato dos membros da CTN terá a duração de 2 (dois) anos, podendo haver um recondução para um período de dois anos.

5.2 Na primeira gestão da CTN visando implementar a transição para o sistema de mandatos não coincidentes:

a) três ou quatro membros titulares e dois suplentes serão nomeados para um mandato de dois anos;

b) dois ou três membros titulares e um suplente serão nomeados para um mandato de três anos.

5.2.1 A escolha dos períodos dos mandatos citados nos itens a e b será definida aleatoriamente.

5.3 O membro que acumular faltas não justificadas em duas reuniões consecutivas ou que não atender às demandas será desligado da CTN.

5.4 A destituição do mandato na CTN poderá ser motivada pela manifestação do próprio membro, por razões administrativas, e, compulsoriamente, quando comprovada incompatibilidade com os vínculos funcionais, bem como por atuação sob condição de impedimento ou suspeição.

5.5 O membro destituído por omissão ou inadequação na ficha cadastral ou por atuar em processos para os quais esteja na condição de incompatibilidade, de suspeição ou de impedimento não poderá ser reconduzido à CTN.

5.6 Independentemente da motivação, a destituição do membro ocorrerá sob apreciação e por Ato do Secretário de Atenção à Saúde/MS.

6. DO FUNCIONAMENTO

6.1 As CTNs reunir-se-ão ordinariamente a cada seis meses e extraordinariamente a critério da CGSNT, na sede do MS em Brasília.

6.2 As reuniões poderão, excepcionalmente, ocorrer em outras sedes ou cidades, desde que haja justificativa econômica ou estratégica e anuência da CGSNT.

6.3 A convocação para reunião da CTN será feita pela CGSNT e operacionalizada pelo secretário ou secretário-substituto, no mínimo com três semanas de antecedência quando serão enviados a pauta e os respectivos subsídios para apreciação e manifestação.

6.4 As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 10 (dez) dias úteis de antecedência.

6.4.1 As manifestações das CTNs poderão ocorrer por correspondência eletrônica, com o devido apoio, condução, conclusão, demais encaminhamentos e arquivamento pelo secretário ou secretário-substituto da CTN específica para cada modalidade de transplante.

6.5 As reuniões deverão contar com um quorum mínimo de 3 (três) membros, além do membro nato.

6.6 Na eventualidade de impedimentos emergenciais, a reunião poderá ocorrer, em caráter excepcional, com um número menor de membros.

6.7 As reuniões serão conduzidas pelo Coordenador-Geral e, na falta deste, por pessoa por ele designada.

6.8 As atas, os relatórios específicos e os demais documentos, devidamente rubricados pelos membros, serão protocolados na CGSNT ao final da respectiva reunião.

7. DO SUPORTE AO FUNCIONAMENTO

7.1 O apoio administrativo à CTN será conduzido pelo secretário ou pelo secretário-substituto.

7.2 São consideradas atividades administrativas:

I - a guarda e o arquivamento dos documentos a serem analisados, assim como os subsídios e as informações relacionadas a eles;

II - a elaboração e a guarda das atas, relatórios, documentos, correspondências e a agenda das CTNs; e

III - o agendamento, a preparação e a expedição das convocações às reuniões e o provimento do apoio logístico para as reuniões.

7.2.1 A estadia, o translado, o transporte e outros aspectos relacionados às reuniões da CTNs, serão providenciados pela CGSNT/DAE/SAS/MS.

8. DAS DELIBERAÇÕES

8.1 As deliberações da CTN serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

8.2 As votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registrada em ata e, quando possível, em gravação eletrônica.

8.2.1 As decisões, neste caso, serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes.

8.2.2 A abstenção deverá ser acompanhada pela declaração de voto por escrito.

9. DO TRATAMENTO À INFORMAÇÃO

9.1 No âmbito da CTN, todos os documentos e informações terão o caráter de reservado, ficando a sua divulgação a cargo da CGSNT, quando solicitado formalmente.

10. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 As funções dos membros das CTNs não serão remuneradas e seu exercício será considerado ação de relevância para o serviço público.

10.2 Os casos omissos serão deliberados pela CGSNT e informados aos membros das CTN.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300308

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Anexo 2 do Anexo I

FORMULÁRIO I (SITUAÇÃO ESPECIAL - CARCINOMA HEPATOCELULAR) E FORMULÁRIO II (SOLICITAÇÃO DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE ÓRGÃOS/TECIDOS RETIRADOS E NÃO UTILIZADOS) (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Anexo 10)

FORMULÁRIO I

SITUAÇÃO ESPECIAL - CARCINOMA HEPATOCELULAR

Paciente:	RGCT:	(nº do registro da Central de Transplantes)
Equipe:	Hospital:	
Critério para inclusão em lista de espera, segundo as Portarias nº 541/GM, de 14 de março de 2002: Paciente portador de carcinoma hepatocelular, como complicação da doença hepática crônica, sem metástase, restrito ao fígado com nódulo único de até 5 cm ou até 3 nódulos de 3 cm e a ausência de metástases, com estadiamento obrigatório por mapeamento ósseo e tomografia de tórax.		
Critério para inclusão em situação especial: Carcinoma hepatocelular maior ou igual a 2 cm dentro dos critérios de Milão(fígado cirrótico com nódulo único de até 5 cm ou até 3 nódulos de até 3 cm de diâmetro cada, ausência de trombose neoplásica do sistema porta), com diagnóstico baseado nos critérios de Barcelona e sem indicação de ressecção.		
Diagnóstico (Critério de Barcelona) ( ) Critério anatomopatológico ?( ) Critério radiológico (2 exames)? ( ) Critério radiológico (1 exame de imagem trifásico) ?( ) Critério combinado (1 exame + Alfa fetoproteína)	Anatomopatológico ou duas (2) imagens coincidentes entre 4 técnicas (ultrassonografia com Doppler ou contraste por microbolhas, ressonância, tomografia e arteriografia) que mostre lesão focal ³ 2 cm com hipervascularização arterial ou 1 exame de imagem trifásico (tomografia computadorizada helicoidal multislice, ressonância magnética, ultrassonografia com contraste por microbolhas) demonstrando lesão focal ³ 2 cm com padrão hemodinâmico de hipervascularização arterial e depuração rápida do contraste nas fases portal ou de equilíbrio (washout) ou 1 imagem com tumor hipervascular + AFP > 200 ng/ml. Encaminhar relatório médico e laudo dos exames.	
Estadiamento (Critério de Milão) ( ) Exame de imagem Data:___ / ___/___ ( ) Mapeamento ósseo Data: ___/ ___/___ ( ) Tomografia de tórax Data: ___/ ___ /___	Para fins de estadiamento nódulos com diâmetro inferior a 2 cm são considerados de natureza indeterminada. Exame de imagem de até 6 meses atrás, mapeamento e tomografia de até 1 ano atrás. Encaminhar laudo dos exames.	
Tratamento prévio: sim ( ) não ( ) se sim: ( ) ressecção ( ) quimioembolização ( ) ablação ( ) quimioterapia ( ) alcoolização	Caso tenha tratamento prévio encaminhar relatório médico e laudo do exame(s) prévio ao tratamento.	
Irressecabilidade ( )	Encaminhar relatório médico com a justificativa.	
Assinatura e Carimbo do Médico:	Data:	

FORMULÁRIO II

SOLICITAÇÃO DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE ÓRGÃOS/TECIDOS RETIRADOS E NÃO UTILIZADOS

A- IDENTIFICAÇÃO DO DOADOR			
Nome:		RGCT	
Data de Nascimento:		Sexo: ( ) Masculino ( )Feminino	
OPO/OPC		Data da captação:	
B- ÓRGÃO(S) / TECIDO(S) QUE ESTÁ (ÃO) SENDO ENVIADO(S)			
( ) Coração	( ) Fígado	( ) Pâncreas	( ) Pele
( ) Córnea direita	( ) Córnea esquerda	( ) Pulmão direito	( ) Pulmão esquerdo
( ) Rim direito	( ) Rim esquerdo	( ) Osso	( )
Observações:			
Nota: Procure anotar o(s) motivo(s) pelo(s) qual(ais) o(s) órgão(s) / tecido(s) foi(ram) desprezado(s) e o nome ou RGCT do receptor designado se houver.			
Médico Responsável			
Nome:		C.R.M.	
Assinatura:		Data:	

Anexo 3 do Anexo I

NORMAS GERAIS PARA AUTORIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE BANCOS DE TECIDOS HUMANOS (EXCETO BSCUP) (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Anexo 11)

NORMAS GERAIS PARA AUTORIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE BANCOS DE TECIDOS HUMANOS (EXCETO BSCUP)

1 - Processo de Autorização de Funcionamento e Habilitação pelo SUS

Todos os Bancos de Tecidos Humanos existentes no território nacional tanto aqueles que prestem serviços exclusivamente ao setor privado quanto aqueles que prestem serviços, mediante habilitação, ao Sistema Único de Saúde, somente podem funcionar legalmente se forem previamente autorizados para tal pelo Sistema Nacional de Transplantes.

Assim, o responsável técnico pelo Banco que pretenda entrar em funcionamento deve consultar e cumprir as presentes Normas e formalizar processo de autorização de funcionamento junto ao gestor do SUS sob cuja gestão esteja o Banco, a saber:

a) se o Banco estiver instalado em município em Gestão Plena do Sistema Municipal - Secretaria Municipal de Saúde; e

b) nos demais casos - Secretaria Estadual de Saúde;

1.1 - Processo de Autorização de Funcionamento O Processo de Autorização deve ser instruído com:

a) documentação comprobatória do cumprimento da totalidade das exigências para autorização de funcionamento estabelecidas por este Regulamento Técnico;

b) relatório de vistoria: a vistoria deve ser realizada in loco por técnicos da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e da Vigilância Sanitária - VISA que avaliarão e emitirão o respectivo parecer técnico a respeito das condições de funcionamento do Banco - área física, recursos humanos, responsabilidade técnica, matérias e equipamentos e demais exigências estabelecidas nesta Portaria;

c) parecer conclusivo do Gestor: manifestação expressa, firmada pelo Secretário de Saúde, em relação à autorização. No caso de Processo de Autorização formalizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Município em Gestão Plena do Sistema Municipal, deve constar no processo, além do parecer do gestor local, o parecer do gestor estadual do SUS;

d) uma vez emitido o parecer a respeito da autorização pelo(s) Gestor(es) do SUS, e sendo o parecer favorável, o Processo deve ser encaminhado, para análise, ao Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Especializada/Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes;

e) a Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes/DAE/SAS/MS determinará a realização de vistoria in loco, podendo para tanto constituir consultores técnicos, e emitirá parecer conclusivo a respeito da autorização; e

f) se aprovada a autorização, a Secretaria de Atenção à Saúde adotará as providências necessárias à sua publicação, tendo esta autorização validade pelo período de 2 (dois) anos a partir de sua publicação.

1.2. Habilitação pelo SUS

Para que possa prestar serviços aos usuários do SUS, o Banco deve ser devidamente autorizado a funcionar pela CGSNT e ser habilitado pelo SUS. Assim, aquele Banco que, além de ser autorizado a funcionar, pretenda prestar serviços ao SUS, deve manifestar esta intenção informando, juntamente com o Processo de Autorização de que trata o item 1.1 supra, o respectivo CNES. O Banco que esteja autorizado a funcionar pela CGSNT e que, no entanto, não esteja habilitado no âmbito do SUS, não poderá apresentar cobrança ao SUS, na forma em que esta esteja estabelecida, relativa aos procedimentos realizados, exceto os de doação e retirada de tecidos.

a) todo Banco que, além da Autorização de Funcionamento, pretenda ser cadastrado para prestação de serviços ao SUS, deve, previamente, consultar o gestor do SUS sob cuja gestão esteja o Banco a respeito das normas de habilitação, necessidade e possibilidade desta habilitação, sendo que o SUS não se obriga a efetuá-la; e

b) uma vez confirmada a necessidade da habilitação, estando o(s) gestor(es) do SUS de acordo com o mesmo e conduzido o processo de seleção de prestadores de serviços, este(s) gestor(es) deverão manifestar no Parecer Conclusivo do Gestor de que trata a alínea "c" do item 1.1 supra, além do parecer a respeito da autorização de funcionamento, a concordância com a habilitação pelo SUS, seguindo o processo, a partir daí, os mesmos passos previstos no item 1.1.

1.3. Renovação de Autorização de Funcionamento 60 (sessenta) dias antes de findar o prazo de 2 (dois) anos da publicação da autorização inicial, o responsável técnico pelo Banco deve providenciar na solicitação de renovação de autorização. Esta autorização deve ser formalizada nos mesmos moldes do estabelecido no item 1.1 supra e cumprir todos os trâmites nele previstos.

1.4. Alteração de Local de Instalação do Banco

A mudança do local de instalação do Banco, a qualquer tempo, deve ser formalizada junto ao gestor do SUS sob cuja gestão esteja o serviço. O processo deve ser formalizado nos mesmos moldes do estabelecido no item 1.1 supra e cumprir todos os trâmites aí previstos.

1.5. Manutenção de Autorização de Funcionamento e de habilitação pelo SUS

A manutenção da autorização de funcionamento e de Habilitação pelo Sistema Único de Saúde - SUS está vinculada:

a) ao cumprimento pelo Banco das Normas e Rotinas estabelecidas por este Regulamento;

b) à avaliação de funcionamento do Banco por meio de realização de auditorias periódicas pela Secretaria de Saúde sob cuja gestão esteja o Serviço, CNCDO e VISA;

c) à avaliação quantitativa e qualitativa dos serviços produzidos; e

d) ao envio mensal de Relatório de Atividades à respectiva CNCDO;

2. Exigências Gerais para Autorização de Funcionamento As exigências gerais para autorização que devem ser cumpridas pelos Bancos são as seguintes:

a) estar instalado em estabelecimento hospitalar ou hemocentro

b) possuir, dentro do prazo de validade, Licença de Funcionamento emitida pela Coordenadoria de Fiscalização Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde;

c) estar aberto e em funcionamento, para atendimento das demandas, nas 24 horas do dia, todos os dias;

d) cumprir suas competências/atribuições estabelecidas neste Regulamento Técnico;

e) cumprir as rotinas estabelecidas neste Regulamento Técnico;

f) assegurar o controle e a garantia de qualidade dos procedimentos, equipamentos, reagentes e correlatos; sendo que a garantia da qualidade dos tecidos distribuídos ou disponibilizados é responsabilidade do Banco de Tecidos e a responsabilidade médica e técnica final de sua utilização é do cirurgião transplantador;

g) apresentar mensalmente à respectiva CNCDO e à VISA, Relatório de Atividades e dos resultados dos transplantes realizados como material fornecido pelo Banco, informando, também, das complicações e intercorrências observadas no período.

h) a CNCDO e a VISA deverão consolidar e encaminhar os relatórios para a CGSNT e para a ANVISA a cada três meses.

Anexo 4 do Anexo I

BANCOS DE TECIDO OCULAR HUMANO (BTOC) (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Anexo 12)

BANCOS DE TECIDO OCULAR HUMANO - BTOC

Além das exigências gerais para autorização contidas no Anexo XI deste Regulamento, o Banco deve cumprir as seguintes exigências específicas:

1. COMPETÊNCIAS E OBRIGAÇÕES

a) articular-se com a CNCDO do Estado, quanto à necessidade de receber os tecidos oculares captados em uma determinada região de sua abrangência, para o devido processamento;

b) participar da captação dos tecidos oculares doados, nas áreas de abrangência definidas pela CNCDO a que estiver subordinado;

c) receber apenas tecidos oculares humanos obtidos por outras equipes de captação devidamente autorizadas pela CNCDO;

d) respeitar a numeração dos tecidos oculares captados a ser fornecida pela CNCDO do Estado, numeração essa que deverá acompanhar todas as etapas de processamento desses tecidos até a distribuição pelo sistema de lista única;

e) encaminhar a CNCDO do Estado os documentos de autorização de doação, imediatamente após a captação;

f) avaliar e processar tecidos oculares humanos para fins de utilização em transplantes ou enxertos;

g) garantir a realização dos exames laboratoriais necessários à identificação de possíveis contraindicações que impossibilitem a utilização do enxerto;

h) disponibilizar todos os tecidos oculares obtidos, para distribuição pela CNCDO do Estado;

i) fornecer à equipe médica responsável pela realização do transplante ou enxerto todas as informações necessárias a respeito do tecido a ser utilizado, bem como sobre seu doador;

j) manter arquivo próprio com dados sobre os tecidos processados, seus doadores e receptores.

Nas localidades onde não houver Banco de Tecido Ocular, as retiradas podem ocorrer, sob a autorização da CNCDO do Estado, por médicos oftalmologistas e/ou profissionais da área da saúde devidamente capacitados, sob a supervisão de um Banco de Tecidos Oculares formalmente referenciado, no mesmo Estado ou na mesma macrorregião, que se responsabilize pela adequação dos processos envolvidos, adequação do transporte e recepção e avaliação dos tecidos encaminhados.

Nesse caso, o tecido deverá ser alocado na lista do Estado que fez a captação e retirada do tecido.

Estabelecer que, nos casos de prioridade/urgência para transplante de córnea, o botão corneano retirado do receptor deva, obrigatoriamente, ser encaminhado, pelo profissional transplantador ao Banco de Tecido Ocular que forneceu o enxerto, em solução apropriada, para que possa ser providenciado o exame anatomopatológico do tecido.

O Banco de Tecidos Oculares poderá solicitar o encaminhamento do botão corneano para exame anatomopatológico em hospitais públicos ou universitários, próximos ao local onde se realizou o transplante, de acordo com o descrito no caput deste artigo.

O prazo máximo para envio do botão corneano do receptor ao Banco de Tecidos Oculares é de 48 (quarenta e oito) horas após a realização do transplante. O não-encaminhamento do botão corneano do receptor priorizado no prazo estabelecido poderá acarretar ao profissional transplantador, o cancelamento da autorização para a realização de transplante de córnea, emitida pelo Ministério da Saúde. O resultado do exame anátomopatológico do botão corneano, nesse caso, deve ser encaminhado pelo banco à respectiva CNCDO.

2. EQUIPES TÉCNICAS

Para executar suas atividades o profissional transplantador deve contar com um responsável técnico, uma equipe técnica de captação dos tecidos e uma equipe técnica para atividades internas, ambas compostas por profissionais com capacitação comprovada para a execução de suas tarefas.

Deve ser formalizado um documento interno de constituição do BTOC, onde conste sua composição, sua finalidade e seu organograma, sendo explicitadas sua subordinação técnico-científica e sua subordinação administrativa.

2.1. Responsável Técnico

Este profissional deve ser capacitado para coordenar as atividades a serem executadas pelo Banco (seleção, captação, processamento, distribuição e controles de qualidade de tecidos), sendo responsável por estabelecer e supervisionar a atuação do Banco, o treinamento de pessoal e por exercer a supervisão das equipes técnicas de atuação externa, que devem ser compostas por:

1 (um) médico especialista em oftalmologia com experiência comprovada na área de córnea e doenças externas oculares, autorizado pelo CGSNT e que se mostre qualificado para a execução das atividades decorrentes desta função, descritas acima; e

1 (um) responsável técnico substituto, com as mesmas qualificações.

2.2. Equipe Técnica de Captação

Esta equipe é responsável, 24 horas por dia, todos os dias da semana, pelas atividades relativas à etapa cirúrgica do processo, desde a captação até a entrega dos tecidos, segundo protocolos pré-estabelecidos pelo Banco.

Deve ser composta, no mínimo, por:

1 (um) médico com treinamento específico, teórico e prático, para a atividade de obtenção do consentimento para a doação, processo de triagem clínica e sorológica do doador, gestão de risco na validação de doador, recebimento ou coleta de material para exames laboratoriais, retirada, identificação, acondicionamento, transporte e entrega dos tecidos e amostras no BTOC; e

1 (um) profissional da área da saúde, sendo admitido o nível técnico, com treinamento específico, teórico e prático, comprovados para todo o processo de retirada, coleta de material para exames laboratoriais, acondicionamento, transporte e entrega dos tecidos no BTOC.

A equipe técnica de captação poderá não estar vinculada diretamente ao BTOC, porém deve estar autorizada pela CNCDO especificamente para a atividade de entrevista familiar e avaliação do doador, quando aplicável, e para a retirada de tecido. Esta equipe deve estar capacitada para o procedimento e atuar sob a responsabilidade do BTOC receptor dos tecidos, efetuando o procedimento em conformidade com os protocolos operacionais e manuais deste Banco e com as normas vigentes. A validação ou recusa do material retirado e enviado para processamento é responsabilidade do Responsável Técnico do BTOC.

2.3 - Equipe Técnica de Atividades Internas

Esta equipe é responsável pela execução das atividades desde o recebimento dos tecidos da equipe de retirada até sua disponibilização (para transplante, pesquisa ou descarte) e deve ser composta, no mínimo por:

1 (um) médico com treinamento específico, teórico e prático, para a atividade de obtenção do consentimento para a doação, processo de triagem clínica e sorológica do doador, gestão de risco na validação de doador, recebimento ou coleta de material para exames laboratoriais, retirada, identificação, acondicionamento, transporte e entrega dos tecidos e amostras no BTOC, em Bancos com pequena captação, poderá ser acumulada esta atividade com as funções de responsabilidade técnica.

1 (um) profissional de nível superior de áreas compatíveis com a atividade e com treinamento comprovado para execução das atividades concernentes à avaliação, à classificação, ao processamento, ao armazenamento, e outras rotinas relacionadas ao Banco;

1 (um) profissional de nível médio com treinamento comprovado para execução das atividades concernentes ao processamento, ao armazenamento e outras rotinas relacionadas ao Banco; e

1 (um) profissional para as tarefas administrativas.

O Banco deverá indicar quem substituirá estes profissionais em caso de férias ou outros afastamentos, sendo que as pessoas indicadas deverão ter, no mínimo, as mesmas qualificações exigidas para os integrantes do Banco

3. INSTALAÇÕES FÍSICAS

As instalações do BTOC devem ser de uso próprio e exclusivo para a atividade administrativa e operacional, e para a finalidade de processamento, armazenamento e distribuição de tecidos humanos para transplante e pesquisa, com salas contíguas e construídas de forma a permitir a limpeza e manutenção adequadas, antecâmaras e expurgo, bem como garantir o fluxo necessário para assegurar a qualidade dos tecidos em todas as fases do processo, sendo construída de acordo com as Normas para Projetos Físicos e Estabelecimentos de Saúde. (RDC 50/2002)

O Banco deve estar instalado, ou subordinado administrativamente, a hospital ou hemocentro, podendo utilizar-se da infraestrutura geral do mesmo, como serviço de copa, lavanderia, rouparia, higienização e esterilização de materiais, almoxarifado, laboratórios para testes de triagem do doador e exames microbiológicos, exames radiológicos, farmácia, coleta de resíduos, gerador de energia e outros serviços de apoio.

As áreas devem possuir controle de temperatura ambiental que assegurem níveis de conforto humano e adequado ao funcionamento dos equipamentos.

A área física do Banco de Tecidos Oculares (compartilhada no caso de Banco Multitecidos) deverá contar, no mínimo, com:

3.1. Sala Administrativa

Deve ser a sala destinada aos trabalhos de secretaria e ao arquivamento de documentos.

3.2. Sala de Recepção de Tecidos

Deve ser destinada à recepção dos tecidos quando do seu recebimento no Banco (aguardando processamento). Deve possuir um lavatório para higienização das mãos. Esse lavatório deve possuir torneiras ou comandos que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água. Junto a estes deve existir provisão de sabão líquido degermante, além de recursos para secagem das mãos. Poderá compartilhar a área da Sala Administrativa.

3.3. Antecâmara

Deve possuir lavatório e servir de barreira à sala de processamento do Banco, assegurando o acesso dos profissionais que deverão portar sobre as suas roupas aventais de uso exclusivo nestas áreas.

3.4.Sala de Processamento e Armazenamento de Tecidos Deve ser a sala destinada à avaliação, ao processamento e ao armazenamento dos tecidos, construída de acordo com os padrões de acabamento exigidos para áreas críticas.

O acesso dos operadores à sala de processamento deve ocorrer através da antecâmara, onde deve existir lavabo cirúrgico, localizado em área contígua à sala de processamento, que permita a higienização adequada das mãos dos operadores e pré-paramentação estéril para o manuseio dos tecidos.

Materiais, insumos e tecidos devem ser introduzidos e retirados da sala de processamento através de caixa de passagem.

A sala de processamento e armazenamento deve contar com controle de temperatura ambiental que garanta níveis adequados para o bom funcionamento dos equipamentos, bem como a circulação dos profissionais.

3.4.1. Área para avaliação dos tecidos

Área destinada a avaliação da córnea em lâmpada de fenda.

Deve ser provida de lâmpada de fenda, com magnificação de no mínimo 40x. Recomenda-se que o equipamento seja provido de sistema de registro fotográfico para documentação do processo.

3.4.2. Área para processamento dos tecidos

Deve ser a área destinada ao processamento dos tecidos, possuindo qualidade de ar em classificação ISO 5 (classe 100), garantida através de cabine (capela) de segurança biológica classe II tipo A, com fluxo unidirecional, ou pela classificação ISO 5 da sala de processamento e armazenamento como um todo.

3.4.3. Área de armazenamento dos tecidos

Deve ser a área destinada ao armazenamento, em separado, de tecidos não-liberados (pós-processamento) e de tecidos liberados para distribuição.

Deve ser provida de aparelhos de refrigeração de uso exclusivo desta sala. Recomenda-se que os tecidos sejam devidamente identificados por meio através de etiquetas coloridas, indicando as etapas do processamento na qual se encontram, de acordo com o protocolo do Banco.

4. EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

O Banco de Tecido Ocular deverá possuir um sistema de energia elétrica de emergência para garantir o funcionamento dos equipamentos elétricos essenciais para a manutenção da qualidade dos tecidos em processamento ou armazenados.

A aquisição, a manutenção e a utilização de todos os equipamentos e aparelhos devem ser incluídos no Sistema de Garantia de Qualidade, submetidos a uma rotina protocolada de inspeção, manutenção preventiva e calibração, de acordo com POPs pré-estabelecidos. As planilhas de controle destas rotinas devem ficar permanentemente disponíveis para consulta.

Todos os equipamentos e aparelhos abaixo relacionados devem ser de uso exclusivo do Banco de Tecido Ocular, localizados dentro de sua área física:

a) material cirúrgico para a retirada e preservação dos tecidos oculares;

b) recipientes isotérmicos para o transporte dos tecidos oculares e amostras sanguíneas;

c) lâmpada de fenda com magnificação de no mínimo 40x;

d) suporte para avaliação de córneas;

e) cabine de segurança biológica classe II tipo A;

f) 1 (um) refrigerador com temperatura de 2 a 8°C, de uso exclusivo para o armazenamento dos tecidos liberados e meios de preservação, com conferência e registro de temperatura, em intervalo máximo de 12 horas, e suporte para falha elétrica;

g) 1 (um) refrigerador com temperatura de 2 a 8°C, de uso exclusivo para o armazenamento dos tecidos não liberados com conferência e registro de temperatura, em intervalo máximo de 12 horas, e suporte para falha elétrica.

5. OPERACIONALIZAÇÃO

O Banco deve possuir Manual de Procedimentos atualizado anualmente pelo responsável técnico, que descreva de forma detalhada a rotina de procedimentos utilizados. Deverão estar descritos os seguintes procedimentos:

5.1 Triagem Clínica do Doador

5.1.1. História social e clínica do doador

Para levantamento de informações que possam indicar a exclusão da doação, deve-se investigar a história social e clínica do doador em prontuário médico, atestado de óbito, através da equipe médica responsável, de entrevistas com familiares ou pessoas relacionadas ao doador, além de outras fontes disponíveis.

5.1.2. Critérios de exclusão da doação para utilização terapêutica:

Não deverão ser captados, para finalidade terapêutica, tecidos oculares de doadores nos quais sejam identificadas previamente as seguintes condições:

a) morte de causa desconhecida;

b) sepse em atividade;

c) endocardite (bacteriana ou fúngica) em atividade;

d) linfomas ativos disseminados;

e) leucemias;

f) evidência clínica ou laboratorial de infecção por HIV, hepatite B ou C;

g) risco de transmissão de enfermidades causadas por prions: Doença de Creutzfeltd-Jakob, doença neurológica de etiologia viral ou indeterminada, panencefalite subaguda esclerosante, encefalite viral ativa, encefalite de origem desconhecida, encefalopatia progressiva ou leucoencefalopatia multifocal progressiva;

h) raiva;

i) rubéola congênita;

j) síndrome de Reye;

k) retinoblastoma;

l) tumores malignos do segmento anterior ocular;

Não podem ser obtidos, para utilização terapêutica, tecidos oculares de doadores com exames sorológicos reagentes para os marcadores relacionados no item 5.2 abaixo.

Não podem ser disponibilizados, para utilização terapêutica, tecidos oculares de doadores que, após retirada e avaliação pelo BTOC, apresentarem evidências clínicas de:

a) retinoblastoma;

b) tumores malignos do segmento anterior ocular. 5.1.3. Contraindicações relativas:

a) doadores submetidos à cirurgia ocular;

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

b) desordens congênitas ou adquiridas (cicatriz central na córnea, ceratocone, ceratoglobo);

c) inflamação ativa ocular.

Quando houver impossibilidade de constatar a causa mortis ou contraindicações em tempo hábil (em até seis horas, no mínimo), a retirada poderá ser realizada a fim de não prejudicar a obtenção dos tecidos oculares. Essa ocorrência deverá ser documentada, incluindo a sua justificativa.

5.2. Exame Físico do Doador

A presença de um ou mais itens abaixo deve merecer investigação complementar apurada e na ausência de dados objetivos, são excludentes para a doação:

a) lesões de pele com características que sugiram doenças sexualmente transmissível ou malignas;

b) tatuagens, sinais de uso de adereços corporais, maquilagem definitiva;

c) cicatrizes anteriores ao evento e da captação de órgãos;

d) lesões sugestivas de doenças sexualmente transmissíveis na genitália ou região perianal;

e) lesões puntiformes causadas por agulhas ou e sugestivas de uso de drogas ilícitas;

f) icterícia;

g) hepatomegalia;

h) linfadenopatia difusa;

i) lesões cutâneas violáceas sugestivas de Sarcoma de Kaposi.

5.3. Exames Sorológicos Obrigatórios

É obrigatória a realização de exames laboratoriais de alta sensibilidade e especificidade, para a identificação de doenças transmissíveis pelo sangue.

Esses exames devem ser feitos em amostra de soro ou plasma do doador, testada com reagentes para diagnóstico de uso in vitro, registrados na ANVISA/MS. Quando a triagem laboratorial for executada por laboratório terceirizado, o BTOC deve formalizar um contrato para a prestação desse serviço.

Os exames laboratoriais obrigatórios são: HBsAg;

Anti-HBc; Anti-HCV;

Anti-HIV-1 e anti-HIV-2.

Para a realização desses exames laboratoriais, devem ser seguidos os mesmos algoritmos para a triagem sorológica para doação de sangue, de acordo com a legislação vigente.

5.4. Retirada de Tecidos

A retirada do tecido ocular e da amostra sanguínea deverá ser feita o mais rapidamente possível após a parada cardiorrespiratória, ou em até 6 (seis) horas após a parada cardiorrespiratória, ou em até 24 (vinte e quatro) horas se o corpo do doador tiver sido mantido sob refrigeração de 2 a 8 oC.

Para a retirada do tecido ocular doado, os limites mínimo e máximo de idade do doador deverão ser definidos pelo responsável técnico pelo Banco, desde que não ultrapassem para menos e para mais as definidas nas normas vigentes do regulamento técnico do SNT e da CNCDO Estadual ou Distrital.

Devem ser registrados, em formulário padronizado pelo BTOC, dados sobre:

1. o histórico social e clínico e o exame físico do doador;

2. o exame macroscópico do globo ocular antes da enucleação ou excisão in situ;

3. resultado dos exames laboratoriais obrigatórios, quando já realizados;

4. o intervalo de tempo entre a parada cardiorrespiratória e a retirada do tecido.

5.5. Identificação e Acondicionamento Pós-Captação

O globo ocular deve ser acondicionado individualmente em frasco estéril e em câmara úmida.

A córnea retirada por técnica de excisão in situ deve ser acondicionada individualmente em frasco com solução de preservação cujo volume, de cada frasco, não pode ser alterado.

O frasco contendo o globo ocular ou a córnea retirada por técnica de excisão in situ deverá possuir etiqueta irretocável aderida ao seu corpo, com a identificação numérica ou alfanumérica do doador, a data e o horário da retirada, e estar protegido contra choque mecânico, sem entrar em contato direto com o gelo.

O frasco contendo a amostra sanguínea do doador deverá ser identificado com o registro numérico ou alfanumérico do doador, a data da coleta e ser protegido contra choque mecânico, sem entrar em contato direto com o gelo.

A identificação dos frascos contendo os tecidos oculares retirados e a amostra sanguínea do doador deve garantir a rastreabilidade.

O gelo deverá ser colocado separadamente em embalagem plástica.

5.6. Transporte dos Tecidos até o Banco de Tecido Ocular Os tecidos oculares retirados devem ser transportados diretamente para o BTOC, em caixa isotérmica capaz de manter a temperatura interior de 2 a 8ºC. O BTOC deve dispor de um sistema de registro da temperatura interna que possibilite a verificação dos valores fora destes limites. Esse sistema deve ser validado pelo BTOC.

A amostra sanguínea do doador deve ser transportada na mesma caixa utilizada para o transporte dos globos oculares ou da córnea, e encaminhada ao laboratório para realização dos exames.

Os formulários do BTOC, devidamente preenchidos pela equipe técnica de captação, devem acompanhar os tecidos doados.

5.7. Recepção do Tecido no Banco de Tecido Ocular

Deve ser realizada conferência da documentação e das condições de embalagem do tecido transportado.

Deverá ser realizado registro de entrada do tecido ocular no Registro de Entrada de Doadores, com identificação, única e exclusiva, que permita a rastreabilidade do doador.

Os tecidos oculares que chegam ao BTOC deverão ser preservados no menor tempo possível.

5.8. Avaliação do Globo Ocular

O exame macroscópico e o exame em lâmpada de fenda devem ser feitos sem a retirada do globo ocular de dentro da câmara úmida. Essa avaliação deve ser registrada em formulário padronizado pelo BTOC.

5.9. Preservação dos Tecidos Oculares

A preservação dos tecidos oculares deve ser realizada em cabine de segurança biológica classe II tipo A.

Cada córnea deve ser preservada, individualmente, em frasco de solução de preservação cujo volume não pode ser alterado, com registro na ANVISA/MS.

Deve haver uma etiqueta irretocável, aderida ao corpo de cada frasco em que estará contida a córnea preservada, com a identificação alfanumérica, emitida pela CNCDO, a data da preservação e a validade da preservação. Este frasco deve ser lacrado.

A córnea poderá ser liofilizada ou preservada em glicerina para uso em procedimento cirúrgico lamelar ou tectônico, devendo o método utilizado estar descrito na etiqueta.

Cada esclera deve ser preservada, individualmente, inteira ou já dividida, em frasco estéril contendo glicerina ou álcool etílico com concentração igual ou maior que 70% ou ser liofilizada.

A esclera somente deverá ser liberada após o oitavo dia de preservação.

Deve haver uma etiqueta irretocável, aderida ao corpo de cada frasco em que estará contida a esclera preservada, com a identificação do tecido, a data da preservação e o nome do meio utilizado.

5.10. Avaliação da Córnea

A córnea já preservada deve ser avaliada por exame em lâmpada de fenda com magnificação de no mínimo 40x, com a utilização do suporte de avaliação de córnea, sem a abertura do frasco.

Essa avaliação deve ser documentada em formulário padronizado pelo BTOC e uma cópia deve acompanhar a córnea quando da sua distribuição.

Após essa primeira avaliação, em lâmpada de fenda da córnea preservada, o BTOC deve estabelecer critérios e periodicidade de reavaliação desse tecido.

5.11. Armazenamento

A córnea, preservada e avaliada, deve ser mantida em refrigerador de 2 a 8ºC, exclusivo para armazenamento de tecidos não- liberados, até a conclusão dos resultados dos exames laboratoriais obrigatórios.

A córnea, com o resultado dos exames sorológicos não-reagentes, deverá ser armazenada em refrigerador de 2 a 8ºC, exclusivo para armazenamento de tecidos liberados.

A esclera poderá ser armazenada em refrigerador de 2 a 8ºC ou em temperatura ambiente em local exclusivo.

A córnea em solução de preservação, terá sua validade determinada de acordo com as instruções do fabricante desta solução.

A córnea ou a esclera preservadas em glicerina, bem como as liofilizadas, terão validade determinada pelo BTOC.

5.12. Disponibilização

Os tecidos oculares liberados deverão ser disponibilizados a CNCDO para distribuição de acordo com os pacientes em lista de espera.

As córneas ópticas somente serão fornecidas para pesquisa se não houver demanda assistencial pela córnea ou dentro das especificações já citadas para Bancos de Tecidos em geral, conforme descrito acima

As córneas tectônicas com prazo de validade vencidos somente serão fornecidas para ensino e treinamento com solicitação documentada da instituição que as utilizará, devendo uma cópia ser encaminhada para o Banco e para a CNDO, contendo os dados (nome da instituição, CGC, endereço e telefone), as características e a quantidade do tecido solicitado, a data prevista para utilização dos tecidos e a declaração do responsável reconhecendo que esses tecidos não serão utilizados com finalidade terapêutica em humanos.

5.13. Identificação, Acondicionamento e Transporte da Córnea e da Esclera Liberadas

A entrega do tecido ocular só pode ser feita para o profissional transplantador ou profissional por ele autorizado por escrito.

A responsabilidade pelo transporte dos tecidos do BTOC para o local da cirurgia e o seu adequado armazenamento, até o ato cirúrgico, é do cirurgião transplantador.

Os formulários com as informações sobre a doação, o doador e a avaliação dos tecidos oculares devem ser enviados juntamente com os tecidos.

5.13.1 Da Córnea

A córnea liberada deve ser transportada diretamente para o local da realização da cirurgia, em caixa isotérmica, capaz de manter a temperatura interior de 2 a 8ºC. Deve haver um sistema de registro da temperatura interna que possibilite a verificação dos valores fora desses limites. Esse sistema deve ser validado pelo BTOC.

O frasco contendo a córnea preservada deve estar devidamente identificado, conforme descrito no item 5.5, e ser protegido contra choque mecânico.

O gelo deverá ser colocado, separadamente, em embalagem plástica.

O frasco com a córnea não deve ficar em contato direto com o gelo.

5.13.2 Da Esclera

O frasco contendo a esclera deve estar devidamente identificado, conforme descrito no item 5.5, e ser protegido contra choque mecânico.

5.13.3 Do Uso do Código Alfanumérico

O código alfanumérico deverá ser separado por hífen, devendo os dois primeiros dígitos identificar a Unidade da Federação - UF, e os dois seguintes a região onde ocorreu a captação (macrorregião do Estado), que corresponderá às regiões de distribuição, se houver no Estado.

Caso não haja divisão em regiões dentro do território estadual, a região será única e receberá o código 01.

O próximo campo deverá ser composto de cinco dígitos, correspondendo à ordem sequencial de doações (o número se refere ao doador) naquele ano.

Os dois dígitos seguintes identificarão o ano em que ocorreu a captação. Ex: 2005 (05).

O campo final identificará qual a córnea, se direita D ou esquerda E, do doador em questão.

Exemplo: TO-02-00045-05-D TO = UF

02 = Região do Estado onde ocorrer a captação

00045 = numeração sequencial dos doadores de córnea, incluídos os doadores de órgãos que doarem córneas

05 = ano em que ocorreu a captação

D = córnea direita

No caso de não utilização da córnea ou da esclera no receptor para o qual o tecido foi destinado, o profissional transplantador deverá devolvê-lo imediatamente ao BTOC, obedecendo às exigências para transporte referidas no item 5.13, acompanhado da justificativa documentando por escrito a devolução.

A equipe transplantadora deverá enviar ao BTOC uma notificação de transplante realizado ou de efeito inesperado ou indesejável ocorrido na utilização do tecido, quando couber.

6. CONTROLE DE QUALIDADE

O BTOC deverá implantar um sistema de garantia da qualidade, devidamente estabelecido por meio de normas e rotinas escritas e assinadas pelo seu responsável técnico.

7. DESCARTE DE RESÍDUOS

Os resíduos de processamento e os tecidos com prazos de validade vencidos ou impróprios para uso por exames laboratoriais (reagentes/positivos) devem ser descartados de acordo com o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de acordo com as normas vigentes.

8. REGISTROS

São obrigatórios os registros de entrada, de liberação e de reingresso de tecidos oculares. Os registros podem ser feitos em livros exclusivos para esse fim ou em arquivos informatizados com cópias de segurança e garantia de inviolabilidade.

O Livro de Registro de Entrada do Tecido no BTOC deve conter:

1. identificação numérica ou alfanumérica do doador, fornecida pela CNCDO;

2. data e horário de entrada no BTOC;

3. nome do profissional que recebeu o tecido no BTOC.

O Livro de Registro de Liberação do Tecido deve conter:

1. identificação alfanumérica do doador fornecida pela CNCDO;

2. data e horário de liberação do tecido;

3. data e horário de saída do BTOC;

4. nome e número do registro do receptor na CNCDO;

5. nome do profissional que entregou o tecido.

O Livro de Registro de Reingresso do Tecido ao BTOC deve conter:

1. identificação alfanumérica do doador fornecida pela CNCDO;

2. data e horário do reingresso do tecido;

3. nome do receptor para o qual havia sido destinado;

4. número do registro do receptor na CNCDO;

5. equipe responsável pela devolução do tecido;

6. motivo da devolução do tecido.

Deve haver registro dos tecidos oculares fornecidos para pesquisa, ensino, treinamento ou validação de processos, quando couber.

Todos os registros de dados do doador, dos tecidos e do receptor devem ser arquivados no BTOC por um período de, no mínimo, 20 (vinte) anos.

Todos os registros do BTOC devem ser de caráter confidencial, respeitando o sigilo da identidade do doador e do receptor.

Anexo 5 do Anexo I

DOS BANCOS DE TECIDOS MUSCULOESQUELÉTICOS (BTME) (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Anexo 13)

DOS BANCOS DE TECIDOS MUSCULOESQUELÉTICOS - BTME

Além das exigências gerais para autorização contidas no Anexo XI a este Regulamento, o Banco deve cumprir as seguintes exigências específicas:

1. EQUIPES TÉCNICAS

Para executar suas atividades, o BTME deve contar com um responsável técnico, uma equipe técnica de captação dos tecidos e uma equipe técnica para atividades internas, ambas compostas por profissionais com capacitação comprovada para a execução de suas tarefas.

Deve ser formalizado um documento interno de constituição do BTME, no qual conste sua composição, sua finalidade e seu organograma, sendo explicitadas sua subordinação técnico-científica e sua subordinação administrativa.

1.1. Responsável Técnico:

1.1.1. Este profissional deve ser capacitado para coordenar as atividades a serem executadas pelo Banco (seleção, captação, processamento, distribuição e controles de qualidade de tecidos), sendo responsável por estabelecer e supervisionar a atuação do Banco, o treinamento de pessoal e por exercer a supervisão das equipes técnicas de atuação externa.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300311

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

1.1.2. A responsabilidade técnica envolve ainda a avaliação do procedimento terapêutico proposto no que diz respeito à melhor indicação e uso clínico do tecido solicitado, bem como da necessidade de atendimento imediato e de considerações sobre as dimensões e tipo de processamento do tecido solicitado.

1.2. Composição:

1.2.1.1 (um) médico ortopedista/traumatologista de comprovada atuação na área de transplantes ósseos, e que se mostre qualificado para a execução das atividades decorrentes desta função, conforme descrito acima;

1.2.2.1 (um) responsável técnico substituto que deve ser:

1.2.3.1 (um) médico com experiência na área de transplante ósseo, que possa assessorar ao responsável técnico no desenvolvimento das atividades inerentes ao Banco, bem como possa devidamente representá-lo ou substituí-lo, quando necessário.

1.3. Equipe Técnica de Retirada:

1.3.1. Esta equipe é responsável, 24(vinte e quatro) horas por dia e 7 (sete) dias por semana, pelas atividades relativas à etapa cirúrgica do processo, desde a captação até a entrega dos tecidos, segundo protocolos pré-estabelecidos pelo Banco.

1.3.2. Composição Mínima:

1.3.2.1.1 (um) médico com treinamento específico, teórico e prático, para a atividade de obtenção do consentimento para a doação, o processo de triagem clínica e sorológica do doador, a aceitação, o recebimento ou a coleta de material para exames laboratoriais, a retirada, a identificação, o acondicionamento, o transporte e a entrega dos tecidos e amostras no Banco Músculoesquelético.

1.3.2.2.1 (um) profissional da área de saúde, com treinamento específico, teórico e prático, para todo o processo de retirada, de coleta de material para exames laboratoriais, de acondicionamento, de transporte e de entrega dos tecidos no Banco Músculoesquelético.

1.3.3. A equipe de retirada de tecido ósseo pode não estar vinculada diretamente ao BTME, porém deve estar autorizada pelo CGSNT especificamente para a atividade de abordagem e triagem do doador, quando aplicável, e para a retirada de tecido. Esta equipe deve estar capacitada para o procedimento e atuar sob a responsabilidade do BTME receptor dos tecidos, efetuando o procedimento em conformidade com os POPs deste Banco e as normas vigentes. A aceitação ou recusa do material retirado e enviado para processamento é atribuição do responsável técnico do BTME, de acordo com os POPs do Banco e as normas vigentes.

1.4. Equipe Técnica de Atividades Internas:

1.4.1. Esta equipe é responsável pela execução das atividades desde o recebimento dos tecidos da equipe de retirada até sua disponibilização (para transplante, pesquisa ou descarte).

1.4.2. Composição Mínima:

1.4.2.1.1 (um) médico com treinamento formal, teórico e prático, em processamento, e indicações para uso clínico e dispensação do tecido, podendo este profissional vir a substituir o responsável técnico em suas atividades.

1.4.2.2.2 (dois) profissionais de nível superior da área de saúde ou biológica, com treinamento para execução das atividades concernentes ao processamento, armazenamento e outras rotinas relacionadas ao BTME.

1.4.2.3.1 (um) profissional de nível médio na área de saúde ou biológica com treinamento para execução das atividades concernentes ao processamento, armazenamento e outras rotinas relacionadas ao BTME.

1.4.2.4.1 (um) profissional para as tarefas administrativas.

2. INSTALAÇÕES FÍSICAS

2.1. As instalações do BTME devem ser de uso próprio e exclusivo para a finalidade de processamento, armazenamento e distribuição de tecidos humanos para transplante e pesquisa, com salas contíguas e construídas de forma a permitir a limpeza e a manutenção adequadas, bem como garantir o fluxo necessário para assegurar a qualidade dos tecidos em todas as fases do processo.

2.2. A área física para a atividade administrativa e operacional pode ser compartilhada para o processamento, o armazenamento e a distribuição de outros tecidos (Banco Multitecidos) desde que salvaguardadas as demandas específicas de cada tecido e a qualidade dos produtos finais.

2.3. O Banco pode utilizar-se da infraestrutura próxima ao local de sua instalação, tal como banheiros, vestiários e expurgo.

2.4. O Banco deve estar instalado ou subordinado administrativamente a Hospital ou o Hemocentro, podendo utilizar-se da infraestrutura geral deste como serviço de copa, lavanderia, rouparia, higienização e esterilização de materiais, almoxarifado, laboratórios para testes de triagem do doador e exames microbiológicos, exames radiológicos, farmácia, coleta de resíduos, gerador de energia e outros serviços de apoio.

2.5. As áreas devem possuir controle de temperatura ambiental que assegurem níveis de conforto humano e adequado ao funcionamento dos equipamentos.

2.6. A área física do BTME (compartilhada no caso de Banco Multitecidos) deverá contar, no mínimo, com:

2.6.1. Sala Administrativa

Deve ser a sala destinada aos trabalhos de secretaria e ao arquivamento de documentos.

2.6.2. Recepção de Tecidos:

Destina-se à recepção, registro e armazenamento temporário dos tecidos imediatamente após sua captação. Deve ser provida de congelador que atinja temperaturas iguais ou menores que 20º C negativos para a recepção dos materiais a serem congelados e de refrigerador de 4 +/- 2°C para a recepção de tecidos refrigerados. Os materiais podem permanecer nesta área de estocagem por no máximo 5 (cinco) dias, quando então devem ser devidamente identificados e transferidos para os ultracongeladores e os refrigeradores pertinentes localizados na área de armazenamento de tecidos, propriamente dita.

2.6.3. Vestiário de Barreira:

Deve possuir lavatório e servir de barreira às salas de processamento do Banco, assegurando o acesso dos profissionais, portando roupas de uso exclusivo nestas áreas.

2.6.4. Sala de Processamento de Tecidos:

Deve ser a sala destinada ao processamento dos tecidos, construída de acordo com os padrões de acabamento exigidos para áreas críticas, com sistema de condicionamento de ar de classificação mínima ISO 7 (classe 10.000). Deve conter, em seu interior, área para o manuseio propriamente dito dos tecidos, que garanta a qualidade de ar em classificação ISO 5 (classe 100), originada por cabine (capela) de segurança biológica classe II tipo A, cabine de fluxo unidirecional vertical, ou pela classificação ISO 5 da sala de processamento como um todo.

2.6.4.1. O acesso dos operadores à sala de processamento deve ocorrer por intermédio de antecâmara com classificação mínima de ar ISO7.

2.6.4.2. Materiais, insumos e tecidos devem ser introduzidos e retirados da sala de processamento por intermédio de caixa de passagem.

2.6.4.3. Deve existir lavabo cirúrgico localizado em área contígua à sala de processamento que permita higienização adequada das mãos dos operadores antes que estes se paramentem de maneira estéril para o manuseio dos tecidos.

2.6.5. Sala de Armazenamento dos Tecidos:

Deve ser a sala destinada ao armazenamento de tecidos não liberados (em processamento, ou pós-processamento, aguardando quarentena) e tecidos utilizáveis (já liberados para uso). Deve ser provida seguindo os itens abaixo, de acordo com a modalidade escolhida:

2.6.5.1. Câmara de ultracongelamento para armazenamento, exclusivo de tecidos em quarentena ou não liberados para uso, provida de alarme de temperatura para variações acima de 10 graus e com suporte para falha elétrica que mantenha os tecidos em temperaturas monitoradas inferiores ou iguais a 80° C negativos.

2.6.5.2. Refrigerador 4 +/-2° C para armazenamento exclusivo de tecidos refrigerados em quarentena ou não liberados para uso, com alarme ou conferência de temperatura a cada 12 horas para variações acima de 5ºC e com suporte para falha elétrica para os bancos que armazenam tecidos refrigerados;

2.6.5.3. Câmara de ultracongelamento para armazenamento exclusivo de tecidos liberados para uso, provida de alarme de temperatura para variações acima de 10 graus e com suporte para falha elétrica que mantenha os tecidos em temperaturas monitoradas inferiores ou iguais a -80º C;

2.6.5.4. Refrigerador 4 +/-2º C, para armazenamento exclusivo de tecidos refrigerados e liberados para uso com alarme ou conferência de temperatura a cada 12 horas para variações acima de 5º C e com suporte para falha elétrica para os Bancos que armazenam tecidos refrigerados.

A sala de armazenamento deve contar com controle de temperatura ambiental, que garanta níveis adequados para o bom funcionamento dos equipamentos, bem como a circulação dos profissionais.

3. Equipamentos e Materiais

3.1. Todos os equipamentos e aparelhos abaixo relacionados devem ser de uso exclusivo do Banco de Tecido Músculoesquelético (ou Multitecidos), localizados dentro de sua área física, exceto equipamentos de radioesterilização, que podem estar localizados em serviços autorizados pela Vigilância Sanitária.

3.2. O Banco deverá possuir sistema de suporte para garantir o funcionamento dos equipamentos elétricos essenciais para a manutenção da qualidade dos tecidos em processamento ou armazenados, conforme RDC 50 /2002.

3.3. A aquisição, a manutenção e a utilização de todos os equipamentos e aparelhos devem ser incluídos no Sistema de Garantia de Qualidade, submetidos a uma rotina regular de inspeção, manutenção preventiva e calibração, de acordo com POPs pré-estabelecidos. As planilhas de controle destas rotinas devem ficar permanentemente disponíveis para consulta.

3.4. São considerados equipamentos essenciais:

3.4.1.1 (um) refrigerador para recepção de tecidos refrigerados para os bancos que armazenam tecidos refrigerados.

3.4.2.1 (um) congelador que atinja temperaturas iguais ou menores que 20° C negativos para recepção dos materiais a serem congelados.

3.4.3 Câmara de fluxo laminar vertical que assegure classificação homologada e registrada de ar classe 100 (ISO 5).

3.4.4.1 (um) ultracongelador que atinja temperaturas inferiores ou iguais a 80º C negativos com sistema de alarme para variações de temperatura acima de 10° e suporte para falhas elétricas exclusivo para estocagem de tecidos em quarentena ou não liberados para uso.

3.4.5.1 (um) ultracongelador que atinja temperaturas inferiores ou iguais a 80º C negativos com sistema de alarme para variações de temperatura acima de 10° e suporte para falhas elétricas exclusivo para estocagem de tecidos liberados.

3.4.6.1 (um) refrigerador que atinja temperaturas de 4 +/- 2° C positivos com alarme ou conferência de temperatura a cada 12 horas para variações acima de 5°C para armazenamento de tecidos refrigerados em quarentena ou não liberados para uso, para os Bancos que armazenam tecidos refrigerados.

3.4.7.1 (um) refrigerador que atinja temperaturas de 4 +/- 2° C positivos, com alarme ou conferência de temperatura a cada 12 horas para variações acima de 5°C para armazenamento de tecidos refrigerados liberados para uso, para os Bancos que armazenam tecidos refrigerados.

3.4.8.1 (uma) seladora para as atividades internas.

3.4.9.1 (uma) seladora para as atividades externas.

3.4.10. Materiais específicos: embalagens homologadas capazes de suportar os processos a eles submetidos (ultracongelamento, esterilização, etc.), que garantam a qualidade física e a esterilidade dos materiais e que sejam registradas ou autorizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

3.4.11. Instrumental cirúrgico específico para ablação e processamento dos tecidos musculoesquelético.

3.4.12. Material para reconstrução física do doador após a captação.

3.4.13. Refrigerador para preservação de insumos.

3.4.14. Recipientes térmicos para transporte.

4. OPERACIONALIZAÇÃO

4.1. Manual de Procedimentos: o Banco deve possuir Manual de Procedimentos atualizado anualmente pelo responsável técnico, que descreva de forma detalhada a rotina de procedimentos utilizados. Deverão estar descritos os seguintes procedimentos:

4.2. Triagem Clínica do Doador:

4.2.1. História Social e Clínica do Doador.

Para levantamento de informações que possam indicar a exclusão da doação, deve-se investigar a história social e clínica do doador em prontuário médico, atestado de óbito, por intermédio da equipe médica responsável, de entrevistas com familiares ou pessoas relacionadas ao doador, além de outras fontes disponíveis.

4.2.2. A entrevista com familiares ou pessoas relacionadas ao potencial doador com o objetivo de obter o consentimento para a doação, investigar a presença de antecedentes médicos e sociais que estabeleçam risco de transmissão de doenças infecto-contagiosas ou doenças malignas por intermédio dos tecidos do doador e obtenção de material para exames sorológicos, pode ser realizada pela equipe de captação, pela Comissão Intra-hospitalar de Transplantes ou por equipe própria do Banco, autorizada pela CNCDO e capacitada para a função. O conteúdo da entrevista, perguntas e respostas, deve ser estabelecido em protocolo operacional padrão (POP) e documentado em registro anexo aos dados do doador.

4.2.2.1. Contaminação por substância tóxica nos últimos 12 (doze) meses.

4.2.2.2. Uso de drogas injetáveis ilícitas ou sem indicação terapêutica nos últimos 12 (doze) meses.

4.2.2.3. Os seguintes comportamentos ou situações, tendo ocorrido nos 12 (doze) meses procedentes à doação.

4.2.2.3.1. Homens e/ou mulheres que tenham tido relações sexuais em troca de dinheiro ou de drogas, e os parceiros sexuais destas pessoas.

4.2.2.3.2. Homens e/ou mulheres que tenham tido múltiplos parceiros sexuais.

4.2.2.3.3. Homens que tiveram relações sexuais com outros homens e/ou com as parceiras sexuais destes.

4.2.2.3.4. Pessoas que tenham tido relações sexuais com alguém com testes positivos para HIV, hepatite B, hepatite C ou outra infecção transmissível pelo sangue.

4.2.2.3.5. Pessoas que estiveram detidas, por mais de 24 horas, em uma instituição carcerária ou policial.

4.2.2.3.6. pessoas que se submeteram a acupuntura, tatuagens, maquilagem definitiva e adereços corporais, se realizados ou retocados em intervalo inferior a 12 (doze) meses da doação, sem condições de avaliação quanto à esterilidade das agulhas empregadas.

4.2.2.4. Pessoas que se submeteram à diálise e parceiros sexuais de dialisados.

4.2.3. A presença das patologias abaixo, tenham sido diagnosticadas ou suspeitadas antes da doação, se relatados no prontuário ou pela família, ou durante exame físico ou necrópsia:

4.2.3.1. Neoplasias malignas com potencial de metástase.

4.2.3.2. SIDA.

4.2.3.3 Tuberculose ativa.

4.2.3.4 Enfermidades neurológicas degenerativas e debilitantes.

4.2.3.5. Doenças sexualmente transmissíveis.

4.2.3.6. Grandes queimaduras.

4.2.3.7. Malária: doença ou residência em área endêmica nos últimos 36 meses quando não houver possibilidade de comprovação laboratorial da ausência de doença.

4.2.3.8. Enfermidades neurológicas degenerativas e debilitantes, diagnosticada ou não como enfermidade de Creutzfeldt Jakob.

4.2.3.9 Doenças de etiologia desconhecida.

4.2.3.10. Icterícia de causa não obstrutiva no doador ou seus contactantes.

Infecção bacteriana sistêmica ou fúngica diagnosticadas no curso da internação hospitalar.

4.2.3.12. Uso de imunossupressores.

4.2.4. Presença de patologias ou terapêuticas de risco que devem ser gerenciadas e justificadas em prontuário quanto a exclusão ou não do doador:

4.2.4.1. Tratamento com hormônio de crescimento derivado de pituitária humana.

4.2.4.2 Transplante de órgãos e tecidos em prazo inferior a 12 (doze) meses, exceto transplante de duramáter ou córnea, que excluem, em definitivo, a doação.

4.2.4.3. Tratamento com radioterapia ou quimioterapia, exceto para tratamento de patologias benignas (ex: quelóide e acne).

4.2.4.4. Cirurgias por causa não definida.

4.2.4.5. Desconhecimento do resultado de cirurgia/biópsia prévia devido a lesão cutânea.

4.2.4.6. Morte de causa desconhecida, sem realização de necrópsia.

4.2.4.7. Pessoas com história de transfusão de hemocomponentes ou hemoderivados em prazo inferior a 12 (doze) meses da doação e seus parceiros sexuais nos últimos 12 (doze) meses, exceto quando a origem do sangue e/ou hemoderivados for controlada.

4.2.4.8. História de convívio sexual com individuo que teve exposição a/ou acidentes, nos últimos 12 (doze) meses, com sangue suspeito ou confirmado sorologicamente para HIV, hepatite C ou hepatite B.

4.2.4.9. Circunstâncias de risco relativo à qualidade anatômica dos tecidos.

4.2.5. Fica a critério do responsável técnico do Banco, com base em protocolos pré-estabelecidos, a decisão de aceitar ou recusar um doador quando houver referência às seguintes doenças ou circunstâncias:

4.2.5.1. Doenças autoimunes.

4.2.5.2. Uso crônico de corticoesteróides.

4.2.5.3. Abrasões, traumatismos ou infecções cutâneas localizadas nas áreas de doação.

4.2.5.4. Caquexia ou desnutrição do doador.

4.2.5.5. Outras condições que possam interferir na função do enxerto.

4.2.6. Imunizações:

Deve ser avaliada a inaptidão para a doação, considerando o íntervalo mínimo para segurança conforme o tipo de vacina e o tempo decorrido entre a vacinação e a data da doação:

4.2.6.1. Intervalo mínimo de 48 horas: brucelose; cólera, coqueluche; difteria, febre tifóide (injetável), haemophilus influenzae, hepatite A, hepatite B recombinante, leptospirose, meningite, peste, penumococo, pólio (Salk), tétano

4.2.6.2. Intervalo mínimo de 3 semanas: BCG, caxumba (Parotidite), febre amarela, febre tifóide oral, pólio oral (Sabin), sarampo.

4.2.6.3. Intervalo mínimo de 4 semanas: rubéola; varicela; varíola; influenza, anti-rábica profilática, soro anti-tétano.

4.2.6.4. Intervalo mínimo de um ano: anti-rábica após exposição animal, hepatite B (derivada de plasma), imunoterapia passiva, vacinas em fase experimental.

4.2.7. Idade Limite do Doador:

4.2.8. Para tecido ósseo:

4.2.8.1. Menor de 10 anos.

4.2.8.2. Maior de 70 anos.

4.2.9. Para tecido tendinoso:

4.2.9.1. Menor de 18 anos.

4.2.9.2. Maior de 55 anos.

4.2.10. Para tecido ósteo-condral:

4.2.10.1. Menor de 15 anos.

4.2.10.2. Maior de 45 anos.

4.2.11 Exame Físico do Doador:

A presença de um ou mais itens abaixo deve merecer investigação complementar apurada e, na ausência de dados objetivos, são excludentes para a doação:

4.2.11.1. Lesões de pele com características que sugiram doenças sexualmente transmissíveis ou malignas.

4.2.11.2. Tatuagens, sinais de uso de adereços corporais, maquilagem definitiva.

4.2.11.3. Cicatrizes anteriores ao evento e da captação de órgãos.

4.2.11.4. Lesões sugestivas de doenças sexualmente transmissíveis na genitália ou região perianal.

4.2.11.5. Lesões puntiformes causadas por agulhas ou/e sugestivas de uso de drogas ilícitas.

4.2.11.6. Icterícia.

4.2.11.7. Hepatomegalia.

4.2.11.8. Linfadenopatia difusa.

4.2.11.9. Lesões cutâneas violáceas sugestivas de sarcoma de Kaposi.

4.3 Triagem Sorológica do Doador:

4.3.1 É obrigatória a realização de exames laboratoriais em todas as doações, para identificação das seguintes doenças transmissíveis pelo sangue, seguindo os algoritmos para triagem de doadores de sangue:

4.3.2 Devem ser colhidos 20ml de sangue do provável doador para a realização dos seguintes exames:

4.3.2.1. Hepatite B (HBsAg e anti-HBc total).

4.3.2.2. Hepatite C (anti-HCV).

4.3.2.3. HIV-1 e HIV-2 (anti-HIV 1 e 2).

4.3.2.4. Doença de Chagas (anti-T. cruzi).

4.3.2.5. Sífilis (um teste treponêmico ou não treponêmico).

4.3.2.6. HTLV I e HTLV II (anti-HTLV I e II).

4.3.2.7. Toxoplasmose (anti-Toxoplasma IgG e IgM).

4.3.2.8. Citomegalovírus (Anti-CMV IgG e IgM).

4.3.2.9. Os exames sorológicos devem ser repetidos após 180 (cento e oitenta) dias em doadores vivos. A não realização destes exames implica a exclusão do tecido para transplante.

4.3.3 Os exames devem ser feitos em amostra de sangue colhida entre 72 (setenta e duas) horas antes da parada da circulação sanguínea e até 12 horas após a parada da circulação, se mantido a temperatura ambiente, ou até 24 (vinte e quatro) horas após a parada da circulação sanguínea se o cadáver for refrigerado à 4ºC ± 2°C.

4.3.4 Quando o doador tiver sido transfundido com colóides sintéticos ou derivados de sangue dentro das 48 (quarenta e oito) horas precedentes à coleta da amostra, e transfundido com de cristalóides na hora imediatamente antes da coleta da amostra, deve ser utilizado o algoritmo para estabelecer que não houve diluição do plasma suficiente para alterar os resultados das provas, contido no formulário III - Anexo III deste Regulamento.

4.3.5 Os exames devem ser realizados empregando-se conjuntos diagnósticos (kits) registrados na ANVISA e validados para testes em doadores em morte encefálica (circulação sanguínea mantida) ou cadavéricos (em parada cardíaca).

4.3.6 Os exames sorológicos para CMV e toxoplasmose, quando positivos, contraindicam o uso de tais tecidos em pacientes com imunossupressão documentada.

4.3.7 Os tecidos não podem ser liberados para uso antes da obtenção de resultados finais dos testes acima.

4.3.8 Resultado positivo para qualquer um dos testes acima excluem a doação.

4.3.9 No doador cadáver, quando os testes das provas de pesquisa para HIV e HCV tiverem resultados negativos, deve-se realizar teste complementar do tipo molecular (ex: NAT, PCR, etc) para a detecção de RNA do HIV e do HCV.

4.3.10 Uma alíquota da amostra de soro ou plasma do doador, utilizada para a realização dos testes de triagem deve ser armazenada, pelo laboratório ou pelo Banco de tecidos, em congelador em temperatura igual ou inferior a 20ºC negativos, por no mínimo 20 (vinte) anos após a liberação do último item do(s) lote(s) de tecido(s).

4.4 Retirada dos Tecidos:

4.4.1 A retirada do tecido músculoesquelético e da amostra sanguínea deverá ser feita o mais rapidamente possível após a parada cardiorrespiratória, ou até em 12 (doze) horas após a parada cardiorrespiratória, ou até 24 (vinte e quatro) horas se o corpo do doador tiver sido mantido sob refrigeração de 2 a 8º C desde as primeiras 6 (seis) horas.

4.4.2 Para a retirada do tecido músculoesquelético doado, os limites mínimo e máximo de idade do doador deverão ser definidos pelo responsável técnico pelo Banco, desde que não ultrapassem para menos e para mais as definidas nas normas vigentes do regulamento técnico do SNT.

4.4.3. Devem ser registrados, em formulário padronizado pelo BTME, dados sobre:

4.4.3.1. O histórico social e clínico e o exame físico do doador.

4.4.3.2. O exame macroscópico dos tecidos.

4.4.3.3 Resultado dos exames laboratoriais obrigatórios, quando já realizados.

4.4.3.4. O intervalo de tempo entre a parada cardiorrespiratória e a retirada do tecido.

4.4.4. A retirada deve ser realizada pela própria equipe de retirada do Banco ou por outra equipe, com treinamento comprovado, autorizada pelo SNT e cadastrada na CNCDO. A equipe deve atuar sob a coordenação do responsável técnico do Banco e a aceitação destes tecidos para processamento é de responsabilidade do Banco.

4.4.5. A retirada deve ser realizada em ambiente que permita a técnica de assepsia e anti-sepsia pertinente a um ato operatório para ablação dos tecidos musculoesqueléticos, utilizando instrumentais cirúrgicos estéreis.

4.4.6. Os tecidos músculoesqueléticos podem ser submetidos à lavagem com solução antibiótica após colhidas as amostras para exames microbiológicos para patógenos aeróbicos, anaeróbicos e fungos (esfregaços ou lavados).

4.5. Embalagem Pós-Retirada:

4.5.1. Os tecidos devem ser acondicionados imediatamente em embalagem plástica tripla, impermeável, que não ofereça risco de citotoxicidade ou liberação de pirogênicos para o produto, hermeticamente seladas uma a uma, que suportem ultracongelamento e esterilização e que sejam registrados ou autorizados pela ANVISA.

4.5.2. Os tecidos a serem refrigerados devem ser acondicionados imediatamente em recipientes duplos contendo solução salina fisiológica ou nutriente e de antibióticos.

4.5.3. Cada unidade embalada deve estar identificada com etiqueta irretocável contendo o número de identificação conferido ao doador, único, e emitido pelo BTME, e a identificação do tecido, data de retirada e data de validade.

4.6. Reconstrução do Corpo do Doador:

4.6.1. É obrigatória a reconstrução do corpo do doador. Neste trabalho, devem ser utilizados materiais sintéticos ou biológicos que se aproximem da anatomia prévia à doação.

4.6.2. As vias de acesso deverão ser fechadas meticulosamente.

4.7. Transporte dos tecidos até o Banco de Tecidos Músculoesqueléticos:

4.7.1. O transporte dos tecidos deve ser realizado de acordo com critérios definidos em POP pelo Banco.

4.7.2. Os tecidos devem ser transportados em recipientes térmicos identificados como pertencentes ao Banco e exclusivos para esta finalidade. Devem conter gelo, gelo seco ou nitrogênio líquido, de forma a garantir a manutenção de temperaturas inferiores ou iguais a 4° C positivos.

4.7.3. O tempo máximo entre a coleta do material e o início de seu processamento não deve ultrapassar 5 (cinco) dias.

4.8. Exames:

4.8.1. Bacteriológico e Fúngico:

4.8.1.1. Os controles microbiológicos devem ser realizados, no mínimo, em amostras (fragmentos, esfregaços ou lavados) coletadas no momento da retirada dos tecidos, e o material deve ser submetido à cultura de germes aeróbicos, anaeróbicos e fungos antes da exposição a agentes antimicrobianos.

4.8.2. Radiológicos:

4.8.2.1. Os segmentos osteoarticulares e ossos longos, mantidos como tal para futuro transplante, devem ser submetidos a exames radiológicos para mensuração e diagnóstico de anomalias estruturais.

4.8.2.2. Os exames radiológicos devem ser arquivados fisicamente ou digitalizados e mantidos por no mínimo 20 (vinte) anos.

4.9. Recepção do Tecido Músculoesqueléticos no Banco:

4.9.1. Deve ser realizada a conferência das documentações e das condições de embalagem dos tecidos transportados.

4.9.2. Deve ser realizado o registro de entrada do tecido músculoesqueléticos, no registro de entrada de doadores, com identificação única e exclusiva,criando um prontuário sequencial que permita a rastreabilidade do doador.

4.9.3. Os tecidos devem ser armazenados na área de recebimento nos ultracongeladores e refrigeradores pertinentes, por período máximo de 5 (cinco) dias.

4.10. Processamento:

4.10.1. Os métodos utilizados pelo Banco para o processamento dos tecidos músculoesqueléticos e seus derivados devem estar baseados em experiência nacional ou internacional documentada em literatura e descritos em POP.

4.10.2. Novos métodos de processamento devem ter sua eficácia devidamente comprovada in vitro e in vivo no sentido de conferir aos materiais as características desejadas para a sua utilização.

4.10.3. Todas as etapas de processamento que envolvam a manipulação dos tecidos e seus derivados propriamente ditos devem ocorrer dentro da área física privativa do BTME(ou Multitecidos), exceto a esterilização terminal por radiação ionizante já em sua embalagem final de distribuição, que poderá ser realizada em instalações independentes, autorizadas pela ANVISA.

4.10.4. Não é permitido o processamento simultâneo de tecidos de mais de um doador na mesma sala de processamento.

4.10.5. Não é permitido o processamento simultâneo de diferentes tipos de tecido de um mesmo doador em um mesmo ambiente de processamento.

4.10.6. As unidades de tecido produzidas devem ser identificadas de forma a garantir sua rastreabilidade.

4.10.7. O processamento deve ser realizado em ambiente controlado e classificado como ISO 5 (classe 100), originada por cabine (capela) de segurança biológica classe II tipo A, cabine de fluxo unidirecional vertical, ou pela classificação ISO 5 da sala de processamento como um todo.

4.10.8. Durante todo o processamento, os tecidos devem estar expostos, exclusivamente, a ambiente ISO classe 5 e manipulados com técnica estéril.

4.10.9. A paramentação estéril do operador pode ser realizada na sala de processamento ou em sua antecâmara.

4.10.10. Todas as etapas e lotes de insumos utilizados no processamento devem ser registrados em formulários identificados e anexados à documentação do doador.

4.10.11. Todos os materiais e insumos utilizados e que mantêm contato com os tecidos devem ser estéreis, apirogênicos, atóxicos, devendo ser registrados a respectiva origem e o número de lote.

4.10.12.O processo de liofilização (quando aplicado) deve ser realizado em ambiente minimamente classificado como ISO7 segundo a ABTN.

4.10.13.Os tecidos músculoesqueléticos podem ser processados de diversas formas como moído, cubos bicorticais, cubos tricorticais, réguas, segmentos e outros.

4.11. Esterilização Complementar:

4.11.1. O processo de esterilização complementar deve ser documentado e ter sua eficiência comprovada por indicadores e testes microbiológicos pós-esterilização.

4.11.2. Os tecidos provenientes de doadores com sorologia positiva, conforme descrita acima, com espécies radiorresistentes e contaminações exageradas com agentes patogênicos, devem ser desprezados.

4.11.3. A dose de radioesterilização, quando realizada, deve ser certificada pelo centro irradiador, para a proposta de esterilização SAL 10-6 (norma ISO 11.137 - 2006). Durante a irradiação, os tecidos devem manter a temperatura de armazenagem.

4.11.4. O transporte para a realização da radioesterilização é de responsabilidade do Banco e deve seguir as mesmas exigências de acondicionamento descritas.

4.12. Embalagem Pós-Processamento:

4.12.1. Os tecidos músculoesqueléticos de um único doador devem ser embalados isoladamente.

4.12.2. O empacotamento deve ser realizado dentro do espaço privativo do Banco, em ambiente controlado e classificado como classe 100 (ISO 5), dentro de rigorosas técnicas de assepsia.

4.12.3. Todas as etapas e insumos utilizados nos processos realizados devem ser registrados, gerando lotes e itens. Estes dados devem ser anexados à documentação do doador.

4.12.4. As peças devem ser acondicionadas em embalagens plásticas e/ou de vidro, triplas, estéreis, seladas uma a uma, que suportem ultracongelamento e esterilização quando indicado pelo produto. Essas embalagens devem assegurar a integridade e manter a esterilidade de seu conteúdo até o uso do material dentro de seu prazo de validade e ser registradas ou autorizadas pela ANVISA.

4.12.5. Entre a embalagem mais externa e a intermediária deve ser colocada a etiqueta com códigos de barra, contendo as seguintes informações:

4.12.5.1. Nome e endereço do Banco de Tecidos Musculoesqueléticos.

4.12.5.2. Código do Doador, sem a identificação nominal.

4.12.5.3. Lote de produto pertencente e item.

4.12.5.4. Prazo de validade.

4.12.5.5. Característica de processamento:

4.12.5.6. Fresco.

4.12.5.7. Congelado.

4.12.5.8. Criopreservado.

4.12.5.9. Liofilizado.

4.12.5.10. Glicerol - mínimo 85%.

4.12.5.11. Exposição a produtos químicos residuais em potencial.

4.12.5.12. Antibióticos (especificar).

4.12.5.13. Óxido de etileno.

4.12.5.14. Dimetil dulfoxido.

4.12.5.15. Outros.

4.13. Método de esterilização complementar (quando aplicável):

4.13.1. Radiação gama

4.13.2. Óxido de etileno.

4.13.3. Outros documentados e validados.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300313

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

4.14. Tipos de tecidos:
4.14.1. Osso.
4.14.2. Cartilagem.
4.14.3. Tendões.
4.14.4. Fáscias.
4.15. Formatos para tecido ósseo:
4.15.1. Moído.
4.15.2. Cubos bicorticais.
4.15.3. Cubos tricorticais.
4.15.4. Réguas.
4.15.5. Segmento.
4.15.6. Outros.
4.16. Medidas do tecido (quando aplicável).
4.17. Condições recomendadas para estocagem até o uso:
4.17.1. Refrigeração.
4.17.2. Congelador.
4.17.3. Ar ambiente.
4.18. Distribuição.
4.19. A distribuição do material deverá ser acompanhada de instruções técnicas, com informações sobre a adequada utilização dos tecidos músculoesqueléticos, que deve descrever:
4.19.1. Informações sobre como o tecido deve ser armazenado e/ou manipulado antes de seu transplante.
4.19.2. Instruções especiais sobre sua utilização:
4.19.3. A responsabilidade do médico transplantador de notificar ao receptor do transplante a ser realizado.
4.19.4. A responsabilidade do médico transplantador de enviar os dados completos do receptor para o Banco emissor em até 48 horas.
4.19.5. Indicações e contraindicações de uso, inclusive os possíveis riscos biológicos presentes no material (contaminantes, contato com alergenos, etc.).
4.19.6. Instruções para descarte como lixo biológico de qualquer material não utilizado para o transplante. O tecido será emitido para uso único em apenas um receptor.
4.20. Armazenamento:
4.20.1. A forma de armazenamento deve ser definida em POP baseadas em experiência nacional ou internacional descrita na literatura.
4.20.2. Os tecidos congelados, com ou sem criopreservantes, em quarentena, ou processados e não liberados para uso, devem ser armazenados em ultracongeladores identificados como de "TECIDOS DE USO NÃO LIBERADO", e que atinjam temperaturas inferiores ou iguais a 80º C negativos, com sistema de alarme para variações de temperatura acima de 10° e suporte para falhas elétricas.
4.20.2.1. Os tecidos congelados com ou sem criopreservantes liberados para uso devem ser armazenados em ultracongeladores identificados como "TECIDOS LIBERADOS" que atinjam temperaturas inferiores ou iguais a 80º C negativos, com sistema de alarme para variações de temperatura acima de 10° e suporte para falhas elétricas , exclusivos para esta finalidade.
4.20.2.2. Os tecidos refrigerados em quarentena ou processados, mas não liberados para uso, devem ser estocados em 1 (um) refrigerador identificado como "TECIDOS DE USO NÃO LIBERADO" que atinja temperaturas de 4 +/- 2º C positivos com alarme ou conferência de temperatura a cada 12 horas de temperatura para variações acima de 5°C, com suporte para falhas elétricas.
4.20.3. Os tecidos refrigerados liberados para uso devem ser estocados em 1 (um) refrigerador identificado como "TECIDOS LIBERADOS" que atinja temperaturas de 4 +/- 2º C positivos com alarme ou conferência de temperatura a cada 12 horas de temperatura para variações acima de 5°C com suporte para falhas elétricas .
4.20.4. Deve existir registro lógico da localização dos tecidos dentro dos ultracongeladores e dos refrigeradores.
4.20.5. A temperatura dos ultracongeladores e refrigeradores deve ser registrada no mínimo duas vezes ao dia, com intervalo máximo de doze horas entre os registros.
4.21. Armazenamento conforme o tipo de processamento
4.21.1. Tecidos congelados ou criopreservados à temperatura máxima de 70ºC negativos podem ser armazenados por um período máximo de 5 (cinco anos)
4.21.2. Tecidos liofilizados, embalados a vácuo, mantidos em temperatura ambiente ou refrigerados, podem ser armazenados por um período máximo de 5 (cinco) anos. Caso a existência do vácuo não possa ser assegurada, este período deve ser reduzido para 2 (dois) anos.
4.22. Estocagem de Tecidos Processados e Liberados:
4.22.1. Os tendões e fáscias devem ser ultracongelados à 80°C negativos por período de no máximo 2 anos.
4.22.2. Os meniscos podem ser estocados à 80°C negativos com viabilidade de no máximo 2 anos, liofilizado com prazo de validade de 5 anos ou à 4°C(+/- 2°) com meio de cultivo por período de 5 dias.
4.22.3. Os tecidos ósteo-condrais processados e refrigerados devem ser estocados em refrigeradores à 4º C +/- 2° Celsius em prazo máximo de trinta dias (em meio que permita manter certa viabilidade de condrócitos).
4.22.4. Os tecidos ósseos devem ser armazenados à temperatura igual ou inferior à 80°C negativos por período máximo de 5 anos. Caso a temperatura de armazenamento seja entre 20 ° e 40° C negativos, o tempo de armazenamento deve ser de no máximo 6 meses. Quedas de temperaturas transitórias por período inferior a 12 horas não inviabilizam os tecidos ósseos.
4.22.5. Os tecidos ósseos liofilizados podem ser armazenados em frascos de vidro hermeticamente fechados a temperatura ambiente por período de 5 anos.
5. DISPONIBILIZAÇÃO DOS TECIDOS MÚSCULOESQUELÉTICOS:
5.1.1. Deve existir no programa de controle de qualidade um passo que assegure e comprove nos registros a ausência de patógenos nos tecidos processados e embalados previamente à sua liberação.
5.1.2. Os tecidos músculoesqueléticos e seus derivados serão distribuídos para transplante somente com solicitação documentada do profissional transplantador autorizado pela Coordenação do SNT, que contenha informações sobre o receptor (nome completo, sexo, nome da mãe, endereço, data do nascimento, CPF) e informações sobre o profissional transplantador (nome completo, especialidade, endereço e telefone de contato), características e quantidade de tecido, indicação terapêutica e procedimento a ser realizado, local onde será realizado o procedimento e data prevista.
5.1.3. Os tecidos músculoesqueléticos e seus derivados serão distribuídos para pesquisa somente se não houver demanda assistencial.
5.1.4. Havendo solicitação documentada do pesquisador, que contenha seus dados (nome completo, RG, endereço e telefone, vínculo acadêmico ou profissional), local onde será realizado o projeto, características e quantidade dos tecidos solicitados, nome dos pacientes em que os tecidos serão utilizados, quando se aplique, data prevista para a utilização dos tecidos, cópia do parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição e declaração do Pesquisador Responsável reconhecendo a impossibilidade do uso destes fora do contexto explicitado no projeto de pesquisa aprovado pelo CEP.

5.2. O transporte até o local de utilização deve ser realizado de maneira a assegurar sua integridade e qualidade.
5.2.1. O transporte dos tecidos processados é de responsabilidade do Banco.
5.2.2. Os tecidos, depois de acondicionados, devem ser considerados viáveis se transportados em recipientes térmicos que assegurem as temperaturas desejadas durante o período de transporte.
5.2.3. Os tecidos disponibilizados não utilizados não podem ser reestocados, devendo ser desprezados.
5.2.4. É de responsabilidade da equipe transplantadora a notificação compulsória ao Banco até 15 (quinze) dias após o transplante, de todas as informações relativas ao receptor.
5.2.5. É de responsabilidade do Banco, anexar estes dados ao registro e prontuário do doador e comunicá-los à CNCDO e VISA local em relatórios mensais.
6. ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE DOS TECIDOS DO BTME ATÉ O TRANSPLANTADOR OU PESQUISADOR QUE UTILIZARÁ OS TECIDOS:
6.1. O Banco é responsável em acondicionar os tecidos em recipientes térmicos que assegurem o trânsito dos materiais em temperaturas adequadas por um período de 24(vinte e quatro) horas além do tempo estimado para a chegada do material até o local de destino.
6.2. O transporte até o local de utilização e armazenamento adequado até o seu uso deve ser realizado de maneira a assegurar sua integridade e qualidade, sendo de responsabilidade do profissional transplantador ou pesquisador.
7. CONTROLE DE QUALIDADE:
7.1. Banco deve desenvolver um programa de controle de qualidade dos tecidos músculoesqueléticos que inclua entre outros, um manual de qualidade, critérios de aceitação ou exclusão de doadores de tecido específicos, registros completos desde a entrevista até a distribuição dos tecidos, manuais de procedimentos, propostas de monitoração ambiental, das temperaturas de ultra-congeladores e refrigeradores, da manutenção de equipamentos, dos insumos utilizados, efeitos adversos, sistemas de recolhimento e descarte de materiais impróprios para uso.
7.1.1. Todo tecido músculoesquelético transplantado deve ter registro lógico que possibilite seu rastreamento a qualquer momento.
7.1.2. Deve existir sistema de notificação a CNCDO/SNT para a ocorrência de efeitos adversos após o transplante.
8. DESCARTE DE RESÍDUOS:
8.1. Os resíduos de processamento e os tecidos com prazo de validade vencido ou impróprios para uso por exames laboratoriais devem ser descartados de acordo com a legislação vigente para descarte de resíduos de serviços de saúde.
8.2. O Banco de Tecido Músculoesquelético deve ter um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de acordo com a legislação vigente.
8.3. Os tecidos músculoesqueléticos invalidados por exames laboratoriais e radiológicos com prazo de validade vencido devem ser desprezados de acordo com as normas vigentes referentes ao lixo hospitalar.
9. REGISTROS:
9.1. Prontuário do Doador:
O Banco deve manter disponíveis na forma de Prontuário do Doador todos os registros de dados de identificação e técnicos do doador, dos tecidos e do receptor por um período mínimo de 20 (vinte) anos, garantindo assim sua rastreabilidade, com arquivos dos registros relativos a:
9.1.1. Dados do (a) doador(a).
9.1.2. Ficha de consentimento livre e esclarecido assinado pelo (a) doador (a) ou seu responsável legal.
9.1.3. Dados da retirada dos tecidos e transporte dos tecidos ao Banco.
9.1.4. Registros do processamento, incluindo a identificação numérica ou alfa-numérica dos lotes e itens gerados.
9.1.5. Resultados de testes laboratoriais referentes ao doador e à microbiologia dos tecidos.
9.2. Motivo e data de descarte de tecidos pré-distribuição, quando houver:
9.3. Dados da distribuição para transplante clínico ou pesquisa, incluindo:
9.3.1. Data(s) da distribuição.
9.3.2. Nome completo do receptor e identificação dos lote(s)/item(s) a ele enviados.
9.3.3. Nome completo do médico transplantador responsável.
9.3.4. Local e data do transplante.
9.3.5. Indicação médica para utilização e procedimento realizado.
9.3.6. Nome completo do pesquisador (quando aplicável).
9.3.7. Local e data da utilização em pesquisa (quando aplicável)
9.3.8. Cópia do Projeto e de sua aprovação em Comitê de Ética e Pesquisa (quando aplicável).
9.3.9. Data e motivo do descarte do lote/itens de tecidos, quando couber.
9.3.10. Os dados podem ser mantidos por meio de meio eletrônico e armazenados com cópias de segurança, em sistemas com proteção contra fraudes ou alterações de dados e garantia de inviolabilidade, conforme resolução do ICP-Brasil.
9.4. Livro de registro de entrada de tecidos:
9.4.1. Deve haver livro de Registro de Entrada de Doadores, contendo no mínimo:
9.4.2. Identificação do doador (nome completo, sexo, idade e RG).
9.4.3. Identificação numérica ou alfanumérica do doador, conferida pelo Banco e pela CNCDO
9.4.4. Data da retirada.
9.4.5. Instituição local onde foi feita a retirada.
9.5. Livro de registro de saída de tecidos para transplantes clínicos:
9.5.1. Deve haver livro de registro de saída para transplantes clínicos contendo:
9.5.1.1. Data da distribuição.
9.5.1.2. Identificação numérica ou alfanumérica da unidade de tecido distribuído;
9.5.1.3. Identificação do receptor (nome completo, sexo, idade e RG).
9.5.1.4. Nome do profissional transplantador.
9.5.1.5. Instituição onde será realizado o transplante.
9.5.1.6. Indicação terapêutica e procedimento a ser realizado.
9.5.1.7. Data prevista para utilização do tecido.
9.5.1.8. Descarte do tecido e justificativa.
9.6. Livro de registro de saída de tecidos para pesquisa ou ensino:
9.6.1. Deve haver livro de registro de distribuição para pesquisa e ensino, contendo:
9.6.1.1. Data da distribuição.
9.6.1.2. Identificação numérica ou alfanumérica da(s) unidades de tecido distribuído.
9.6.1.3. Nome do pesquisador responsável.
9.6.1.4. Instituição onde será realizada a pesquisa ou projeto de ensino.
9.6.1.5. Nome do Projeto.
9.6.1.6. Data prevista para utilização do tecido.
9.6.1.7. Descarte do tecido e justificativa.
9.6.2. A comunicação do descarte dos tecidos distribuídos para transplante clínico ou para pesquisa deve ser registrada nos respectivos prontuários do doador, juntamente com a sua justificativa.
9.6.3. A comunicação de efeitos colaterais indesejáveis com o uso dos transplantes deve ser registrada no prontuário do doador, juntamente com as medidas tomadas e notificadas às autoridades competentes.
9.6.4. O Banco deve manter registros dos processos de controle e garantia de qualidade dos procedimentos, equipamentos, reagentes e correlatos e controle de qualidade dos ambientes; e deve apresentar registros da validação dos recipientes térmicos usados no transporte.
9.6.5. Todas as etapas e insumos utilizados no processamento devem ser registrados em formulários identificados e anexados à documentação do doador.
9.6.6. O Banco deve dispor de sistema seguro de registro que permita a localização, de forma ágil, dos tecidos dentro dos ultracongeladores e dos refrigeradores.
9.6.7. Todos os registros do Banco devem ser de caráter confidencial, respeitando o sigilo da identidade do doador e do receptor.
Anexo 6 do Anexo I
DOS BANCOS DE PELE (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Anexo 14)
DOS BANCOS DE PELE - BP
Além das exigências gerais para autorização contidas no Anexo XI a este Regulamento, o Banco deve cumprir as seguintes exigências específicas:
1. EQUIPES TÉCNICAS
Para executar suas atividades, o BP deve contar com um responsável técnico, uma equipe técnica de captação dos tecidos e uma equipe técnica para atividades internas, ambas compostas por profissionais com capacitação comprovada para a execução de suas tarefas.
Deve ser formalizado um documento interno de constituição do BP, no qual conste sua composição, sua finalidade e seu organograma, sendo explicitadas sua subordinação técnico-científica e sua subordinação administrativa.

1.1. Responsável Técnico:

1.1.1.Este profissional deve ser capacitado para coordenar as atividades a serem executadas pelo Banco (seleção, captação, processamento, distribuição e controles de qualidade de tecidos), sendo responsável por estabelecer e supervisionar a atuação do Banco, o treinamento de pessoal e por exercer a supervisão das equipes técnicas de atuação externa.

1.1.2.A responsabilidade técnica envolve ainda a avaliação do procedimento terapêutico proposto no que diz respeito à melhor indicação e ao uso clínico do tecido solicitado, bem como da necessidade de atendimento imediato e de considerações sobre as dimensões e tipo de processamento do tecido solicitado.

1.2. Composição Mínima:

1.2.1.1 (um) médico cirurgião plástico de comprovada atuação na área de transplantes de pele e que se mostre qualificado para a execução das atividades decorrentes dessa função, conforme o descrito acima.

1.2.2.1 (um) responsável técnico substituto que deve ser: 1.2.2.1 1 (um) médico cirurgião plástico com experiência na área de transplante de pele, que possa assessorar o responsável téc- nico no desenvolvimento das atividades inerentes ao Banco, bem como representá-lo ou substituí-lo, quando necessário.

1.3. Equipe Técnica de Retirada:

1.3.1.Esta equipe é responsável 24 (vinte e quatro) horas por dia e 7 (sete) dias por semana, pelas atividades relativas à etapa cirúrgica do processo, desde a captação até a entrega dos tecidos, segundo protocolos pré-estabelecidos pelo Banco.

1.3.2.Composição Mínima:

1.3.2.1.1 (um) médico com treinamento específico, teórico e prático para a atividade de obtenção do consentimento para a doação, o processo de triagem clínica e sorológica do doador, a aceitação, o recebimento ou a coleta de material para exames laboratoriais, a retirada, a identificação, o acondicionamento, o transporte e a entrega dos tecidos e amostras no BP.

1.3.2.2.1 (um) profissional da área de saúde, com treinamento específico, teórico e prático para todo o processo de retirada, coleta de material para exames laboratoriais, acondicionamento, transporte e entrega dos tecidos no BP.

1.3.3.A equipe de retirada de tecido ósseo pode não estar vinculada diretamente ao BP, porém deve estar autorizada pelo CGSNT especificamente para a atividade de abordagem e triagem do doador, quando aplicável, e para a retirada de tecido. Esta equipe deve estar capacitada para o procedimento e atuar sob a responsabilidade do BP receptor dos tecidos, efetuando o procedimento em conformidade com os POP deste Banco e as normas vigentes. A aceitação ou recusa do material retirado e enviado para processamento é atribuição do responsável técnico do BP, de acordo com os POP do Banco e as normas vigentes.

1.4. Equipe Técnica de Atividades Internas:

1.4.1.Esta equipe é responsável pela execução das atividades desde o recebimento dos tecidos da equipe de retirada até sua disponibilização (para transplante, pesquisa ou descarte).

1.4.2.Composição Mínima:

1.4.2.1.1 (um) médico com treinamento formal, teórico e prático em processamento, e indicações para uso clínico e dispensação do tecido, podendo este profissional vir a substituir o responsável técnico em suas atividades.

1.4.2.2.2 (dois) profissionais de nível superior da área de saúde ou biológica com treinamento para execução das atividades concernentes ao processamento, armazenamento e outras rotinas relacionadas ao BP.

1.4.2.3 1 (um) profissional de nível médio na área de saúde ou biológica com treinamento para execução das atividades concernentes ao processamento, armazenamento e outras rotinas relacionadas ao BP.

1.4.2.4. 1 (um) profissional para as tarefas administrativas.

2. INSTALAÇÕES FÍSICAS

2.1.As instalações do BP devem ser de uso próprio e exclusivo para a finalidade de processamento, armazenamento e distribuição de tecidos humanos para transplante e pesquisa, com salas contíguas e construídas de forma a permitir a limpeza e a manutenção adequadas, bem como garantir o fluxo necessário para assegurar a qualidade dos tecidos em todas as fases do processo.

2.2.A área física para a atividade administrativa e operacional pode ser compartilhada para o processamento, armazenamento e distribuição de outros tecidos (Banco Multitecidos) desde que salvaguardadas as demandas específicas de cada tecido e a qualidade dos produtos finais.

2.3.O BP pode utilizar-se da infraestrutura próxima ao local de sua instalação, tal como banheiros, vestiários e expurgo.

2.4.O BP deve estar instalado ou subordinado administrativamente a hospital ou a hemocentro, podendo utilizar-se da infraestrutura geral deste, como serviço de copa, lavanderia, rouparia, higienização e esterilização de materiais, almoxarifado, laboratórios para testes de triagem do doador e exames microbiológicos, exames radiológicos, farmácia, coleta de resíduos, gerador de energia e outros serviços de apoio.

2.5.As áreas devem possuir controle de temperatura ambiental que assegurem níveis de conforto humano e adequado ao funcionamento dos equipamentos.

2.6.A área física do BP (compartilhada no caso de Banco Multitecidos) deverá contar, no mínimo, com:

2.6.1.sala Administrativa

Deve ser a sala destinada aos trabalhos de secretaria e ao arquivamento de documentos.

2.6.2.Recepção de Tecidos:

Destina-se à recepção, registro e armazenamento temporário dos tecidos imediatamente após sua captação. Deve ser provida de congelador que atinja temperaturas iguais ou menores que 20º C negativos para recepção dos materiais a serem congelados e de refrigerador de 4 +/- 2°C para a recepção de tecidos refrigerados. Os materiais devem ser identificados e podem permanecer nesta área de estocagem por no máximo 72 (setenta e duas horas), quando então devem ser devidamente processados e transferidos para os ultracongeladores e os refrigeradores pertinentes localizados na área de armazenamento de tecidos propriamente dita.

2.6.3.Vestiário de Barreira:

Deve possuir lavatório e servir de barreira às salas de processamento do Banco, assegurando o acesso dos profissionais portando roupas de uso exclusivo nessas áreas.

2.6.4.Sala de Processamento de Tecidos

2.6.4.1.Deve ser a sala destinada ao processamento dos tecidos, construída de acordo com os padrões de acabamento exigidos para áreas críticas, com sistema de condicionamento de ar de classificação mínima ISO 7 (classe 10.000). Deve conter em seu interior área para o manuseio propriamente dito dos tecidos, que garanta a qualidade de ar em classificação ISO 5 (classe 100), originada por cabine (capela) de segurança biológica classe II tipo A, cabine de fluxo unidirecional vertical, ou pela classificação ISO 5 da sala de processamento como um todo.

2.6.4.2.O acesso dos operadores à sala de processamento deve ocorrer através de antecâmara com classificação mínima de ar ISO7.

2.6.4.3.Materiais, insumos e tecidos devem ser introduzidos e retirados da sala de processamento através de caixa de passagem.

2.6.4.4.Deve existir lavabo cirúrgico localizado em área contígua à sala de processamento que permita higienização adequada das mãos dos operadores antes que estes se paramentem de maneira estéril para o manuseio dos tecidos.

2.6.5.Sala de Criopreservação:

2.6.5.1.A técnica de criopreservação exige sala para o alojamento da congeladora com descenso gradual de temperatura e dos botijões de nitrogênio líquido.

2.6.5.2.Deve possuir visualização de seu interior, sensor para monitoramento da concentração de oxigênio (O 2) e sistemas de exaustão e circulação de ar adequados, conforme descrito nos itens acima.

2.6.5.3.Existindo, na sala de armazenamento de tecidos, espaço físico e condições ambientais tais como as descritas acima, o aparelho de congelamento gradual e seu suprimento de nitrogênio poderão ser ali colocados, desde que o fluxo operacional do Banco, o funcionamento ou o acesso aos demais equipamentos localizados nesta sala não sejam comprometidos.

2.6.6.Sala de Armazenamento dos Tecidos:

2.6.6.1.Deve ser a área destinada ao armazenamento de tecidos não liberados (em processamento, ou pós-processamento, aguardando quarentena) e de tecidos liberados para distribuição.

2.6.6.2.Deve ser provida de aparelhos de refrigeração e ultracongeladores de uso exclusivo desta sala. Recomenda-se que os tecidos sejam devidamente identificados através de etiquetas coloridas, indicando as etapas do processamento na qual se encontra, de acordo com o protocolo do Banco. Pode ser provida de refrigerador e congelador para a guarda de insumos e amostras de plasma, de acordo com o item Equipamentos e Materiais.

2.6.6.3.Caso o armazenamento dos tecidos congelados seja efetuado em tanques de nitrogênio líquido, ou haja um sistema de segurança com nitrogênio líquido, a sala de armazenamento deve possuir:

2.6.6.3.1.Visualização externa do seu interior.

2.6.6.3.2.Sistema de climatização que mantenha a pressão negativa em relação aos ambientes adjacentes e ao sistema exclusivo de exaustão mecânica externa para diluição dos traços residuais de nitrogênio que mantenha uma vazão mínima de ar total de 75(m3/h)/m2. Este sistema deve prover a exaustão forçada de todo o ar da sala, com descarga para o exterior.

2.6.6.3.3.As grelhas de exaustão devem ser instaladas próximas ao piso.

2.6.6.3.4.O ar de reposição deve ser proveniente dos ambientes vizinhos ou suprido por insuflação de ar exterior, com filtragem mínima com filtro classe G1.

2.6.6.3.5.Deve haver sensor para monitoramento da concentração de oxigênio (O 2) no ambiente.

3. EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

3.1. Todos os equipamentos e aparelhos abaixo relacionados devem ser de uso exclusivo do BP (ou de Multitecidos), localizados dentro de sua área física, exceto equipamentos de radioesterilização, que podem estar localizados em serviços autorizados pela Vigilância Sanitária.

3.2. O BP deverá possuir sistema de suporte para garantir o funcionamento dos equipamentos elétricos essenciais para a manutenção da qualidade dos tecidos em processamento ou armazenados, conforme RDC 50 / 2002.

3.3. A aquisição, a manutenção e a utilização de todos os equipamentos e aparelhos devem ser incluídos no Sistema de Garantia de Qualidade, submetidos a uma rotina protocolada de inspeção, manutenção preventiva e calibração, de acordo com POPs pré-estabelecidos.

3.4. As planilhas de controle destas rotinas devem ficar permanentemente disponíveis para consulta.

3.5. São considerados equipamentos e materiais essenciais:

3.5.1. Câmara de fluxo laminar vertical que assegure classificação homologada e registrada de ar classe 100 (ISO 5);

3.5.2. 1 (um) refrigerador que atinja temperaturas de 4 +/- 2° C positivos com registro gráfico contínuo de temperatura ou conferência manual ou eletrônica de temperatura em intervalo máximo de 8 horas, com alarme sonoro e visual para limite de temperatura mínima de 1º C positivo e máxima de 6º C positivos, com suporte para falhas elétricas RDC50/2002, destinado ao armazenamento temporário dos tecidos refrigerados pré-processamento. Este refrigerador estará localizado na sala de recepção de tecidos, quando previsto em POP.

3.5.3. 1 (um) refrigerador que atinja temperaturas de 4 +/- 2° C positivos com registro gráfico contínuo de temperatura ou conferência manual ou eletrônica de temperatura em intervalo máximo de 8 horas, com alarme sonoro e visual para limite de temperatura mínima de 1° C positivo e máxima de 6° C positivos, com suporte para falhas elétricas RDC50/ classe 15, destinado à preservação de insumos utilizados no processamento dos tecidos e que requerem acondicionamento em faixas específicas de temperatura.

3.5.4. 1 (um) refrigerador que atinja temperaturas de 4 +/- 2° C positivos com registro gráfico contínuo de temperatura ou conferência manual ou eletrônica de temperatura em intervalo máximo de 8 horas, com alarme sonoro e visual para limite de temperatura mínima de 1° C positivo e máxima de 6º C positivos, com suporte para falhas elétricas RDC50/ 2002, identificado e destinado exclusivamente ao armazenamento de tecidos não liberados para transplante, devidamente identificados para tal finalidade, em prateleira ou área específica.

3.5.5. 1 (um) refrigerador que atinja temperaturas de 4 +/- 2° C positivos com registro gráfico contínuo de temperatura ou conferência manual ou eletrônica de temperatura em intervalo máximo de 8 horas, de temperatura em intervalo máximo de 8 horas, com alarme sonoro e visual para limite de temperatura mínima de 1° C positivo e máxima de 6° C positivos, com suporte para falhas elétricas RDC50/ 2002, identificado e destinado exclusivamente ao armazenamento de tecidos liberados para transplante.

3.5.6. 2 (duas) seladoras térmicas, sendo uma disponível para as atividades internas e outra disponível para as atividades externas, conforme previsto em POP.

3.5.7. Dermátomo mecânico, com suprimento de lâminas de corte específicas para o aparelho.

3.5.8. Instrumental cirúrgico específico para retirada e processamento dos tecidos

3.5.9. 3 (três) dermátomos elétricos, entre outros instrumentais que se fizerem necessários.

3.5.10. Recipientes térmicos adequados para o transporte dos tecidos. Cada recipiente térmico deve ser validado pelo Banco para que a temperatura e o tempo desejados durante o transporte sejam mantidos.

3.5.11. Embalagens homologadas, apirogênicas e atóxicas, para os tecidos, estéreis conforme POP, capazes de suportar os processos a eles submetidos (ultracongelamento, esterilização, liofilização etc.) e que garantam a qualidade física e a esterilidade dos materiais e que sejam registradas ou autorizadas pela ANVISA.

3.5.12. Congelador com controle de temperatura, com registro gráfico e contínuo da temperatura, ou registro manual ou eletrônico da temperatura a cada intervalo máximo de 8 horas e com suporte para falha elétrica, para armazenamento da plasmateca/soroteca.

3.6. São equipamentos e materiais opcionais (de acordo com os processos estabelecidos em POP e desenvolvidos pelo Banco):

3.6.1. Aparelho de agitação para a exposição dos tecidos a soluções, com ou sem aquecimento.

3.6.2. Liofilizadora, se a liofilização for utilizada como método de processamento e conservação da pele, com ciclo validado para teor residual de umidade tecidual, conforme POPs, localizada em ambiente classificado como ISO7.

3.6.3 Aparelho para congelamento gradual dos tecidos, se o congelamento for o método de conservação adotado, com processo monitorado por meio de computador acoplado e rede de suprimento de N2O líquido para o congelamento e criopreservação da pele.

3.6.4.1 (um) ultracongelador que atinja temperaturas inferiores ou iguais a 70ºC negativos, com registro gráfico contínuo da temperatura, com sistema de alarme sonoro e visual para temperaturas superiores a 60ºC e suporte para falhas elétricas ou suprimento inadequado de nitrogênio líquido, identificados para armazenamento exclusivo de tecidos não liberados congelados ou criopreservados.

3.6.5.1 (um) ultracongelador que atinja temperaturas inferiores ou iguais a 70ºC negativos, com registro gráfico contínuo da temperatura, com sistema de alarme sonoro e visual para temperaturas superiores a 60ºC e suporte para falhas elétricas ou suprimento inadequado de nitrogênio líquido, identificados para armazenamento exclusivo de tecidos liberados congelados ou criopreservados.

4. OPERACIONALIZAÇÃO

4.1. Manual de Procedimentos: o Banco deve possuir Manual de Procedimentos, atualizado anualmente pelo responsável técnico, que descreva de forma detalhada a rotina de procedimentos utilizados. Deverão estar descritos os seguintes procedimentos:

4.1.1.Triagem Clínica do Doador.

4.1.2.História Social e Clínica do Doador.

4.1.2.1.Para levantamento de informações que possam indicar a exclusão da doação, deve-se investigar a história social e clínica do doador em prontuário médico, atestado de óbito, por meio da equipe médica responsável, de entrevistas com familiares ou pessoas relacionadas ao doador, além de outras fontes disponíveis.

4.1.2.2.A entrevista com familiares ou pessoas relacionadas ao potencial doador com o objetivo de obter o consentimento para a doação, investigar presença de antecedentes médicos e sociais que estabeleçam risco de transmissão de doenças infecto-contagiosas ou doenças malignas por meio dos tecidos do doador e obtenção de material para exames sorológicos, pode ser realizada pela equipe de captação, pela Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes ou por equipe própria do Banco, autorizada pela CNCDO e capacitada para a função. O conteúdo da entrevista, perguntas e respostas deve ser estabelecido em Protocolo Operacional Padrão POP e documentado por meio de registro anexo aos dados do doador.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300315

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

4.1.2.3.Cabe ao responsável técnico pelo Banco ou ao diretor do Banco, com base em protocolos e experiência profissional, avaliar o risco de transmissão de doenças infecto-contagiosas ou doenças malignas por meio dos tecidos doados, com base em antecedentes médicos, sociais, laboratoriais, de exame físico ou achados em autópsia de cada doador e decidir pela aceitação do doador ou seus tecidos para processamento e distribuição, com o devido registro no prontuário.

4.1.2.4.Os limites de idade, relação peso/altura e área mínima disponível para a aceitação da doação devem estar constar do POP de seleção do doador e comunicados à CNCDO local.

4.1.3.Os antecedentes ou achados que se seguem, quando presentes, serão justificativa para a exclusão da doação da pele:

4.1.3.1.Contaminação por substância tóxica nos últimos 12 (doze) meses.

4.1.3.2.Uso de drogas injetáveis ilícitas ou sem indicação terapêutica nos últimos 12 (doze) meses.

4.1.3.3.Os seguintes comportamentos ou situações, tendo ocorrido nos 12 (doze) meses precedentes à doação:

4.1.3.3.1.Homens e/ou mulheres que tenham tido relações sexuais em troca de dinheiro ou de drogas, e os parceiros sexuais dessas pessoas.

4.1.3.3.2.Homens e/ou mulheres que tenham tido múltiplos parceiros sexuais.

4.1.3.3.3 Homens que tiveram relações sexuais com outros homens e/ou com as parceiras sexuais destes.

4.1.3.3.4.Pessoas que tenham tido relações sexuais com alguém com testes positivos para HIV, hepatite B, hepatite C ou outra infecção transmissível pelo sangue.

4.1.3.4.Pessoas que estiveram detidas, por mais de 24 horas, em uma instituição carcerária ou policial.

4.1.3.5.Pessoas que se submeteram a acupuntura, tatuagens, maquilagem definitiva e adereços corporais, se realizados ou retocados em intervalo inferior a 12 (doze) meses da doação, sem condições de avaliação quanto à esterilidade das agulhas empregadas

4.1.4.A presença das patologias abaixo,que tenham sido diagnosticadas antes da doação, se relatado no prontuário ou pela família, ou durante necrópsia:

4.1.4.1.Neoplasias malignas com potencial de metástase.

4.1.4.2.AIDS.

4.1.4.3.Enfermidades neurológicas degenerativas e debilitantes.

4.1.4.Doenças sexualmente transmissíveis.

4.1.4.5.Grandes queimaduras.

4.1.4.6.Malária: doença ou residência em área endêmica nos últimos 36 meses quando não houver possibilidade de comprovação laboratorial da ausência da doença.

4.1.4.7.Enfermidade neurológica degenerativa e debilitante, diagnosticada ou não como enfermidade de Creutzfeldt Jakob.

4.1.4.8.Doenças de etiologia desconhecida.

4.1.4.9.Icterícia de causa não obstrutiva no doador ou seus contactantes.

4.1.4.10.Infecção bacteriana sistêmica ou fúngica diagnosticada no curso da internação hospitalar

4.1.5.Presença de patologias ou terapêuticas de risco que devem ser gerenciadas e justificadas em prontuário quanto à exclusão ou não do doador:

4.1.5.1.Tratamento com hormônio de crescimento derivado de pituitária humana.

4.1.5.2.Transplante de órgãos e tecidos em prazo inferior a 12 (doze) meses, exceto transplante de duramáter ou córnea, que excluem, em definitivo, a doação.

4.1.5.3.Tratamento com radioterapia ou quimioterapia, exceto para tratamento de patologias benignas (ex.: quelóide e acne).

4.1.5.4.Cirurgias por causa não definida.

4.1.5.5.Desconhecimento do resultado de cirurgia/biópsia prévia.

4.1.5.6.Morte de causa desconhecida, sem realização de necrópsia.

4.1.5.7.Pessoas com história de transfusão de hemocomponentes ou hemoderivados em prazo inferior a 12 (doze) meses da doação e seus parceiros sexuais nos últimos 12 (doze) meses exceto quando a origem do sangue e/ou hemoderivados, for controlada.

4.1.5.8.História de ou convívio sexual com individuo que teve exposição a, ou acidentes, nos últimos 12 (doze) meses, com sangue suspeito ou confirmado sorologicamente para HIV, hepatite C ou hepatite B.

4.2. Imunizações:

4.2.1. Deve ser avaliada a inaptidão para a doação, considerando o intervalo mínimo para segurança conforme o tipo de vacina e o tempo decorrido entre a vacinação e a data da doação:

4.2.1.1.Intervalo mínimo de 48 horas: brucelose; cólera, coqueluche; difteria, febre tifóide (injetável), haemophilus influenzae, hepatite A, hepatite B recombinante, leptospirose, meningite, peste, penumococo, pólio (Salk), tétano.

4.2.1.2.Intervalo Mínimo de 3 semanas: BCG, caxumba (parotidite), febre amarela, febre tifóide oral, pólio oral (Sabin), sarampo;

4.2.1.3.Intervalo mínimo de 4 semanas: rubéola; varicela; varíola; influenza; anti-rábica profilática, soro anti-tétano.

4.2.1.4.Intervalo mínimo de um ano: anti-rábica após exposição animal; Hepatite B (derivada de plasma), Imunoterapia passiva, vacinas em fase experimental.

4.3. Exame Físico do Doador:

4.3.1. A presença de um ou mais achados abaixo deve merecer investigação complementar apurada e na ausência de dados objetivos complementares de entrevista ou autópsia, que esclareçam origem ou duração, são excludentes para a doação:

4.3.2. Lesões de pele ou mucosas, inclusive orais, perianais e perigenitais com características que sugiram doenças malignas ou sexualmente transmissíveis.

4.3. 3. Tatuagens, sinais de uso de adereços corporais, maquilagem definitiva.

4.3.4. Cicatrizes ou incisões cirúrgicas anteriores ao evento e da retirada de tecidos e órgãos.

4.3.5. Lesões puntiformes causadas por agulhas sugestivas de uso de drogas injetáveis ilícitas.

4.3.6. icterícia.

4.3.7. Hepatomegalia.

4.3.8. Linfadenopatia difusa.

4.3.9. Lesões cutâneas violáceas sugestivas de sarcoma de Kaposi.

4.4. Triagem Sorológica do Doador:

4.4.1. É obrigatória a realização de exames laboratoriais em todas as doações, para identificação das seguintes doenças transmissíveis pelo sangue, seguindo os algoritmos para triagem de doadores de sangue:

4.4.1.1.hepatite B (HbsAg e anti-HBc total).

4.4.1.2.hepatite C (anti-HCV).

4.4.1.3.HIV-1 e HIV-2 (anti-HIV 1 e 2).

4.4.1.4.doença de Chagas (anti-T. cruzi).

4.4.1.5.sífilis (um teste treponêmico ou não treponêmico).

4.4.1.6.HTLV I e HTLV II (anti-HTLV I e II).

4.4.1.7.toxoplasmose (anti-Toxoplasma IgG e IgM).

4.4.1.8.citomegalovírus (anti-CMV IgG e IgM).

4.4.2. Os exames devem ser feitos em amostra de sangue colhida entre 72 (setenta e duas) horas antes da parada da circulação sanguínea e até 12 horas após a parada da circulação, se mantida a temperatura ambiente, ou até 24 (vinte e quatro) horas após a parada da circulação sanguínea se o cadáver for refrigerado a 4ºC ± 2°C.

4.4.3. Quando o doador tiver sido transfundido com colóides sintéticos ou derivados de sangue dentro das 48 horas precedentes à coleta da amostra, e transfundido com cristalóides na hora imediatamente antes da coleta da amostra, deve ser utilizado algoritmo para estabelecer que não houve diluição do plasma suficiente para alterar os resultados das provas (Formulário III - Anexo IV a este Regulamento).

4.4.4. Os exames devem ser realizados empregando-se conjuntos diagnósticos (kits) registrados na ANVISA e validados para testes em doadores em morte encefálica (circulação sanguínea mantida) ou cadavéricos (em parada cardíaca).

4.4.5. Os tecidos não podem ser liberados para uso antes da obtenção de resultados finais dos testes acima.

4.4.6. No doador cadáver, quando os testes das provas de pesquisa para HIV e HCV tiverem resultado negativo, deve-se realizar teste complementar do tipo molecular (ex: NAT, PCR, etc.) para a detecção de RNA do HIV e do HCV.

4.4.7. Em doadores vivos, o teste sorológico para hepatite B, hepatite C e HIV1 e HIV2 devem ser repetidos após 6 (seis) meses. Os tecidos não podem ser liberados para uso antes da obtenção de resultados negativos dos testes acima.

4.4.8. Resultado positivo para qualquer um dos testes acima excluem a doação, exceto a pesquisa de anti-CMV (IgG) e anti-toxoplasmose (IgG) que, quando reagentes, devem ser informados ao profissional transplantador que decidirá quanto ao risco de utilização dos tecidos no receptor.

4.4.9. Uma alíquota da amostra de soro ou plasma do doador, utilizada para a realização dos testes de triagem deve ser armazenada, pelo laboratório ou pelo Banco de Tecidos, em congelador em temperatura igual ou inferior a 20ºC negativos, por no mínimo 20 (vinte) anos.

4.4.10. Não é necessária a realização de triagem clínica social ou sorológica para doadores de tecidos armazenados no Banco, exclusivamente para uso autólogo, desde que armazenados separadamente, nos termos deste Anexo, exceto quando existir o potencial, previsto em POP para a distribuição dos tecidos para transplante alógeno quando da inviabilidade da realização do transplante autógeno.

4.5. Retirada dos Tecidos:

4.5.1.A retirada deve ser realizada pela própria equipe de retirada do BP ou por outra equipe de retirada de tecidos, com treinamento comprovado, e a retirada, autorizada pela Coordenação do SNT. A equipe deve atuar sob a coordenação do responsável técnico do BP e a aceitação desses tecidos para processamento é de responsabilidade do Banco.

4.5.2.A retirada da pele pode ser realizada até 12 (doze) horas após a interrupção da circulação sanguínea se o cadáver é mantido em temperatura ambiente. O prazo máximo para a retirada pode ser prolongado para até 24 (vinte e quatro) horas pós-parada da circulação, se o cadáver for colocado em refrigeração (2 +/-4 ºC) dentro do intervalo de 6 (seis) horas após a interrupção da circulação sanguínea.

4.5.3.A retirada deve ser realizada em sala com características de sala cirúrgica que permita a utilização de técnica de assepsia e antissepsia pertinentes a um ato cirúrgico.

4.5.4.A retirada do tecido cutâneo deve se realizada com os profissionais devidamente paramentados para ato operatório, utilizando dermátomo, instrumental cirúrgico e insumos estéreis.

4.5.5.Deve ser evitada a retirada do tecido cutâneo da face, pescoço, antebraços e, em doadores do sexo feminino, da face anterior das pernas.

4.5.6.Após a antissepsia das áreas doadoras conforme POP do Banco e antes da imersão dos tecidos em soluções contendo antibióticos, devem ser colhidas amostras para exames microbiológicos para a detecção de bactérias aeróbicas, anaeróbicas e fungos.

4.6. Embalagem Pós-Retirada:

4.6.1. A pele deve ser acondicionada imediatamente em embalagem dupla, impermeável, que não ofereça risco de citotoxicidade ou liberação de pirogênicos para o produto, hermeticamente fechada uma a uma, sendo que a primária pode conter a solução estéril de transporte. As embalagens primária e secundária devem ser estéreis e resistir às temperaturas às quais serão submetidas.

4.6.2.Cada unidade embalada deve estar identificada com etiqueta irretocável contendo o número de identificação conferido ao doador, único, e emitido pelo BP, e a identificação do tecido.

4.7. Transporte dos Tecidos até o BP:

4.7.1.O transporte dos tecidos deve ser realizado de acordo com critérios definidos em POP pelo BP.

4.7.2.Os tecidos devem ser transportados em recipientes térmicos exclusivos para esta finalidade, identificados com nome e endereço do BP.

4.7.3.Os recipientes térmicos devem estar validados para garantir temperaturas de 4º C+/-2º C positivos até 24 horas após a previsão de chegada ao BP. O Banco deve apresentar registros de validação de cada recipiente utilizado no transporte.

4.8. Recepção da Pele:

4.8.1.Deve ser realizada conferência da documentação e das condições de embalagem do tecido transportado.

4.8.2.Deverá ser realizado registro de entrada do tecido cutâneo no Registro de Entrada de Doadores, com identificação única e exclusiva, que permita a rastreabilidade do doador.

4.8.3.Os tecidos podem ser armazenados na sala de recepção por no máximo 72 (setenta e duas) horas, se previsto em protocolo, em refrigeradores mantendo temperatura de 4ºC ± 2ºC, adequados e exclusivos para o armazenamento de tecidos, até sua transferência para a sala de processamento ou para a sala de armazenamento onde devem ser armazenados em equipamentos identificados para guarda de tecidos não liberados.

4.9. Processamento:

4.9.1.Os métodos utilizados pelo BP para o processamento da pele e seus derivados devem estar baseados em experiência nacional ou internacional documentada em literatura e descritos em POP.

4.9.2.Novos métodos de processamento devem ter sua eficácia devidamente comprovada in vitro e in vivo no sentido de conferir aos materiais as características desejadas para a sua utilização.

4.9.3.Todas as etapas de processamento que envolvam a manipulação dos tecidos e seus derivados propriamente ditos devem ocorrer dentro da área física privativa do BP (ou de Multitecidos), exceto a esterilização terminal por radiação ionizante já em sua embalagem final de distribuição, que poderá ser realizada em instalações independentes, autorizadas pela ANVISA e credenciadas pelo SNT para esta atividade.

4.9.4.Não é permitido o processamento simultâneo de tecidos de mais de um doador na mesma sala de processamento.

4.9.5.Não é permitido o processamento simultâneo de diferentes tipos de tecido de um mesmo doador em um mesmo ambiente de processamento.

4.9.6.As unidades de tecido produzidas devem ser identificadas de forma a garantir sua rastreabilidade .

4.9.7.O processamento deve ser realizado em ambiente controlado e classificado conforme itens acima descritos. Durante todo o processamento, os tecidos devem estar expostos, exclusivamente, a ambiente ISO classe 5 e manipulados com técnica estéril. A paramentação estéril do operador pode ser realizada na sala de processamento ou em sua antecâmara.

4.9.8.Todas as etapas e lotes de insumos utilizados no processamento devem ser registrados em formulários identificados e anexados à documentação do doador.

4.9.9.Todos os materiais e insumos utilizados e que mantêm contato com os tecidos, devem ser estéreis, apirogênicos, atóxicos, devendo ser registrados a respectiva origem e o número de lote.

4.9.10.O processo de liofilização deve ser realizado em ambiente minimamente classificado como ISO7.

4.10. Controle Microbiológico dos Tecidos:

4.10.1.O BP deve possuir protocolos e registros de controle microbiológico dos tecidos que permitam garantir sua qualidade no momento da sua liberação.

4.10.2.Os controles microbiológicos devem ser realizados, no mínimo, em amostras (fragmentos, esfregaços ou lavados) coletadas no momento da retirada da pele após degermação da área doadora conforme POP, mas antes da exposição a soluções de transporte contendo agentes antimicrobianos e, quando de sua última manipulação, no momento da embalagem final pré-distribuição.

4.10.3.Os exames microbiológicos devem investigar e qualificar a presença de micróbios aeróbicos, anaeróbicos e fúngicos.

4.10.4.Os resultados dos exames microbiológicos devem ser analisados pelo responsável técnico do Banco, que avaliará se o microorganismo possui patogenicidade que inviabilize seu processamento, a sua liberação imediata para uso terapêutico, a necessidade da realização de esterilização complementar ou o descarte do tecido.

4.10.5.O processo de liofilização de produtos cutâneos e seus derivados, mesmo que conduzido em ambiente classificado ISO 5, deve ser seguido da comprovação da esterilidade dos tecidos ou deve ser realizado processo de esterilização terminal complementar, com comprovação da esterilidade dos tecidos, previamente à distribuição.

4.11. Esterilização Complementar:

4.11.1.Os BPs têm a opção de lançar mão de técnicas de esterilização complementar, pré ou pós-embalagem final de distribuição, por meios físicos ou químicos, descritos em POPs e baseados em experiência nacional e internacional, documentada na literatura.

4.11.2.O processo de esterilização complementar deve ser documentado e ter sua eficiência comprovada por indicadores e testes microbiológicos pós-esterilização.

4.11.3.Os tecidos provenientes de doadores com sorologia positiva descrita acima, com espécies radiorresistentes e contaminações exageradas com agentes patogênicos, devem ser desprezados.

4.11.4.A dose de radioesterilização, quando realizada, deve ser certificada pelo centro irradiador, para a proposta de esterilização SAL 10-6 (norma ISO 11.137 - 2006). Durante a irradiação, os tecidos devem manter a temperatura de armazenagem.

4.11.5.O transporte para a realização da radioesterilização é de responsabilidade do Banco e deve seguir as mesmas exigências de acondicionamento descritas.

4.12. Embalagem Pós - Processamento:

4.12.1.Não é permitida a embalagem de tecidos provenientes de mais de um doador em uma mesma embalagem.

4.12.2.Não é permitida a embalagem de diferentes tecidos de um mesmo doador em uma mesma embalagem.

4.12.3.A embalagem deve ser realizada dentro do espaço privativo do BP ou de Multitecidos, em ambiente controlado e classificado como ISO classe 5 .

4.12.4.Os procedimentos devem ser documentados e as embalagens das unidades dos tecidos produzidos devem ser rotuladas de maneira a permitir sua identificação e rastreabilidade. Esta identificação deve ser anexada à documentação do doador.

4.12.5.As peças devem ser acondicionadas em embalagens duplas e estéreis (ambas de plástico ou primária de vidro e secundária de plástico), que assegurem a integridade e a esterilidade de seu conteúdo, e que não ofereçam risco de liberação de substâncias citotóxicas ou pirogênicas do material da embalagem para o produto.

4.12.6.As unidades para distribuição devem portar rótulo que mantenha sua integridade durante o processo de armazenamento e distribuição, contendo obrigatoriamente as seguintes informações:

4.12.6.1.Nome e endereço e telefone de contato do BP.

4.12.6.2.Código alfanumérico, único, de identificação da unidade de tecido.

4.12.6.3.Tipo de tecido (ex. pele, derme acelular etc.).

4.12.6.4.Tipo de processamento (ex.: 98% glicerol, criopreservado, liofilizado etc.).

4.12.6.5.Medida - área em cm2.

4.12.6.6.Apresentação em laminas, etc.

4.12.6.7.Data de validade dia, mês e ano.

4.12.6.8.Condições de armazenamento (ex.: temperatura).

4.12.6.9.Possíveis resíduos de produtos utilizados no processamento e que possam desencadear reações adversas (ex:. antibióticos etc);

4.12.6.10.Informações sobre tipo de esterilização complementar realizada.

4.12.6.11.Produto liberado para uso em humanos.

4.12.7.As unidades de distribuição para finalidade de pesquisa ou ensino deverão portar rótulo adicional designando que os tecidos estarão sendo liberados para uso com esta finalidade.

4.13. Armazenamento:

4.13.1.A forma de armazenamento deve ser definida em POPs baseados em experiência nacional ou internacional descrita na literatura.

4.13.2.Os tecidos autólogos que porventura forem processados e armazenados pelo Banco deverão passar pelo mesmo processo dos demais tecidos para permitir o armazenamento simultâneo.

4.13.3.O tecido autólogo que não passar por triagem clínica e sorológica somente poderá ser armazenado em congeladores exclusivos para esta finalidade, com individualização das prateleiras por doador, de forma a garantir que não haja risco de contaminação cruzada entre os tecidos.

4.13.4.Os tecidos refrigerados, em quarentena ou processados, e não liberados para distribuição, devem ser armazenados em refrigerador, identificado como TECIDOS NÃO LIBERADOS.

4.13.5.Os tecidos congelados, com ou sem criopreservantes, em quarentena ou processados, e não liberados para distribuição, devem ser armazenados em ultracongelador, identificado como TECIDOS NÃO LIBERADOS.

4.13.6.Os tecidos liberados para uso podem ser armazenados em refrigeradores a temperaturas entre 2-6 ºC identificados como TECIDOS LIBERADOS.

4.13.7.Os tecidos liberados para uso também podem ser armazenados em ultracongeladores identificados como TECIDOS LIBERADOS.

4.13.8.O Banco deve dispor de sistema de registro da localização dos tecidos, identificados conforme o descrito nos itens acima, que permita a localização, de forma ágil, dos tecidos dentro dos ultracongeladores e dos refrigeradores.

4.13.9.A pele e seus derivados, conforme processamento e temperatura de armazenamento, possuem tempo máximo de validade para distribuição. Uma vez findo o prazo de validade, todas as unidades de tecidos remanescentes devem ser descartadas segundo legislação vigente.

4.13.10.O descarte deve ser registrado no prontuário do doador, procedimento esse que deve constar nos relatórios mensais encaminhados à CNCDO e à VISA local, que deverão consolidá-los e enviar trimestralmente os resultados à CGSNT.

4.14. Tempo de armazenamento dos tecidos:

4.14.1.Tecidos refrigerados, mantidos em solução nutriente ou fisiológica, podem ser armazenados por um período máximo de 14 (quatorze) dias.

4.14.2.Tecidos refrigerados, processados em glicerol >75%, podem ser armazenados por um período máximo de 2 (dois) anos.

4.14.3.Tecidos congelados ou criopreservados à temperatura máxima de 70º C negativos podem ser armazenados por um período máximo de 5 (cinco anos).

4.14.4.Tecidos liofilizados, embalados a vácuo, mantidos em temperatura ambiente ou refrigerados, podem ser armazenados por um período máximo de 5 (cinco) anos.

4.14.4.1.Caso a existência do vácuo não possa ser assegurada, este período deve ser reduzido para 2 (dois) anos.

5. Disponibilização:

5.1. A pele e seus derivados serão distribuídos para transplante somente com solicitação documentada do profissional transplantador, autorizado pela Coordenação do SNT, que contenha informações sobre o receptor (nome completo, sexo, nome da mãe, endereço, data do nascimento, CPF), informações sobre o profissional transplantador (nome completo, especialidade, endereço e telefone de contato), características e quantidade de tecido, indicação terapêutica e procedimento a ser realizado, local onde será realizado o procedimento e data prevista).

5.2. A pele e seus derivados serão distribuídos para pesquisa somente com solicitação documentada do pesquisador, que contenha seus dados (nome completo, RG, endereço e telefone, vínculo acadêmico ou profissional), local onde será realizado o projeto, características e quantidade dos tecidos solicitados, data prevista para a utilização dos tecidos, cópia do parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição e declaração do Pesquisador Responsável reconhecendo a impossibilidade do uso destes fora do contexto explicitado no projeto de pesquisa aprovado pelo CEP.

5.3. A distribuição das unidades de tecidos, com sua identificação, deve constar no Registro de Distribuição de Tecidos para Transplante ou no Registro de Distribuição de Tecidos para Pesquisa e deve constar no relatório mensal enviado à CNCDO/SNT.

5.4. A pele e seus derivados distribuídos devem ser acompanhados de instruções técnicas por escrito para seu armazenamento e utilização, com informações que complementem as contidas no rótulo da unidade e que sejam consideradas importantes pelo BP, tais como:

5.4.1. Alerta para o fato de que a(s) unidade(s) de tecido enviada(s) devem ser utilizadas em apenas um receptor, em um único procedimento, ou unicamente no projeto de pesquisa para o qual o material foi solicitado.

5.4.2. Informações de como o tecido deve ser armazenado e/ou manipulado antes da sua utilização.

5.4.3. Instruções especiais sobre sua utilização.

5.4.4. Informações sobre os possíveis riscos biológicos presentes no material (por exemplo: contaminantes e contato com alérgenos).

5.4.5. Informações sobre a necessidade do descarte de acordo com legislação vigente para gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, caso o tecido enviado não seja transplantado total ou parcialmente, ou utilizado total ou parcialmente no projeto de pesquisa ou ensino para o qual foi solicitado. Deve ser enviado ao Banco um relatório comunicando o fato, acompanhado de justificativa.

5.4.6. Alerta para a obrigatoriedade de informar o BP e a CNCDO/SNT sobre a ocorrência de reações adversas após transplante.

5.4.7. Os tecidos distribuídos e eventualmente devolvidos ao Banco não poderão ser novamente armazenados, devendo ser descartados.

6. Acondicionamento e transporte dos tecidos do BP até o transplantador ou pesquisador que os utilizará:

6.1. O BP fica responsável por acondicionar os tecidos em recipientes térmicos que assegurem o trânsito dos materiais em temperaturas adequadas por um período de 24 horas além do tempo estimado para a chegada do material até o local de destino.

6.2. O transporte até o local de utilização e armazenamento adequado até o seu uso deve ser realizado de maneira a assegurar sua integridade e qualidade, sendo de responsabilidade do profissional transplantador ou pesquisador.

7. Controle de Qualidade:

7.1.O BP deve desenvolver um programa de controle de qualidade dos tecidos que inclua, entre outros dados, um manual de qualidade, critérios de aceitação ou exclusão de doadores de tecidos específicos, registros completos desde a entrevista até a distribuição dos tecidos, manuais de procedimentos, propostas de monitoração ambiental, das temperaturas de ultracongeladores e refrigeradores, da manutenção de equipamentos, dos insumos utilizados, registros de efeitos adversos, critérios de recolhimento, descarte de materiais impróprios para uso, registros de não-conformidades e instruções acerca de procedimentos corretivos, e deve monitorar a presença de patógenos nos tecidos processados e embalados previamente à sua liberação para uso.

7.2.Todo tecido em estoque, liberado para transplante, liberado para utilização em pesquisa e descartado deve ter registro lógico que possibilite seu rastreamento a qualquer momento.

7.3.Deve existir sistema de notificação a CNCDO/SNT para a ocorrência de efeitos adversos pós transplante.

8. Descarte de Resíduos:

8.1.Os resíduos de processamento e os tecidos com prazo de validade vencido ou impróprios para uso por exames laboratoriais devem ser descartados de acordo com a legislação vigente para descarte de resíduos de serviços de saúde.

8.2.O BP dever ter um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde o PGRSS, de acordo com a legislação vigente.

9. Registros:

9.1.Prontuário do Doador: o BP deve manter disponíveis, na forma de Prontuário do Doador, todos os registros de dados de identificação e técnicos do doador, dos tecidos e do receptor por um período mínimo de 20 (vinte) anos, garantindo assim sua rastreabilidade, com arquivos dos registros relativos a:

9.1.1 Dados do(a) doador(a).

9.1.2.Ficha de consentimento livre e esclarecido assinado pelo(a) doador(a) ou seu responsável legal;

9.1.3.Dados da retirada dos tecidos e transporte dos tecidos ao Banco

9.1.4.Registros do processamento, incluindo a identificação numérica ou alfanumérica dos lotes e itens gerados.

9.1.5.Resultados de testes laboratoriais referentes ao doador e à microbiologia dos tecidos.

9.1.6.Dados do armazenamento.

9.1.7.Motivo e data de descarte de tecidos pré-distribuição, quando houver.

9.2.Dados da distribuição para transplante clínico ou pesquisa, incluindo:

9.2.1.Data(s) da distribuição.

9.2.2.Nome completo do receptor e identificação do(s) lote(s) / itens a ele enviados.

9.2.3.Nome completo do médico transplantador responsável.

9.2.4.Local e data do transplante.

9.2.5.Indicação médica para utilização e procedimento realizado.

9.2.6.Nome completo do pesquisador (quando aplicável).

9.2.7.Local e data da utilização em pesquisa (quando aplicável).

9.2.8.Cópia do Projeto e de sua aprovação em Comitê de Ética e na Pesquisa (quando aplicável).

9.2.9.Data e motivo do descarte do lote/itens de tecidos, quando couber.

9.3.Os dados podem ser mantidos por meio da informática ou microfilmagem e armazenados com cópias de segurança, em sistemas com proteção contra fraudes ou alterações de dados e garantia de inviolabilidade.

9.4.Livro de registro de entrada de tecidos:

9.4.1.Deve haver livro de Registro de Entrada de Doadores, com abertura e encerramento registrados na Vigilância Sanitária local do Estado ou do Distrito Federal, contendo, no mínimo:

9.4.1.1.Identificação do doador (nome completo, sexo, idade e RG).

9.4.1.2.A identificação numérica ou alfanumérica do doador, conferida pelo Banco

9.4.1.3.Data da retirada.

9.4.1.4.Instituição local onde foi feita a retirada.

9.5.Livro de registro de saída de tecidos para transplantes clínicos:

9.5.1.Deve haver livro de registro de saída para transplantes clínicos contendo:

9.5.1.1.Data da distribuição.

9.5.1.1.1.Identificação numérica ou alfanumérica da unidade de tecido distribuído.

9.5.1.1.2.Identificação do receptor (nome completo, sexo, idade e RG).

9.5.1.1.3.Nome do profissional transplantador.

9.5.1.1.4.Instituição onde será realizado o transplante.

9.5.1.1.5.Indicação terapêutica e procedimento a ser realizado.

9.5.1.1.6.Data prevista para utilização do tecido.

9.5.1.1.7.Descarte do tecido e justificativa.

9.6.Livro de registro de saída de tecidos para pesquisa ou ensino:

9.6.1.Deve haver livro de registro de distribuição para pesquisa e ensino, contendo:

9.6.1.1.Data da distribuição.

9.6.1.2.Identificação numérica ou alfanumérica da(s) unidade (s) de tecido distribuído;

9.6.1.3.Nome do pesquisador responsável.

9.6.1.4.Instituição onde será realizada a pesquisa ou projeto de ensino.

9.6.1.5.Nome do Projeto.

9.6.1.6.Data prevista para utilização do tecido.

9.6.1.7.Descarte do tecido e justificativa.

9.7.A comunicação do descarte dos tecidos distribuídos para transplante clínico ou para pesquisa deve ser registrada nos respectivos prontuários do doador, juntamente com a sua justificativa.

9.8.A comunicação de efeitos colaterais indesejáveis com o uso dos transplantes deve ser registrada no prontuário do doador, juntamente com as medidas tomadas e notificadas às autoridades competentes.

9.9.O BP deve manter registros dos processos de controle e garantia de qualidade dos procedimentos, equipamentos, reagentes e correlatos e controle de qualidade dos ambientes.

9.10.Todas as etapas e insumos utilizados no processamento devem ser registrados em formulários identificados e anexados à documentação do doador.

9.11.Todos os registros do BP devem ser de caráter confidencial, respeitando o sigilo da identidade do doador e do receptor.

Anexo 7 do Anexo I

DOS BANCOS DE TECIDOS CARDIOVASCULARES (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Anexo 15)

DOS BANCOS DE TECIDOS CARDIOVASCULARES

Além das exigências gerais para autorização contidas no Anexo XI a este Regulamento, o Banco deve cumprir as seguintes exigências específicas:

1. EQUIPES TÉCNICAS

1.1.Para executar suas atividades o Banco de Tecidos Cardiovasculares deve contar com um responsável técnico, uma equipe técnica de captação dos tecidos e uma equipe técnica para atividades internas, ambas compostas por profissionais com capacitação comprovada para a execução de suas tarefas.

1.2.Deve ser formalizado um documento interno de constituição do Banco de Tecidos Cardiovasculares, onde conste sua composição, sua finalidade e seu organograma, sendo explicitadas sua subordinação técnico-científica e sua subordinação administrativa.

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

1.3.Responsável Técnico

1.3.1.Este profissional deve ser capacitado para coordenar as atividades a serem executadas pelo Banco (seleção, captação, processamento, distribuição e controle de qualidade de tecidos), sendo responsável por estabelecer e supervisionar a atuação do Banco, o treinamento de pessoal e por exercer a supervisão das equipes técnicas de atuação externa.

1.3.2.Composição Mínima:

1.3.2.1.(um) médico de comprovada atuação na área de transplantes cardíacos ou de válvulas, e que se mostre qualificado para a execução das atividades decorrentes dessa função, conforme descrito acima.

1.3.2.2.1 (um) responsável técnico substituto. Este profissional deve ser:

1.3.3.3.1 (um) médico com experiência na área de transplantes cardíacos ou de válvulas, que possa assessorar o responsável técnico no desenvolvimento das atividades inerentes ao Banco, bem como representá-lo ou substituí-lo, quando necessário.

1.4. Equipe Técnica de Captação:

1.4.3. Esta equipe é responsável, 24 horas por dia, pelas atividades relativas à etapa cirúrgica do processo, desde a captação até a entrega dos tecidos, segundo protocolos preestabelecidos pelo Banco.

1.4.4. Composição Mínima:

1.4.5. 1 (um) médico com treinamento específico, teórico e prático para a atividade de obtenção do consentimento para a doação, o processo de triagem clínica e sorológica do doador, a aceitação, a recebimento ou coleta de material para exames laboratoriais, retirada, a identificação, o acondicionamento, o transporte e a entrega dos tecidos e amostras no Banco de Tecidos Cardiovasculares.

1.4.6. 1 (um) profissional da área de saúde, com treinamento específico, teórico e prático para todo o processo de retirada, coleta de material para exames laboratoriais, acondicionamento, transporte e entrega dos tecidos no Banco de Tecidos Cardiovasculares.

1.5. A equipe de retirada de válvula pode não estar vinculada diretamente ao Banco de Tecidos Cardiovasculares, porém deve estar autorizada pelo SNT especificamente para a atividade de abordagem e triagem do doador, quando aplicável, e para a retirada. Essa equipe deve estar capacitada para o procedimento e atuar sob a responsabilidade do Banco de Tecidos Cardiovasculares receptor dos tecidos, efetuando o procedimento em conformidade com os POPs desse Banco e as normas vigentes. A aceitação ou recusa do material retirado e enviado para processamento é responsabilidade do Responsável Técnico do Banco de Tecidos Cardiovasculares, de acordo com os POPs do Banco e as normas vigentes.

1.6. As equipes de retirada de tecidos (próprias do Banco ou devidamente treinadas e atuando sob responsabilidade deste) devem ser cadastradas na CNCDO, estar autorizadas pelo SNT e atuar sob a supervisão do responsável técnico. A aceitação do material para processamento é de responsabilidade do Banco.

1.7. Equipe Técnica de Atividades Internas:

1.7.1. É responsável pela execução das atividades, desde o recebimento dos tecidos da equipe de retirada até sua distribuição (para transplante, pesquisa ou descarte).

1.7.2. Composição Mínima:

1.7.2.1.1 (um) profissional de nível superior da área de saúde, com treinamento para execução das atividades concernentes ao processamento, armazenamento e outras rotinas relacionadas ao Banco de Tecidos Cardiovasculares.

1.7.2.2.1 (um) profissional de nível médio na área de saúde, com treinamento para execução das atividades concernentes ao processamento, armazenamento e outras rotinas relacionadas ao Banco de Tecidos Cardiovasculares.

1.7.2.3.1 (um) profissional da área da saúde ou biológica, com experiência comprovada nas técnicas de processamento e criopreservação de tecidos cardiovasculares;

1.7.2.4.1(um) profissional da área da saúde ou biológica, com experiência comprovada para execução das atividades concernentes ao processamento, armazenamento e outras rotinas relacionadas ao Banco de Tecidos como preparação de soluções isotônicas tamponadas, emprego de meios nutrientes, soluções de antibióticos e agentes crioprotetores para o processamento e a criopreservação dos homoenxertos.

1.7.2.5.1 (um) profissional para as tarefas administrativas.

2. INSTALAÇÕES FÍSICAS

2.1. As instalações do Banco de Tecidos Cardiovasculares devem ser de uso próprio e exclusivo para a finalidade de processamento, armazenamento e distribuição de tecidos humanos para transplante e pesquisa, com salas contíguas e construídas de forma a permitir a limpeza e a manutenção adequadas, bem como garantir o fluxo necessário para assegurar a qualidade dos tecidos em todas as fases do processo. A área física para a atividade administrativa e operacional pode ser compartilhada para o processamento, armazenamento e distribuição de outros tecidos (Banco Multitecidos) desde que salvaguardadas as demandas específicas de cada tecido e a qualidade dos produtos finais.

2.1.1.O Banco pode utilizar-se da infraestrutura próxima ao local de sua instalação, tal como banheiros, vestiários e expurgo.

2.1.2.O Banco deve estar instalado, ou subordinado administrativamente, a hospital ou hemocentro, podendo utilizar-se da infraestrutura geral deste mesmo, como serviço de copa, lavanderia, rouparia, higienização e esterilização de materiais, almoxarifado, laboratórios para testes de triagem do doador e exames microbiológicos, exames radiológicos, farmácia, coleta de resíduos, gerador de energia e outros serviços de apoio.

2.1.2.1.As áreas devem possuir controle de temperatura ambiental que assegurem níveis de conforto humano e adequado ao funcionamento dos equipamentos.

A área física do Banco de Tecidos Cardiovasculares (compartilhada no caso de Banco Multitecidos) deverá contar, no mínimo, com:

2.2. Sala Administrativa e de Recepção de Tecidos:

2.2.1.Deve ser a sala destinada aos trabalhos de secretaria, ao arquivamento de documentos e à recepção, registro e armazenamento temporário dos tecidos quando do seu recebimento no Banco. Esta sala deve dispor de refrigerador e/ou congelador, bancada e um lavatório para a lavagem das mãos. A sala administrativa e de recepção de tecidos podem ser separadas.

2.3. Sala de Armazenamento dos Tecidos:

2.3.1.Deve ser a sala destinada ao armazenamento de tecidos não liberados (em processamento, ou pós-processamento aguardando quarentena) e de tecidos liberados para distribuição. Deve ser provida de aparelhos de refrigeração e ultracongeladores de uso exclusivo desta sala. Recomenda-se que os tecidos sejam devidamente identificados através de etiquetas coloridas, indicando as etapas do processamento na qual se encontra, de acordo com o protocolo do Banco. Pode ser provida de refrigerador e de congelador para a guarda de insumos.

2.3.2.A sala de armazenamento deve contar com controle de temperatura ambiental que garanta níveis adequados para o bom funcionamento dos equipamentos.

2.3.3.Caso o armazenamento dos tecidos congelados seja efetuado em tanques de nitrogênio líquido, ou haja um sistema de segurança com nitrogênio líquido, a sala de armazenamento deve possuir:

2.3.3.1.Visualização externa do seu interior;

2.3.3.2.Sistema de climatização que mantenha a pressão negativa em relação aos ambientes adjacentes e sistema exclusivo de exaustão mecânica externa para diluição dos traços residuais de nitrogênio que mantenha uma vazão mínima de ar total de 75(m3/h)/m2. Este sistema deve prover a exaustão forçada de todo o ar da sala, com descarga para o exterior. As grelhas de exaustão devem ser instaladas próximas ao piso. O ar de reposição deve ser proveniente dos ambientes vizinhos ou suprido por insuflação de ar exterior, com filtragem mínima com filtro classe G1.

2.3.3.3.Sensor para monitoramento da concentração de oxigênio (O2) no ambiente.

2.4. Vestiário de Barreira:

2.4.1.Deve possuir lavatório e servir de barreira às salas de processamento do Banco, assegurando o acesso dos profissionais portando roupas de uso exclusivo nessas áreas.

2.5. Sala de Processamento de Tecidos:

2.5.1.Deve ser a sala destinada ao processamento dos tecidos, construída de acordo com os padrões de acabamento exigidos para áreas críticas, com sistema de condicionamento de ar de classificação mínima ISO 7 (classe 10.000). Deve conter em seu interior área para o manuseio propriamente dito dos tecidos, que garanta a qualidade de ar em classificação ISO 5 (classe 100), originada por cabine (capela) de segurança biológica classe II tipo A, cabine de fluxo unidirecional, ou pela classificação ISO 5 da sala de processamento como um todo.

2.5.2.O acesso dos operadores à sala de processamento deve ocorrer através de antecâmara com classificação mínima de ar ISO7.

2.5.3.Os materiais, insumos e tecidos devem ser introduzidos e retirados da sala de processamento através de caixas de passagem.

2.5.4.Deve existir lavabo cirúrgico localizado em área contígua à sala de processamento que permita higienização adequada das mãos dos operadores, antes que estes se paramentem de maneira estéril para o manuseio dos tecidos.

2.6. Sala de Criopreservação:

2.6.1. Se a técnica de criopreservação for adotada pelas POPs do Banco, esta deve ser a sala para o alojamento da congeladora com descenso gradual de temperatura e os bujões de nitrogênio líquido.

2.6.2. Deve possuir visualização de seu interior, sensor para monitoramento da concentração de oxigênio (O2) e sistemas de exaustão e circulação de ar adequados. Existindo, na sala de armazenamento de tecidos, espaço físico e condições ambientais, o aparelho de congelamento gradual e seu suprimento de nitrogênio poderão ser ali colocados, desde que o fluxo operacional do Banco, o funcionamento ou o acesso aos demais equipamentos localizados nessa sala não sejam comprometidos.

3. EQUIPAMENTOS E MATERIAIS:

3.1.Todos os equipamentos e aparelhos abaixo relacionados devem ser de uso exclusivo do Banco de Tecidos Cardiovasculares (ou Multitecidos), localizados dentro de sua área física, exceto equipamentos de radio-esterilização, que podem estar localizados em serviços autorizados pela Vigilância Sanitária.

3.2.Os Bancos de Tecidos Cardiovasculares deverão possuir sistema de suporte para garantir o funcionamento dos equipamentos elétricos essenciais para a manutenção da qualidade dos tecidos em processamento ou armazenados, conforme RDC 50 / classe 15.

3.3.A aquisição, manutenção e utilização de todos os equipamentos e aparelhos devem ser incluídos no Sistema de Garantia de Qualidade, submetidos a uma rotina protocolada de inspeção, manutenção preventiva e calibração, de acordo com POPs pré-estabelecidos. As planilhas de controle destas rotinas devem ficar permanentemente disponíveis para consulta.

3.4.O Banco deverá contar, no mínimo, com os seguintes equipamentos/materiais:

3.4.1.1 (um) freezer computadorizado - que permita o congelamento controlado e gradual dos enxertos (1ºC/min) até temperaturas de -100ºC.

3.4.2.2 (dois) freezers - (um para quarentena e outro para enxertos liberados) que possibilitem a estocagem de homoenxertos em temperaturas inferiores a -130ºC. Nessa categoria existem duas possibilidades: freezer mecânico que permite temperatura de -150ºC ou freezer de nitrogênio líquido, com temperaturas entre -150 a -196ºC.

3.4.3.Cryoshipper (reservatório especial de transporte) - são pequenos reservatórios alimentados pelo nitrogênio líquido e que mantêm temperatura de -150ºC por até 10 dias. Pode-se usar gelo seco com nitrogênio liquido.

3.4.4.Botijões especiais para armazenamento de nitrogênio líquido - necessários para a alimentação permanente dos frezzers de estocagem, para os cryoshippers e para o sistema de backup do freezer mecânico de estocagem.

3.4.5.1 (uma) geladeira comum para a manutenção das soluções nutrientes e antibióticas, assim como para os enxertos durante a fase de esterilização.

3.4.6.1 (uma) Capela de Fluxo Laminar - utilizadas para a dissecção e manipulação dos homoenxertos, assim como para a preparação de soluções. É necessária quando a sala não é equipada com sistema de fluxo laminar.

3.4.7.Material cirúrgico para dissecção dos homoenxertos, incluindo tesouras, porta-agulhas, pinças, réguas, obturadores graduados, cubas e outros e material de embalagem adequada para baixas temperaturas.

4. OPERACIONALIZAÇÃO

4.1.O Banco deve possuir Manual de Procedimentos, atualizado anualmente pelo responsável técnico, que descreva, de forma detalhada, a rotina de procedimentos utilizados. Deverão estar descritos os seguintes procedimentos:

4.1.1.Triagem Clínica do Doador:

4.1.2.Os limites de idade, relação peso/ altura e área mínima disponível para a aceitação da doação devem constar do POP de seleção do doador.

4.1.3.A abordagem e entrevista com familiares ou pessoas relacionadas ao potencial de doador com o objetivo de obter o consentimento para a doação, investigar presença antecedentes médicos e sociais que estabeleçam risco de transmissão de doenças infecto-contagiosas ou doenças malignas através dos tecidos do doador, e obtenção de material para exames sorológicos, pode ser realizada pela equipe de captação, pela Comissão Intra-hospitalar de Transplantes ou por equipe própria do Banco, autorizada pela CNCDO e capacitada para a função. O conteúdo da entrevista, perguntas e respostas, deve ser estabelecido em POP e documentado através de registro anexo aos dados do doador.

4.1.4.Cabe ao Responsável Técnico do Banco avaliar o risco de transmissão de doenças infecto-contagiosas ou doenças malignas através dos tecidos doados, com base em antecedentes médicos, sociais, laboratoriais, de exame físico ou achados em autópsia de cada doador e decidir pela aceitação do doador ou seus tecidos para processamento e distribuição.

4.1.5.Antecedentes médicos, sociais, laboratorias detectados, e não relacionados abaixo, e que possam comprometer a qualidade e segurança finais dos tecidos, devem ser considerados pelo Responsável Técnico que, com base em protocolos e experiência profissional, aceitará ou recusará os tecidos para processamento, e/ou distribuição.

4.1.6.Os antecedentes ou achados que se seguem, quando presentes, serão justificativa para a exclusão da doação de válvula:

4.1.6.1.Contaminação por substância tóxica nos últimos 12 (doze) meses.

4.1.6.2.Uso de drogas injetáveis ilícitas ou sem indicação terapêutica nos últimos 12 (doze) meses.

4.1.7. Os seguintes comportamentos ou situações, tendo ocorrido nos 12 (doze) meses precedentes à doação:

a)homens e/ou mulheres que tenham tido relações sexuais em troca de dinheiro ou de drogas, e os parceiros sexuais dessas pessoas;

b)homens e/ou mulheres que tenham tido múltiplos parceiros sexuais;

c)homens que tiveram relações sexuais com outros homens e ou com as parceiras sexuais destes;

d)pessoas que tenham tido relação sexual com alguém com testes positivos para HIV, hepatite B, hepatite C ou outra infecção transmissível pelo sangue;

e)pessoas que estiveram detidas, por mais de 24 horas, em uma instituição carcerária ou policial; e

f)pessoas que se submeteram a acupuntura, tatuagens, maquilagem definitiva e adereços corporais, se realizados ou retocados em intervalo inferior a 12 (doze) meses da doação, sem condições de avaliação quanto à esterilidade das agulhas empregadas.

4.1.8. A presença das patologias abaixo, que tenham sido diagnosticadas ou suspeitas antes da doação, se relatadas no prontuário ou pela família, ou durante exame físico ou necrópsia:

a)neoplasias malignas com potencial de metástase;

b)HIV;

c)enfermidades neurológicas degenerativas e debilitantes;

d)doenças sexualmente transmissíveis;

e)grandes queimaduras;

f)malária: doença ou residência em área endêmica nos últimos 36 meses, quando não houver possibilidade de comprovação laboratorial da ausência de doença;

g)enfermidades neurológicas degenerativas e debilitantes, diagnosticada ou não como enfermidade de Creutzfeldt Jakob;

h)doenças de etiologia desconhecida;

i)icterícia de causa não obstrutiva no doador ou seus contactantes;

j)infecção bacteriana sistêmica ou fúngica diagnosticada no curso da internação hospitalar;

k)uso de imunossupressores;

l)presença de patologias ou terapêuticas de risco que devem ser gerenciadas e justificadas em prontuário quanto a exclusão ou não do doador;

m)tratamento com hormônio de crescimento derivado de pituitária humana;

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

n)transplante de órgãos e tecidos em prazo inferior a 12 (doze) meses, exceto transplante de duramáter ou córnea, que excluem, em definitivo, a doação;

o)tratamento com radioterapia ou quimioterapia, exceto para tratamento de patologias benignas (ex: quelóide e acne);

p)cirurgias por causa não definida;

q)desconhecimento do resultado de cirurgia/biópsia prévia devido a lesão cutânea;

r)morte de causa desconhecida, sem realização de necrópsia;

s)pessoas com história de transfusão de hemocomponentes ou hemoderivados em prazo inferior a 12 (doze) meses da doação e seus parceiros sexuais nos últimos 12 (doze) meses; e

t)história de, ou convívio sexual com indivíduo que teve exposição a, ou acidentes, nos últimos 12 (doze) meses, com sangue suspeito ou confirmado sorologicamente para HIV, hepatite C ou hepatite B;

4.1.9. Imunizações: deve ser avaliada a inaptidão para a doação, considerando o íntervalo mínimo para segurança conforme o tipo de vacina e o tempo decorrido entre a vacinação e a data da doação:

a)intervalo mínimo de 48 horas: brucelose, cólera, coqueluche, difteria, febre tifóide (injetável), Haemophilus influenzae, hepatite A, leptospirose, meningite, peste, penumococo, pólio (Salk), tétano;

b)intervalo mínimo de 3 (três) semanas: BCG; caxumba (Parotidite), febre amarela, febre tifóide oral, pólio oral (Sabin), sarampo;

c)intervalo mínimo de 4 (quatro) semanas: rubéola, varicela, varíola, influenza, antirrábica profilática, soro anti-tétano; e

d)intervalo mínimo de um ano: antirrábica após exposição animal; hepatite B (derivada de plasma); imunoterapia passiva, vacinas em fase experimental.

4.1.10. Circunstâncias de risco relativo à qualidade anatômica dos tecidos:

4.1.11. Fica a critério do responsável técnico do Banco de Tecidos Cardiovasculares, com base em protocolos pré-estabelecidos, a decisão de aceitar ou recusar um doador, quando houver referência às seguintes doenças ou circunstâncias:

4.2. Os doadores de coração para valvas não devem apresentar história de:

a)doença reumática;

b)endocardite bacteriana;

c)doenças das valvas semilunares (aórtica e pulmonar, prolapso da valva mitral);

d)miocardiopatia viral;

e)cirurgia cardíaca prévia;

f)presença de anomalias cromossômicas como Síndrome de Down, Edwards e Patau; e

g)pericardite Aguda ou Crônica.

4.3. Deve ser relatado ao BTCV para posterior avaliação:

a)ressuscitação cardio pulmonar;

b)desfibrilação cardíaca;

c)ferimento cardíaco penetrante;

d)outras intervenções cardíacas;

e)doenças autoimunes com repercussões cutânea;

f)uso crônico de corticoesteróides com repercussão cutânea; e

g)caquexia ou desnutrição do doador.

4.4. Exame Físico do Doador:

4.4.2. A presença de um ou mais achados abaixo deve merecer investigação complementar apurada e na ausência de dados objetivos complementares de entrevista ou autópsia, que esclareçam origem ou duração, são excludentes para a doação:

a)lesões de pele ou mucosas, inclusive orais, perianais e perigenitais com características que sugiram doenças malignas ou sexualmente transmissíveis;

b)tatuagens, sinais de uso de adereços corporais, maquilagem definitiva;

c)cicatrizes ou incisões cirúrgicas anteriores ao evento e da retirada de tecidos e órgãos;

d)lesões puntiformes causadas por agulhas sugestivas de uso de drogas injetáveis ilícitas;

e)icterícia;

f)hepatomegalia;

g)linfadenopatia difusa;

h)lesões cutâneas violáceas sugestivas de Sarcoma de Kaposi.

4.5. Triagem Sorológica do Doador:

4.5.1. É obrigatória a realização de exames laboratoriais em todas as doações, para identificação das seguintes doenças transmissíveis pelo sangue, seguindo os algoritmos para triagem de doadores de sangue:

a)hepatite B (HbsAg e anti-HBc total);

b)hepatite C (anti-HCV);

c)HIV-1 e HIV-2 (anti-HIV 1 e 2);

d)doença de chagas (anti-T. cruzi);

e)sífilis (um teste treponêmico ou não treponêmico);

f)HTLV I e HTLV II (anti-HTLV I e II);

g)toxoplasmose (anti-Toxoplasma IgG e IgM); e

h)citomegalovírus (anti-CMV IgG e IgM)

4.5.2 Os exames devem ser feitos em amostra de sangue colhida entre 72 (setenta e duas) horas antes da parada da circulação sanguínea e até 12 horas após a parada da circulação, se mantida a temperatura ambiente, ou até 24 (vinte e quatro) horas após a parada da circulação sanguínea se o cadáver for refrigerado à 4ºC ± 2°C.

4.5.3. Quando o doador, adulto, tiver sido transfundido com mais de 2000ml de colóides sintéticos, dentro das 48 horas precedentes à coleta da amostra, ou tiver sido transfundido com mais de 2000ml de cristalóides na hora imediatamente antes da coleta da amostra, ou é transfundido com mais de 2000ml de colóide sintético e cristalóides nesse mesmo intervalo, e não existe amostra de sangue pré-transfusional, deve ser utilizado algoritmo para estabelecer que não houve diluição do plasma suficiente para alterar os resultados das provas.

4.5.4.Quando o doador, de idade inferior a 12 anos, tiver sido transfundido com colóides sintéticos ou cristalóides e não houver amostra de sangue pré-transfusional, o mesmo algoritmo deve ser utilizado para estabelecer que não houve diluição do plasma suficiente para alterar os resultados das provas.

4.5.5.Os exames devem ser realizados empregando-se conjuntos diagnósticos (kits) registrados na ANVISA e validados para testes em doadores em morte encefálica (circulação sanguínea mantida) ou cadavéricos (em parada cardíaca).

4.5.6.Os tecidos não podem ser liberados para uso antes da obtenção de resultados finais dos testes acima.

4.5.7.No doador cadáver, quando os testes das provas de pesquisa para HIV e HCV tiverem resultado negativo, deve-se realizar teste complementar do tipo molecular (ex: NAT, PCR, etc) para a detecção de RNA do HIV e do HCV.

4.5.8.Resultado positivo para qualquer um dos testes acima excluem a doação, exceto a pesquisa de anti- CMV (IgG) e anti-toxoplasmose (IgG), que quando reagentes, devem ser informados ao profissional transplantador que decidirá quanto ao risco de utilização dos tecidos no receptor.

4.5.9.Uma alíquota da amostra de soro ou plasma do doador utilizada para a realização dos testes de triagem deve ser armazenada, pelo laboratório ou pelo Banco de Tecidos, em congelador em temperatura igual ou inferior a 20ºC negativos, por no mínimo 6 (seis) meses após a liberação do último item do(s) lote(s) de tecido(s).

4.6. Retirada dos Tecidos

4.6.1.A retirada deve ser realizada pela própria equipe de captação do Banco de Tecidos Cardiovasculares ou por outra equipe de captação de tecidos, autorizada pelo SNT, e sob a coordenação do responsável técnico do Banco de Tecidos Cardiovasculares e a aceitação desses tecidos para processamento é de responsabilidade do Banco.

4.6.2.Os tempos de isquemia aceitáveis serão de:

4.6.2.1 Tempo isquêmico quente (parada cardíaca até a imersão no soro gelado)

4.6.2.1.1 Corpo a temperatura. ambiente - 15 horas após a parada cardíaca; e

4.6.2.1.2 Corpo resfriado - 24 horas, quando refrigerado até 12 horas após a parada cardíaca.

4.6.2.2 . Tempo isquêmico frio (imersão no soro gelado até a dissecção) - 24 horas após a retirada

4.6.3.A retirada deve ser realizada em sala com características de sala cirúrgica que permita a utilização de técnica de assepsia e antissepsia pertinentes a um ato cirúrgico.

4.6.4.A captação deve se realizada com o pessoal devidamente paramentado para ato operatório, utilizando instrumental cirúrgico e insumos, estéreis.

4.7. Embalagem Pós-Captação:

4.7.1.Os tecidos devem ser acondicionados imediatamente em embalagem tripla impermeável, que não ofereça risco de citotoxicidade ou liberação de pirogênicos para o produto, hermeticamente fechada uma a uma, sendo que a primária pode conter a solução estéril de transporte. As embalagens devem ser estéreis e resistir às temperaturas às quais serão submetidas.

4.7.2.Cada unidade embalada deve estar identificada com etiqueta irretocável contendo o número de identificação conferido ao doador, único, e emitido quando chega ao Banco de Tecidos Cardiovasculares, e a identificação do tecido.

4.8.Transporte dos Tecidos até o Banco de Tecidos Cardiovasculares:

4.8.1.Transporte dos tecidos deve ser realizado de acordo com critérios definidos em POP pelo Banco de Tecidos Cardiovasculares;

4.8.2.Os tecidos devem ser transportados em recipientes térmicos exclusivos para esta finalidade, identificados com nome e endereço do Banco de Tecidos Cardiovasculares.

4.8.3.Os recipientes térmicos devem garantir temperaturas no máximo até +10º C positivos até 24 horas, após a previsão de chegada ao Banco de Tecidos Cardiovasculares.

4.9.Recepção do Tecido no Banco:

4.9.1.Deve ser realizada conferência da documentação e das condições de embalagem do tecido transportado.

4.9.2.Deverá ser realizado registro de entrada do tecido no Registro de Entrada de Doadores, com identificação única e exclusiva, que permita a rastreabilidade do doador.

4.9.3.Os tecidos podem ser armazenados na sala de recepção por no máximo 72 (setenta e duas) horas, se previsto em protocolo, em refrigeradores mantendo temperatura de 4ºC ± 2ºC, adequados e exclusivos para o armazenamento de tecidos, até sua transferência para a sala de processamento ou para sala de armazenamento onde devem ser armazenados em equipamentos identificados para guarda de tecidos não liberados.

4.9.3.1.Para enxertos que serão criopreservados, pode-se mantê-los (após dissecção) em solução de antibióticos por até 48 horas, uma vez que esta solução seja trocada em 24 horas.

4.9.4.Os bancos podem fornecer enxertos frescos ou descelularizados, o que implica em mudança do protocolo acima citado.

4.10. Processamento:

4.10.1.Os métodos utilizados pelo Banco de Tecidos Cardiovasculares para o processamento dos tecidos e seus derivados devem estar baseados em experiência nacional ou internacional documentada em literatura e descritos em POPs.

4.10.2.Novos métodos de processamento devem ter sua eficácia devidamente comprovada "in vitro" e "in vivo" no sentido de conferir aos materiais as características desejadas para a sua utilização.

4.10.3.Todas as etapas de processamento que envolvam a manipulação dos tecidos e seus derivados propriamente ditos, devem ocorrer dentro da área física privativa do Banco de Tecidos Cardiovasculares (ou Multitecidos).

4.10.4.Não é permitido o processamento simultâneo de tecidos de mais de um doador na mesma sala de processamento.

4.10.5.Não é permitido o processamento simultâneo de diferentes tipos de tecido de um mesmo doador em um mesmo ambiente de processamento.

4.10.6.As unidades de tecido produzidas devem ser identificadas de forma a garantir sua rastreabilidade.

4.10.7.Durante todo o processamento, os tecidos devem estar expostos, exclusivamente, a ambiente ISO classe 5 (NBR/ISO 14644-4 da ABNT) e manipulados com técnica estéril. A paramentação estéril do operador pode ser realizada na sala de processamento ou em sua antecâmara.

4.10.8.Todas as etapas e lotes de insumos utilizados no processamento devem ser registrados em formulários identificados e anexados à documentação do doador.

4.10.9.Todos os materiais e insumos utilizados e que mantêm contato com os tecidos, devem ser estéreis, apirogênicos, atóxicos, devendo ser registrados a respectiva origem e o número de lote.

4.11. Controle Microbiológico dos Tecidos:

4.11.1.Os Bancos de Tecidos Cardiovasculares devem possuir protocolos de controle microbiológico dos tecidos que permitam garantir sua qualidade no momento da sua liberação.

4.11.2.Os controles microbiológicos são feitos no Banco, nas seguintes etapas:

4.11.2.1 solução de transporte (solução em que o coração foi submerso na captação) - antes do início da dissecção;

4.11.2.2 fragmentos de miocárdio e conduto após o período de descontaminação com solução de antibióticos;

4.11.2.3 solução de congelamento, antes da criopreservação (embalagem pré-distribuição);

4.11.3.Os exames microbiológicos devem investigar e qualificar a presença de micróbios aeróbicos, anaeróbicos e fúngicos.

4.11.4.Os resultados dos exames microbiológicos devem ser analisados pelo responsável técnico do banco, que avaliará se o microorganismo possui patogenicidade que inviabilize seu processamento, a sua liberação imediata para uso terapêutico, a necessidade da realização de esterilização complementar ou o descarte do tecido.

4.12. Embalagem Pós Processamento:

4.12.1.Não é permitida a embalagem de tecidos provenientes de mais de um doador em uma mesma embalagem.

4.12.2.Não é permitida a embalagem de diferentes tecidos de um mesmo doador em uma mesma embalagem.

4.12.3.A embalagem deve ser realizada dentro do espaço privativo do Banco de Tecidos Cardiovasculares ou Multitecidos, em ambiente controlado e classificado como ISO classe 5 .

4.12.4.Os procedimentos devem ser documentados, e as embalagens das unidades dos tecidos produzidos devem ser rotuladas de maneira a permitir sua identificação e rastreabilidade. Esta identificação deve ser anexada à documentação do doador.

4.12.5.As peças devem ser acondicionadas em embalagens duplas e estéreis (ambas de plástico, ou, primária de vidro e secundária de plástico), que assegurem a integridade e a esterilidade de seu conteúdo, e que não ofereçam risco de liberação de substâncias citotóxicas ou pirogênicas do material da embalagem para o produto.

4.12.6.As unidades para distribuição devem portar rotulo que mantenha sua integridade durante o processo de armazenamento e distribuição, contendo obrigatoriamente as seguintes informações:

4.12.6.1 nome e endereço e telefone de contato do Banco de Tecidos Cardiovasculares;

4.12.6.2 código alfa numérico, único, de identificação da unidade de tecido;

4.12.6.3 tipo de tecido;

4.12.6.4 tipo de processamento;

4.12.6.5 valvas: diâmetro do anel em mm, comprimento do conduto em cm;

4.12.6.6 apresentação;

4.12.6.7 data de validade (dia, mês e ano);

4.12.6.8 condições de armazenamento (ex: temperatura);

4.12.6.9 possíveis resíduos de produtos utilizados no processamento e que possam desencadear reações adversas (ex: antibióticos, etc);

4.12.6.10 informações sobre tipo de esterilização complementar realizada; e

4.12.6.11 produto liberado para uso em humanos.

4.12.7.Os tecidos distribuídos para finalidade de pesquisa ou ensino, deverão portar rótulo adicional designando que os tecidos estarão sendo liberados para uso com esta finalidade.

4.13. Armazenamento:

4.13.1.A forma de armazenamento deve ser definida em POP baseados em experiência nacional ou internacional descrita na literatura.

4.13.2.Os tecidos armazenados no Banco de Tecidos Cardiovasculares, devem ser conservados, de acordo com POP, em refrigerador específico com área delimitada para enxertos em andamento.

4.13.3.Os tecidos refrigerados, em quarentena ou processados, e não liberados para distribuição, devem ser armazenados em refrigerador (vide Equipamentos e Materiais), identificado como Tecidos Não Liberados.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300319

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

4.13.4.Os tecidos congelados, com ou sem criopreservantes, em quarentena ou processados e não liberados para distribuição, devem ser armazenados em ultra congelador (vide Equipamentos e Materiais), identificado como Tecidos Não Liberados.

4.13.5.Banco deve dispor de sistema de registro da localização dos tecidos, identificados conforme o descrito em 6.11.6, que permita a localização, de forma ágil, dos tecidos dentro dos ultra congeladores.

4.13.6.Os tecidos e seus derivados, conforme processamento e temperatura de armazenamento, possuem tempo máximo de validade para distribuição. Uma vez findo o prazo de validade, todos as unidades de tecidos remanescentes devem ser descartadas segundo legislação vigente. O descarte deve ser registrado no Prontuário do Doador, e comunicado nos relatórios mensais ao SNT.

4.14. Tempo de armazenamento dos tecidos:

4.14.1.Tecidos refrigerados, mantidos em solução nutriente ou fisiológica, podem ser armazenados por um período máximo de 14 (quatorze) dias ou de acordo com protocolos do banco.

4.14.2.Tecidos congelados ou criopreservados à temperatura máxima de 130°C negativos podem ser armazenados por um período máximo de até 10 (dez anos).

4.15. Disponibilização:

4.15.1.Os tecidos e seus derivados serão distribuídos para transplante somente com solicitação documentada do profissional transplantador que esteja autorizado pela Coordenação do SNT, que contenha informações sobre o receptor (nome completo, sexo, nome da mãe, endereço, data do nascimento, CPF e informações sobre o profissional transplantador (nome completo, especialidade, endereço e telefone de contato), características e quantidade de tecido, indicação terapêutica e procedimento a ser realizado, local onde será realizado o procedimento e data prevista).

4.15.2.Os tecidos e seus derivados serão distribuídos para pesquisa somente com solicitação documentada do pesquisador, que contenha seus dados (nome completo, RG, endereço e telefone, vínculo acadêmico ou profissional), local aonde será realizado o projeto, características e quantidade dos tecidos solicitados, data prevista para a utilização dos tecidos, cópia do parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição e declaração do Pesquisador Responsável reconhecendo a impossibilidade do uso destes tecidos para pesquisa clínica em humanos.

4.15.3.A distribuição das unidades de tecidos, com sua identificação, deve ser registrada no Registro de Distribuição de Tecidos para Transplante ou no Registro de Distribuição de Tecidos para Pesquisa e deve constar do relatório mensal enviado ao SNT.

4.15.4.Deve ser acompanhada de instruções técnicas por escrito, com informações que complementem as contidas no rótulo da unidade e que sejam consideradas importantes pelo Banco para o armazenamento e utilização do tecido, tais como:

4.15.4.1 alerta para o fato de que a(s) unidade(s) de tecido enviada(s) devem ser utilizadas em apenas um receptor, em um único procedimento, ou unicamente no projeto de pesquisa para o qual o material foi solicitado;

4.15.4.2 informações de como o tecido deve ser armazenado e/ou manipulado antes da sua utilização;

4.15.4.3 instruções especiais sobre sua utilização;

4.15.4.4 informações sobre os possíveis riscos biológicos presentes no material (por exemplo: contaminantes e contato com alérgenos);

4.15.4.5 informações sobre a necessidade do descarte, de acordo com legislação vigente para gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde, caso o tecido enviado não seja transplantado total ou parcialmente, ou utilizado total ou parcialmente no projeto de pesquisa ou ensino para o qual foi solicitado, deve ser enviado ao Banco um relatório comunicando o fato, acompanhado de justificativa; e

4.15.4.6 alerta para a obrigatoriedade de informar ao Banco sobre a ocorrência de reações adversas após transplante.

4.15.5. Os tecidos distribuídos e eventualmente devolvidos ao Banco não poderão ser novamente armazenados, devendo ser descartados.

4.17. Acondicionamento e Transporte dos Tecidos:

4.17.1.O Banco de Tecidos Cardiovasculares fica responsável em acondicionar os tecidos em recipientes chamados cryoshipper que assegurem o trânsito dos materiais em temperaturas adequadas por um período variado de 3 a 10 dias, tempo estimado para a chegada do material até o local de destino, entretanto podem também ser transportados em gelo seco submerso em nitrogênio liquido.

4.17.2. Transporte do tecido até o local de utilização, e armazenamento adequado até o seu uso, deve ser realizado de maneira a assegurar sua integridade e qualidade, sendo de responsabilidade do profissional transplantador ou pesquisador.

4.18. Controle de Qualidade:

4.18.1. O Banco deve desenvolver um programa de controle de qualidade dos tecidos que inclua entre outros, um manual de qualidade, critérios de aceitação ou exclusão de doadores de tecidos específicos, registros completos desde a entrevista até a distribuição dos tecidos, manuais de procedimentos, propostas de monitoração ambiental, das temperaturas de ultra congeladores e refrigeradores, da manutenção de equipamentos, dos insumos utilizados, registros de efeitos adversos, critérios de recolhimento, descarte de materiais impróprios para uso, registros de não conformidades e instruções acerca de procedimentos corretivos bem como monitorar a presença de patógenos nos tecidos processados e embalados previamente à sua liberação para uso.

4.18.2. Todo tecido em estoque, liberado para transplante, liberado para utilização em pesquisa e descartado deve ter registro lógico que possibilite seu rastreamento a qualquer momento.

4.18.3. Deve existir sistema de notificação as CNCDOs e ao SNT quando da ocorrência de efeitos adversos após transplante.

4.18.4. Controle de qualidade básico dos homoenxertos deverá ser feito por intermédio de:

4.18.4.1 inspeção visual - realizada por observadores capacitados (normalmente o cirurgião cardiovascular ou o biólogo responsável);

4.18.4.2 teste de competência valvar com solução salina isotônica;

4.18.4.3 análise dos gráficos das curvas de congelamento;

4.18.4.4 culturas bacteriológicas para afastar a possibilidade de contaminação;

4.18.4.5. análise histológica; e

4.18.4.6 cultura de fibroblastos para análise do grau de viabilidade celular.

4.18.5. Esses testes de controle de qualidade deverão ser feitos individualmente para cada valva, com exceção da cultura de fibroblastos, que poderá ser feita por amostragem.

4.18.6. Controle bacteriológico, por meio de técnicas convencionais, poderá ser realizado pelo próprio banco, ou, caso não disponha de capacidade instalada, em laboratórios devidamente cadastrado para tal. O mesmo se aplica para a análise histológica convencional.

4.18.7. A cultura de fibroblastos poderá ser feita com auxílio de terceiros, em laboratórios técnicos de análise adequadamente equipados para tal.

4.18.8. As CNCDO deverão encaminhar os tecidos doados acompanhados de relatórios de coleta completos - história clínica, exames laboratoriais, sorologia, entre outros.

4.18.9. A decisão de aceitar ou não o tecido doado é de competência do Banco, que a adotará em conformidade com seus protocolos estabelecidos.

4.19. Descarte de Resíduos:

4.19.1. Os resíduos de processamento e os tecidos com prazos de validade vencidos ou impróprios para uso por exames laboratoriais devem ser descartados de acordo com a legislação vigente para descarte de resíduos de serviços de saúde.

4.19.2. Banco deve ter um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de acordo com a legislação vigente.

4.20. Registros:

4.20.1. Prontuário do Doador: O Banco de Tecidos Cardiovasculares deve manter disponíveis na forma de Prontuário do Doador, todos os registros de dados de identificação e técnicos do doador, dos tecidos e do receptor por um período mínimo de 20 (vinte) anos, garantindo assim sua rastreabilidade, com arquivos dos registros relativos a:

4.20.1.1 Dados do (a) doador (a);

4.20.1.1.1 Ficha de consentimento livre e esclarecido assinado pelo(a) doador(a) ou seu responsável legal;

4.20.1.1.2 Dados da retirada dos tecidos e transporte dos tecidos ao Banco.

4.20.1.1.3 Registros do processamento, incluindo a identificação numérica ou alfa-numérica dos lotes e itens gerados;

4.20.1.1.4 Resultados de testes laboratoriais referentes ao doador e à microbiologia dos tecidos;

4.20.1.1.5 Dados do armazenamento;

4.20.1.1.6 Motivo e data de descarte de tecidos pré-distribuição, quando houver;

4.20.1.1.7 Dados da Distribuição para Transplante Clínico ou Pesquisa, incluindo:

4.20.1.1.7.1 Data(s) da distribuição;

4.20.1.1.7.2 Nome completo do receptor e identificação dos lote(s) / item(s) a ele enviados;

4.20.1.1.7.3 Nome completo do médico transplantador responsável;

4.20.1.1.7 4 Local e data do transplante;

4.20.1.1.7 5 Indicação médica para utilização e procedimento realizado;

4.20.1.1.7.6 Nome completo do pesquisador (quando aplicável);

4.20.1.1.7.7 Local e data da utilização em pesquisa (quando aplicável);

4.20.1.1.7.8 Copia do Projeto e de sua aprovação em Comitê de Ética e Pesquisa (quando aplicável);

4.20.1.1.8 Data e motivo do descarte do lote/itens de tecidos, quando couber;

4.20.2 Os dados podem ser mantidos por meio da informática ou microfilmagem e armazenados com cópias de segurança, em sistemas com proteção contra fraudes ou alterações de dados e garantia de inviolabilidade.

4.20.3 Livro de Registro de Entrada de Tecidos: Deve haver livro de Registro de Entrada de Doadores, contendo no mínimo:

4.20.3.1 Identificação do doador (nome completo, sexo, idade e RG);

4.20.3 2 A identificação numérica ou alfanumérica do doador, conferida pelo Banco

4.20.3 3 Data da retirada;

4.20.3.4 Instituição local onde foi feita a retirada.

4.20.4. Livro de Registro de Saída de Tecidos para Transplantes Clínicos: Deve haver livro de Registro de Saída para Transplantes Clínicos contendo:

4.20.4.1 Data da Distribuição;

4.20.4.2 Identificação numérica ou alfanumérica da unidade de tecido distribuído;

4.20.4.3 Identificação do receptor (nome completo, sexo, idade e RG);

4.20.4.4 Nome do profissional transplantador;

4.20.4.5 Instituição onde será realizado o transplante;

4.20.4.6 Indicação terapêutica e procedimento a ser realizado;

4.20.4.7 Data prevista para utilização do tecido;

4.20.4.8 Descarte do tecido e justificativa.

4.20.5. Livro de Registro de Saída de Tecidos para Pesquisa ou Ensino: Deve haver livro de Registro de Distribuição para Pesquisa e Ensino, contendo:

4.20.5.1 Data da Distribuição;

4.20.5.2 Identificação numérica ou alfanumérica da(s) unidades de tecido distribuído;

4.20.5.3 Nome do pesquisador responsável;

4.20.5.4 Instituição onde será realizada a pesquisa ou projeto de ensino;

4.20.5.5 Nome do Projeto;

4.20.5.6 Data prevista para utilização do tecido;

4.20.5.7 Descarte do tecido e justificativa.

4.20.6 A comunicação do descarte dos tecidos distribuídos para transplante clínico ou para pesquisa deve ser registrada nos respectivos Prontuários do Doador, juntamente com a sua justificativa.

4.20.7. A comunicação de efeitos colaterais indesejáveis com o uso dos transplantes deve ser registrada no Prontuário do Doador, juntamente com as medidas tomadas e notificadas às autoridades competentes.

4.20.8. O Banco de Tecidos Cardiovasculares deve manter registros dos processos de controle e garantia de qualidade dos procedimentos, equipamentos, reagentes e correlatos e controle de qualidade dos ambientes;

4.20.9. O Banco de Tecidos Cardiovasculares deve apresentar registros da validação dos recipientes térmicos usados no transporte.

4.20.10. Todas as etapas e insumos utilizados no processamento devem ser registrados em formulários identificados e anexados à documentação do doador.

4.20.11 O Banco de Tecidos Cardiovasculares deve dispor de sistema seguro de registro que permita a localização, de forma ágil, dos tecidos dentro dos ultracongeladores e dos refrigeradores.

4.20.12 Todos os registros do Banco devem ser de caráter confidencial, respeitando o sigilo da identidade do doador e do receptor.

Anexo 8 do Anexo I

DOS BANCOS DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL E PLACENTÁRIO (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Anexo 16)

DOS BANCOS DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL E PLACENTÁRIO

Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP) é o serviço destinado a coletar, transportar, processar, armazenar, registrar e disponibilizar células progenitoras hematopoéticas de sangue de cordão umbilical e placentário para a realização de transplante alogênico não-aparentado.

Para o seu funcionamento, o BSCUP deve estar formalmente vinculado a um serviço de transplante de células progenitoras hematopoéticas, ou a um serviço de hemoterapia, ou a ambos os serviços e autorizados pelo SNT, respeitando os preceitos da Rede BrasilCord.

1. NORMAS GERAIS PARA FUNCIONAMENTO

1.1. O BSCUP deve atender às exigências legais deste Regulamento Técnico para a sua autorização, instalação e credenciamento.

1.2. O BSCUP deve apresentar licença emitida pelo Órgão de Vigilância Sanitária competente.

1.3. A licença de que trata o item anterior é válida pelo período de 1 (um) ano, a contar da data de sua emissão, podendo ser invalidada, a qualquer momento, em caso de descumprimento das normas estabelecidas por este Regulamento, assegurados o contraditório e a defesa do titular da licença.

1.4. No prazo de 1 (um) ano, a contar do início do seu funcionamento, o BSCUP deve implantar um sistema de garantia da qualidade validado, nacional ou internacionalmente, e comprovar formalmente que está em processo de certificação.

1.5. Competências

1.5.1. Aos BSCUP para uso alogênico não-aparentado são atribuídas as seguintes competências:

1.5.2. Receber células progenitoras hematopoéticas de sangue de cordão umbilical e placentário obtidas pelas equipes de coleta, sob a orientação e responsabilidade técnica do BSCUP;

1.5.3. Avaliar e processar células progenitoras hematopoéticas de sangue de cordão umbilical e placentário para utilização em transplantes alogênicos não-aparentados;

1.5.4. Providenciar a realização dos exames laboratoriais necessários à identificação de possíveis contra-indicações a seu emprego;

1.5.5. Garantir a qualidade e a conservação das células progenitoras hematopoéticas de sangue de cordão umbilical e placentário que estejam sob a sua responsabilidade;

1.5.6. Disponibilizar as unidades de células progenitoras hematopoéticas de sangue de cordão umbilical e placentário, para distribuição conforme a legislação vigente;

1.5.7. Fornecer à equipe médica responsável pela realização do transplante todas as informações necessárias a respeito da unidade a ser utilizada, cabendo ao médico do paciente a responsabilidade pela sua utilização;

1.5.8. Manter arquivo próprio com dados sobre: a mãe e o recém-nascido, os respectivos documentos de autorização de doação, as unidades doadas, as unidades processadas, as unidades armazenadas, as unidades descartadas e o motivo do descarte, as unidades fornecidas para transplante, os receptores e sua evolução após o transplante; e

1.5.9. Enviar, preferencialmente por meio eletrônico, um relatório mensal com os dados de produção do BSCUP ao Sistema Nacional de Transplantes informando:

1.5.9.1. número de unidades coletadas;

1.5.9.2. número de unidades processadas;

1.5.9.3. número de unidades armazenadas;

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300320

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

1.5.9.4. número de unidades descartadas e o(s) motivo(s) do descarte, e

1.5.9.5. número de unidades fornecidas para transplante.

1.2. Normas Específicas:

1.2. Normas Específicas:

1.2.1. Regulamento Interno: O banco de sangue de cordão umbilical e placentário - BSCUP - deve instituir um regulamento do qual constem:

1.2.1.1. Constituição do BSCUP;

1.2.1.2. Finalidade;

1.2.1.3. Subordinação técnico-científica;

1.2.1.4. Subordinação administrativa;

1.2.1.5. Organograma geral; e

1.2.1.6. Qualificação e atribuições do responsável técnico e dos profissionais das equipes envolvidas nos procedimentos.

1.2.2. Manual Técnico Operacional: O banco de sangue de cordão umbilical e placentário (BSCUP) deve possuir manual técnico operacional, definindo com detalhes todos os procedimentos de coleta, transporte, processamento de células, armazenamento, liberação, descarte e registros. Este manual deve conter ainda:

1.2.2.1. Indicação do responsável técnico para cada procedimento.

1.2.2.2. As condutas frente às não-conformidades.

1.2.2.3. As normas de biossegurança.

1.2.2.4. Previsão de revisão anual, assinado e datado pelo responsável técnico.

1.2.2.5. Disponibilidade para consulta permanente, e

1.2.2.6. A estrutura administrativa e técnico-científica.

1.2.3. O BSCUP deve ter estrutura administrativa e técnico-científica claramente definida em seu regimento interno, indicando qualificação, as obrigações e as responsabilidades de cada profissional da equipe.

1.2.4. Deve estar disponível uma relação nominal, acompanhada da correspondente assinatura de todo o pessoal técnico-científico e administrativo, indicando as respectivas funções e responsabilidades.

1.2.5.A manutenção e a atualização da relação citada no item b é atribuída ao responsável técnico e seu conteúdo deve ser do conhecimento de todo o pessoal do BSCUP, e

1.2.6.A responsabilidade técnica pelo BSCUP deve ficar a cargo de um médico especialista em hematologia ou hemoterapia, ou a profissional médico, qualificado por órgão competente devidamente reconhecido para este fim.

2. INSTALAÇÕES FÍSICAS

2.1. Como o BSCUP deve estar vinculado ou associado a um serviço de hemoterapia ou de transplante de células progenitoras hematopoéticas, pode utilizar a infra-estrutura geral deste serviço, como lavanderia, rouparia, limpeza e esterilização de materiais, farmácia e outros.

2.2. O BSCUP, especificamente, deve contar, no mínimo, com as seguintes instalações:

2.2.1.Local de coleta: se destinará à coleta deve ser realizada em hospital ou maternidade com licença sanitária.

2.2.2.Área de processamento: deve ser destinada ao processamento e criopreservação celular. Esta área deve permitir a manipulação de células em condições estéreis.

2.2.3.Área de Armazenamento: deve ser específica destinada ao armazenamento de tecidos criopreservados.

2.3.4.Se for utilizado congelador mecânico com temperatura igual ou inferior a 135°C negativos, a área de armazenamento deve contar com sensor de temperatura ambiental com alarme.

2.3.5.Se o armazenamento das células for em tanques de nitrogênio, ou se houver um sistema de segurança para congelador mecânico com temperatura igual ou inferior a 135 °C negativos, a área de armazenamento deve contar também com:

2.3.5.1.Visualização externa do seu interior;

2.3.5.2.Sistema exclusivo de exaustão externa, ou janela, que permita o intercâmbio de ar entre a área de armazenamento e o ambiente externo do prédio;

2.3.5.3.Sensor do nível de oxigênio ambiental com alarmes interno e externo;

2.3.5.4.Alarmes interno e externo que alertem para possíveis falhas no suprimento de nitrogênio líquido e ou do equipamento de armazenamento, e

2.3.5.5.Secretaria - deve ser destinada aos trabalhos de secretaria e arquivamento de documentos.

3. EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

3.1. O BSCUP deve contar, no mínimo, com os seguintes equipamentos e materiais:

3.1.1.Balança eletrônica;

3.1.2.Contador de células;

3.1.3.Câmara de fluxo laminar, de uso obrigatório em área de processamento;

3.1.4.Incubadora com atmosfera de CO2;

3.1.5.Seladora, manual ou automática, de tubos de bolsas;

3.1.6.Computador acoplado a uma impressora de etiqueta de código de barras e a uma leitora óptica de código de barras;

3.1.7.Microscópio óptico comum;

3.1.8.Geladeira apropriada para armazenamento de hemocomponentes;

3.1.9.Congelador com temperatura de 80 °C negativos;

3.1.10.Congelador com temperatura igual ou inferior a 135 °C negativos ou reservatório de nitrogênio líquido adequado e exclusivo para o armazenamento de células de sangue de cordão umbilical e placentário;

3.1.11.Sensor para monitoramento da concentração de oxigênio (O2) no ambiente;

3.1.12.Contêiner apropriado e específico, identificado, para envio de material criopreservado para o serviço de transplante;

3.1.13.Equipamento de criopreservação que permita taxa programada de resfriamento, e

3.1.14.Estojo para a proteção de bolsas plásticas no armazenamento em temperatura igual ou inferior a 135 °C negativos.

3.1.15.Extrator de plasma (obrigatório em BSCUP que faça redução de volume - plasma/eritrócito); e

3.1.16.Centrífuga refrigerada (obrigatório em BSCUP que faça redução de volume - plasma/eritrócito).

3.2. É altamente recomendável a utilização de bioarquivo.

4. DOAÇÃO

4.1. A doação de sangue de cordão umbilical e placentário deve respeitar a Resolução CFM n° 1.544/99 ou a que vier a substituí-la, dentro dos demais preceitos legais.

4.1.2.A doação de sangue de cordão umbilical e placentário deve garantir:

4.1.2.1.o sigilo - toda informação relativa a doadores e receptores deve ser coletada, tratada e custodiada no mais estrito sigilo. Não pode ser facilitada, nem divulgada, informação que permita a identificação do doador ou do receptor. Da mesma forma, o receptor não pode conhecer a identidade do doador, nem o doador do receptor. Fica assegurado às autoridades, de vigilância sanitária e do Sistema Nacional de Sangue, o acesso aos registros para fins de inspeção e investigação;

4.1.2.2.a publicidade - as campanhas publicitárias para a doação de sangue de cordão umbilical e placentário devem ter caráter geral, ressaltando os aspectos de ser um ato voluntário, altruísta e desinteressado, sendo, proibida a publicidade para a doação em benefício de uma determinada pessoa física ou jurídica;

4.1.2.3.a gratuidade - o doador e seu(s) responsável(eis) legal(ais) não pode(m) receber nenhuma remuneração ou qualquer outro tipo de compensação material ou financeira pelo ato da doação;

4.1.2.4.o consentimento livre, esclarecido, consciente e desinteressado deve ser obtido antes da coleta, por escrito e assinado pelo(s) responsável(eis) legal(ais) e pelo médico; quando o(s) responsável(eis) legal(ais) for(em) analfabeto(s), o documento deve ter a aposição de digital deste(s) e ser assinado por duas testemunhas;

4.1.2.4.1.O consentimento livre e esclarecido não pode ser obtido de pessoas com deficiências psíquicas, enfermidade mental ou qualquer outra causa ou motivo que possa comprometer a garantia dos princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não-maleficência e igualdade.

4.1.2.4.2.O consentimento livre e esclarecido deve ser redigido em linguagem clara e compreensível para o leigo e deve conter, pelo menos:

4.1.2.4.2.1.Autorização para descartar as unidades que não atenderem aos critérios para armazenamento pelo BSCUP, ou seu uso posterior para transplantes;

4.1.2.4.2.2.Autorização para descartar unidades caso tenha excedido o prazo de armazenamento considerado seguro para a utilização das células para transplantes;

4.1.2.4.2.3.Autorização para a coleta de uma amostra de sangue da mãe, e uma amostra do SCUP, para outros testes de importância ao transplante de células hematopoéticas;

4.1.2.4.2.4.Autorização para acesso aos prontuários médicos da mãe e do recém-nascido, para obtenção de dados clínicos e história médica com importância potencial para o transplante de células hematopoéticas;

4.1.2.4.2.5.Autorização para transferir os dados sobre o SCUP para serviços de transplante e bancos de registros nacionais e internacionais de unidades disponíveis para transplante, garantido o anonimato;

4.1.2.4.2.6.Autorização para transferir fisicamente, a unidade de SCUP para serviços de transplante, sendo garantido o anonimato;

4.1.2.4.2.7.Autorização para armazenar amostras de células, plasma, soro e DNA maternos e do SCUP para testes que se fizerem necessários no futuro; e

4.1.2.4.2.8.Autorização para eventual coleta com a placenta "in utero" nos BSCUP que assim procedem.

4.2. Seleção de doadoras:

4.2.1. São candidatas à doação de SCUP, gestantes que satisfaçam pelo menos as seguintes condições:

4.2.1.1. Idade entre 18 e 36 anos 11 meses e 29 dias, inclusive, que tenham se submetido, no mínimo, a duas consultas pré-natais documentadas;

4.2.1.2. Idade gestacional igual ou superior a 35 semanas, peso fetal igual ou superior a 2000 g, bolsa rota há menos de 18 horas, trabalho de parto sem anormalidade, ausência de processos infecciosos durante a gestação ou doenças que possam interferir com a vitalidade placentária.

4.3 Critérios de exclusão de doadoras:

4.3.1. Sofrimento fetal grave;

4.3.2. Feto com anormalidade congênita;

4.3.3. Infecção durante o trabalho de parto;

4.3.4. Temperatura materna superior a 38 °C durante o trabalho de parto;

4.3.5. Gestante com situação de risco acrescido para transmissão de doença infecciosa, conforme a legislação em vigor para doação de sangue;

4.3.6. Presença de doenças que possam interferir na vitalidade placentária;

4.3.7. Gestante em uso de hormônios ou drogas passíveis de depósito nos tecidos;

4.3.8. Gestante com história pessoal de doença sistêmica auto-imune ou de neoplasia;

4.3.9. Gestante e seus familiares, pais biológicos e seus familiares, ou irmãos biológicos do recém-nascido com história de doenças hereditárias do sistema hematopoético (doença falciforme, talassemia, deficiências enzimáticas, esferocitose, eliptocitose, anemia de Fanconi, porfiria, plaquetopatias, neutropenia crônica, outras doenças de neutrófilos), doença granulomatosa crônica, imunodeficiência, demência, doenças neurológicas degenerativas, doenças metabólicas ou outras doenças genéticas.

5. COLETA, ROTULAGEM E PROCESSAMENTO

5.1. A coleta deve ser feita, em sistema fechado, por médico ou enfermeiro treinado e capacitado, sob a responsabilidade do responsável técnico do BSCUP.

5.2. Todos os reagentes e materiais (agulhas, equipamentos e bolsas) utilizados na coleta e processamento, que mantêm contato com o SCUP, devem ser estéreis, apirogênicos e descartáveis, devendo ser registrados a respectiva origem e o número de lote.

5.3. Devem ser atribuídos números de identificação consecutivos a cada unidade de SCUP, devendo ser colocada uma etiqueta de código de barras de igual numeração:

5.3.1. No termo de consentimento informado; na ficha que contém os dados do pré-natal da mãe, do parto, e do recém-nascido;

5.3.2. Na ficha que contém os dados da coleta, acondicionamento, transporte, processamento, criopreservação e armazenamento do BSCUP e dos resultados dos testes laboratoriais realizados;

5.3.3 Em cada bolsa coletada e nas amostras da mãe e do SCUP.

5.4. O volume do SCUP coletado deve ser calculado a partir do peso líquido da coleta, assumindo 1 ml = 1 g. O sangue coletado só pode ser aceito para processamento se a quantidade coletada for igual ou superior a 70 ml, excluído o anticoagulante, ou se o número total de células nucleadas for superior a 5 x 108.

5.5. O sangue coletado e rotulado deve ser armazenado temporariamente a temperatura de 4 °C, (mais ou menos 2 °C) até ser transportado para o laboratório de processamento do BSCUP. O tempo entre a coleta e o início de processamento não deve exceder 36 horas.

5.6. O transporte para o laboratório de processamento deve ser feito em caixa térmica que mantenha a temperatura interior entre 4 °C e 24 °C. A caixa térmica deve dispor de um sistema de monitoramento e registro da temperatura interna, que acuse valores fora desses limites. Esse sistema deve ser validado pelo serviço.

5.7.A irradiação do material é expressamente proibida durante o seu transporte, inclusive em aeroportos. A caixa térmica deve conter no lado externo: identificação do responsável pelo encaminhamento do material, local de destino, nome do responsável pela sua recepção e tipo de material contido no interior. No lado externo deve constar o seguinte aviso:

MATERIAL BIOLÓGICO (CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTICAS) PARA TRANSPLANTE. NÃO SUBMETER À IRRADIAÇÃO (RAIO X).

5.8.O material transportado deve ser acompanhado de uma lista de transporte assinada pelo responsável pela embalagem no centro de coleta, enumerando todas as unidades de SCUP e amostras contidas no contêiner de transporte.

5.9.Devem ser registradas as temperaturas mínima e máxima durante o transporte.

5.10.A responsabilidade pelo material até a sua chegada ao local de processamento é de quem o coletou.

5.11.As alíquotas devem ser preparadas uma bolsa de cada vez, para evitar erros de rotulagem ou troca de amostras.

6. TESTES LABORATORIAIS

6.1.A determinação de antígenos HLA deve ser feita por laboratório autorizado pelo SNT regularmente credenciado ao Sistema Único de Saúde e que atenda às exigências especificadas na legislação vigente.

6.2.Os exames para detecção de doenças infecciosas no sangue da mãe, bem como para detecção da contaminação bacteriana do SCUP, devem ser realizados pelo laboratório da própria unidade de processamento ou terceirizados a laboratório habilitado, e regularmente cadastrado pelo SUS, que atenda às exigências especificadas na legislação vigente.

6.3.Testes realizados na mãe: Numa primeira amostra de sangue, colhida no dia do parto, ou até 48 horas após o parto, e numa segunda amostra, colhida entre o segundo e o sexto mês após o parto, devem ser realizados os testes laboratoriais de triagem de doenças infecciosas transmissíveis pelo sangue conforme legislação vigente para doação de sangue. Na primeira amostra também devem ser realizados os seguintes testes:

6.3.1.Citomegalovírus - sorologia para a detecção de anticorpos totais e IgM;

6.3.2 Toxoplasmose - sorologia para a detecção de anticorpos IgM;

6.3.3 Eletroforese de hemoglobina.

6.4 Testes realizados na unidade de sangue coletada: Os seguintes testes laboratoriais devem ser realizados nas unidades de SCUP, em alíquota coletada antes da criopreservação:

6.4.1 Eletroforese de hemoglobina;

6.4.2 Tipagem de HLA-A, HLA-B e HLA-DR. A tipagem HLA Classe I pode ser realizada por métodos sorológicos, entretanto em caso de ambigüidade deve ser esclarecida por técnica de biologia molecular;

6.4.3 Grupos sanguíneos ABO e fator Rh

6.4.4 Contagens celulares: número total de células nucleadas, número de eritroblastos e de células mononucleares. A unidade de SCUP deve ser armazenada e posta à disposição para transplante quando tiver um número total de células nucleadas superior a 5 x 108.

6.5 Testes para quantificação de células progenitoras hematopoéticas:

6.5.1 Contagem de células CD 34 positivas;

6.5.2 Número de unidades formadoras de colônias granulocíticasmonocíticas (CFU-GM);

6.5.3 Teste de viabilidade celular;

6.5.4 Testes para detecção de contaminação bacteriana, aeróbica e anaeróbica, e fúngica devem ser realizados pelo menos no produto final, após processamento e antes da criopreservação, em cada unidade de sangue de cordão umbilical e placentário. As unidades de SCUP com algum destes testes positivo devem ser descartadas.

7. CRIOPRESERVAÇÃO

7.1 A criopreservação deve ocorrer o mais precocemente possível. O tempo entre a coleta e a criopreservação não deve exceder 36 horas; durante esse período a unidade de SCUP coletada deve ser mantida a temperatura de 4 ºC (mais ou menos 2 °C) até o processamento.

7.2 A criopreservação deve ser obtida submetendo a unidade ao congelamento sob taxa regulada de resfriamento, em equipamento adequado, devendo ser registrados e disponíveis para o serviço de transplante:

7.2.1 A taxa de redução de temperatura;

7.2.2 A origem e o lote do criopreservante;

7.2.3 A concentração final de criopreservante;

7.3 No mínimo uma alíquota de cada unidade de SCUP, contendo células viáveis, deve ser criopreservada e armazenada sob as mesmas condições da unidade de SCUP correspondente, devendo estar disponível para os testes que antecedem o uso da mesma.

7.4 Uma alíquota de cada unidade de SCUP deve ser criopreservada e armazenada no tubo de extensão da bolsa (macarrão), selado e sem perder sua vinculação com a bolsa.

7.5 O BSCUP deve manter registros de avaliação anual da viabilidade celular de um percentual de unidades criopreservadas do seu inventário, definido no manual técnico-operacional.

8. ARMAZENAMENTO

8.1 A unidade de SCUP congelada deve ser depositada em um local fixo e pré-determinado que permita sua localização com facilidade, rapidez e segurança.

8.2 A bolsa plástica criopreservada deve ser protegida por um estojo adequado.

8.3 Um registro diário das condições dos congeladores mecânicos ou tanques de armazenamento deve ser mantido, documentando a temperatura (congelador mecânico) ou o nível de nitrogênio.

8.4 As seguintes condições de armazenamento devem ser mantidas:

8.4.1 As unidades de SCUP destinadas a transplante e as amostras de células viáveis devem ser mantidas em temperatura igual ou inferior a 135 °C negativos;

8.4.2 As alíquotas de plasma ou soro devem ser mantidas em temperatura igual ou inferior a 80 °C negativos.

8.5 As seguintes alíquotas do SCUP devem ser armazenadas, para testes futuros:

8.5.1 No mínimo duas alíquotas de plasma.

8.5.2 No mínimo uma alíquota de DNA ou de células mononucleares viáveis.

8.6 As seguintes alíquotas da amostra da mãe devem ser armazenadas para testes futuros.

8.6.1 No mínimo uma alíquota de soro ou plasma da mãe.

8.6.2 No mínimo uma alíquota de DNA ou de células mononucleares viáveis.

8.7 As alíquotas devem ser armazenadas durante todo o período de armazenamento da unidade de SCUP:

8.7.1 Até a sua utilização terapêutica da unidade de SCUP.

8.7.2 Até o descarte da unidade.

8.8 O BSCUP deve dispor de um sistema de segurança, incluindo monitoramento da temperatura dos equipamentos de armazenamento, alarmes em casos de mau funcionamento, ou temperaturas excedendo os limites permitidos, e instruções de procedimentos corretivos de emergência.

8.9 A documentação referente a cada doação deve ser arquivada durante todo o período de armazenamento na unidade de SCUP e por um período mínimo de 10 anos após a sua utilização terapêutica.

9. CATEGORIAS DE SCUP

9.1O SCUP armazenado deve ser classificado em uma das seguintes categorias, que deve ser registrada no banco de dados correspondente, e informado ao serviço de transplante que solicitou a unidade de SCUP:

9.1.1 SCUP não-manipulado: SCUP não submetido a qualquer forma de processamento, exceto pela adição de anticoagulante, solução de eletrólitos e solução crioprotetora;

9.1.2 SCUP com redução de volume: SCUP com redução de plasma e eritrócitos por sedimentação ou centrifugação;

9.1.3 SCUP manipulado: SCUP submetido a procedimentos "ex vivo" para seleção positiva (enriquecimento), seleção negativa (purificação), expansão e alteração funcional de populações específicas de células nucleadas. Incluem-se aqui as unidades submetidas a manipulação genética.

10. LIBERAÇÃO DA UNIDADE DE SCUP

10.1 A unidade somente pode ser liberada para transplante com resultados não reagentes ou negativos dos testes para:

10.1.1 Doenças infecciosas e genéticas, realizados em amostra do sangue materno, no momento da coleta;

10.1.2 Doenças genéticas, realizados na unidade de SCUP, no momento da coleta;

10.1.3 Detecção de contaminação bacteriana aeróbica, anaeróbica e fúngica na unidade de SCUP, realizados previamente à criopreservação;

10.2 O SCUP não deve ser aceito para uso se tiver um ou mais resultados reagentes, em qualquer teste, para doenças infecciosas transmissíveis pelo sangue na amostra da mãe. No caso de citomegalovírus, devem ser descartadas as unidades em que a mãe tiver teste reagente para anticorpos de classe IgM.

10.3 O transporte do SCUP criopreservado, do BSCUP para o serviço de transplante, deve obedecer às normas vigentes para esta finalidade e deve ser realizado da forma mais rápida e eficiente possível.

10.4 O material deve ser acondicionado em contêiner com nitrogênio líquido que possibilite a manutenção da temperatura em nível igual ou inferior a 135° C negativos durante todo o transporte, preferencialmente transporte a seco ("dry-shipper"). O volume de nitrogênio líquido deve ser suficiente para manter a temperatura por um período mínimo de 48 horas além do horário esperado para a chegada do material no serviço de transplante.

10.5 A temperatura do contêiner deve ser monitorada durante o transporte. A monitoração pode ser feita por meio de registro contínuo da temperatura ou por um sistema que indique que esta não excedeu o limite aceitável para o transporte.

10.6 A embalagem deve ser etiquetada para identificação. Esta etiqueta deve conter no mínimo as seguintes informações:

10.6.1 Identificação (nome, endereço e telefone) dos responsáveis pelo encaminhamento e pela recepção do material. O contêiner deve conter no lado externo o seguinte aviso:

MATERIAL BIOLÓGICO (CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTICAS) PARA TRANSPLANTE. NÃO SUBMETER À IRRADIAÇÃO (RAIO X).

10.6.2 A irradiação do material é expressamente proibida durante o seu transporte, inclusive em aeroportos.

11. Descarte de SCUP

11.1 O descarte de SCUP e de resíduos de laboratório deve estar de acordo com o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), aprovado pelos Órgãos competentes, e deverá ser feito de acordo com as normas vigentes.

12. REGISTROS

12.1 O BSCUP deve manter disponíveis, por todo o período de armazenamento da unidade de SCUP e por um período mínimo de 10 anos após a sua utilização terapêutica, arquivos em meio magnético, em linguagem compatível com sua utilização em sistemas integrados em rede, contendo informações sobre registros relativos a:

12.1.1 Dados do pré-natal e do parto.

12.1.2 Dados da coleta do SCUP.

12.1.3 Dados de acondicionamento e transporte do SCUP.

12.1.4 Processamento, criopreservação e armazenamento.

12.1.5 Resultados dos testes laboratoriais realizados.

12.1.6 Da data e motivo do descarte de unidades de SCUP, quando couber.

12.2 O BSCUP deve manter, por todo o período de armazenamento da unidade de SCUP e por um período mínimo de 10 anos após sua utilização terapêutica, o arquivo da ficha de consentimento livre e esclarecido, assinado pelo responsável legal.

Anexo 9 do Anexo I

DOS LABORATÓRIOS DE HISTOCOMPATIBILIDADE E IMUNOGENÉTICA (LHI) (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Anexo 17)

DOS LABORATÓRIOS DE HISTOCOMPATIBILIDADE E IMUNOGENÉTICA - LHI

1.Laboratório de histocompatibilidade e imunogenética é o estabelecimento que, com instalações físicas, equipamentos, recursos humanos e metodologias adequadas, realiza exames de histocompatibilidade e imunogenética no período pré-transplante em doadores e receptores de órgãos, tecidos e células-tronco hematopoéticas, e exames para o monitoramento imunológico de receptores no período pré e pós-transplante.

1.1.O laboratório de histocompatibilidade e imunogenética tem como atribuições garantir padrões técnicos e de qualidade relacionados à coleta, identificação, registro, transporte, processamento, armazenamento e descarte de amostras de doadores e receptores e emissão de laudos relacionados aos exames de histocompatibilidade e imunogenética.

1.2.Os laboratórios de histocompatibilidade e imunogenética para sua autorização junto à CGSNT, devem encaminhar processo de solicitação da referida autorização, com arrazoado que estabeleça a necessidade local destes serviços, especificando a demanda, os serviços pré-existentes da mesma natureza e intenção de contratualização dos serviços, firmada pelos Gestores Estadual e Municipal, nos casos em que se aplique, onde a conste sua anuência.

1.2.1.Os laboratórios de histocompatibilidade e imunogenética, quando da solicitação de autorização junto à CGSNT, devem encaminhar documento em que se declarem compromissados a realizar exames relativos à doação e transplante de rim com doadores vivos ou falecidos, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, nos 07 (sete) dias da semana.

1.2.3.Esta norma é aplicável a todos os serviços, públicos ou privados, que realizam exames de histocompatibilidade e imunogenética para fins de transplantes.

1.3.Os laboratórios de histocompatibilidade e imunogenética que realizam atividades para fins de transplante podem oferecer exames de histocompatibilidade e imunogenética para outros fins, desde que adequados as finalidades legais, e aos princípios da bioéticos.

1.4.Os laboratórios de histocompatibilidade e imunogenética que realizem atividade de pesquisa deverão submeter seus projetos à apreciação e aprovação dos respectivos comitês de ética em pesquisa, na forma da Resolução do Conselho Nacional de Saúde.

1.5.Fica estabelecido o prazo de 12 (doze) meses a contar da data de publicação deste Regulamento para que os laboratórios de histocompatibilidade e imunogenética atualmente em funcionamento se adeqüem às normas técnicas.

1.6.A construção, reforma ou adaptação na estrutura física dos Laboratórios de histocompatibilidade e imunogenética deve ser precedida de aprovação do projeto junto à autoridade sanitária local em conformidade com as normas sanitárias vigentes, suas atualizações ou instrumento legal que venha a substituí-las, e comunicada à CGSNT.

2.Exigências Legais

2.1.O laboratório de histocompatibilidade e imunogenética deve atender às exigências legais para a sua instalação e funcionamento contidas neste Regulamento Técnico.

2.2.O laboratório de histocompatibilidade e imunogenética deve apresentar alvará sanitário, licença de funcionamento ou licença sanitária atualizada, emitida pelo órgão de vigilância sanitária competente, de acordo com as normas sanitárias vigentes, salvo disposições legais estaduais ou municipais em contrário.

2.3.Quando o laboratório de histocompatibilidade e imunogenética estiver instalado dentro de um laboratório clínico, vale a licença deste último, e deve constar em seu ramo de atividades os exames de histocompatibilidade e imunogenética para fins de transplante. O laboratório clínico, neste caso, não se isenta de seguir o disposto neste Regulamento Técnico.

2.4.A renovação da licença sanitária deverá ser solicitada ao órgão de vigilância sanitária competente.

2.5.Todo Laboratório de histocompatibilidade e imunogenética, público ou privado, deve estar inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

2.6.Para seu funcionamento, e de acordo com o definido neste Regulamento Técnico o laboratório de histocompatibilidade e imunogenética deve estar autorizado pela CGSNT/DAE/SAS/MS.

3. Exigências específicas para autorização

3.1.A abertura de qualquer laboratório de histocompatibilidade deverá ser precedida de manifestação dos Gestores Estadual e Municipal do SUS sobre a necessidade de sua criação e a possibilidade de seu credenciamento, no termos do item 1.

3.2.A solicitação de autorização junto à CGSNT deverá ser formalizada junto à respectiva CNCDO e instruída com a documentação referida no Anexo XI deste Regulamento, nos casos em que se aplique, acrescida da manifestação e termo de compromisso referidos nos itens 1.2 e 1.2.1 acima.

3.3.As autorizações de funcionamento dos laboratórios de histocompatibilidade terão validade de 02 (dois) anos e deverão ser renovadas após seu término.

3.3.1.A solicitação de renovação deverá ser formalizada junto à respectiva CNCDO e encaminhada à CGSNT com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência antes do vencimento da autorização vigente.

3.3.2. A solicitação de renovação deverá ser instruída com:

a)nominata de todos os membros das equipes técnicas dos laboratórios de histocompatibilidade;

b)nome do Responsável Técnico;

c)certidão negativa de infração ética, expedida pelo órgão competente;

d)relatório da produção mensal e anual (referente aos dois anos de autorização vigentes) tanto para rim quanto para células-tronco hematopoéticas;

e)check-list assinado pelo coordenador da respectiva CNCDO.

4. Instalações Físicas

4.1. Aspectos Gerais

4.1.1. O Laboratório de histocompatibilidade e imunogenética deve atender ao disposto nas normas sanitárias vigentes, suas atualizações ou as que vierem a substituí-la.

4.1.2. Caso o Laboratório de histocompatibilidade e imunogenética faça parte de estabelecimento assistencial de saúde, ele poderá utilizar a infra-estrutura geral do serviço onde estiver instalado, tais como serviço de copa, lavanderia, rouparia, higienização e esterilização de materiais, almoxarifado, coleta de resíduos, sala de utilidades, gerador de energia e outros serviços de apoio.

4.1.3. As atividades de apoio que não forem executadas diretamente pelo laboratório de histocompatibilidade e imunogenética ou pelo estabelecimento assistencial de saúde devem ser formalizadas por contrato de terceirização com o prestador do serviço.

5. Equipamentos, instrumentos e materiais

5.1. A aquisição, a manutenção e a utilização de todos os equipamentos, instrumentos e materiais devem estar incluídos no Sistema de Garantia da Qualidade. As planilhas de controle dessas rotinas devem estar disponíveis para consulta.

5.2. O Laboratório de histocompatibilidade e imunogenética deve:

a)possuir equipamentos, instrumentos e materiais de acordo com a complexidade do serviço e necessários ao atendimento de sua demanda;

b)manter instruções escritas referentes aos equipamentos ou instrumentos, as quais podem ser substituídas ou complementadas por manuais do fabricante em língua portuguesa;

c)realizar e manter registros das manutenções preventivas e corretivas;

d)verificar e calibrar os equipamentos e instrumentos a intervalos regulares, em conformidade com o uso e instruções do fabricante, mantendo os registros dos mesmos.

5.3. Os equipamentos, instrumentos e materiais utilizados, nacionais e importados, devem estar regularizados junto a ANVISA/MS, de acordo com a legislação vigente.

5.4. Os equipamentos que necessitam funcionar com temperatura controlada devem possuir registro de verificação da mesma.

5.5. O Laboratório de histocompatibilidade e imunogenética deve registrar a aquisição dos produtos para diagnóstico de uso in vitro, reagentes e insumos, de forma a garantir a rastreabilidade.

5.5.1. Os produtos para diagnóstico de uso in vitro, reagentes e insumos adquiridos devem estar regularizados junto a ANVISA/MS, de acordo com a legislação vigente.

5.6. O Laboratório de histocompatibilidade e imunogenética deve dispor de pelo menos uma técnica adicional ou estratégia para resolução dos casos inconclusivos com a técnica principal. No caso de não possuir a técnica adicional ou outra estratégia, o laboratório deve ter um contrato com outro laboratório de apoio.

5.7. O Laboratório de histocompatibilidade e imunogenética deve possuir sistema de energia elétrica de emergência de acordo com as normas sanitárias vigentes.

6. Realização de exames para o REDOME

6.1. Os laboratórios de histocompatibilidade e imunogenética poderão realizar exames para cadastramento de doadores voluntários de medula óssea no REDOME.

6.2. As amostras de sangue para tipagem dos doadores voluntários deverão ser encaminhadas aos laboratórios pelos Hemocentros ou CNCDO Estaduais ou Regionais.

6.3. As campanhas de estímulo ao recrutamento de doadores voluntários somente poderão ser realizadas sob coordenação técnica do INCA e sob autorização da CGSNT e deverão contemplar as necessidades de representatividade imunogenética da população brasileira no REDOME.

7. Envio de resultados de exames para o REDOME ou para o SIG.

7.1. O laboratório de histocompatibilidade e imunogenética deve utilizar o sistema informatizado desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS - DATASUS e pelo INCA, do Ministério da Saúde, denominado Redome.net ou outro que venha a substituí-lo, para o envio de resultados de exames de histocompatibilidade relativos a doadores e receptores de células-tronco hematopoéticas.

7.2. O laboratório de histocompatibilidade e imunogenética deve usar o aplicativo desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS - DATASUS, do Ministério da Saúde, denominado SIG, para a alimentação dos dados no relativos aos resultados de exames de histocompatibilidade referentes aos doadores/receptores de rim.

7.3. O laboratório de histocompatibilidade e imunogenética indicado pela equipe especializada de transplantes é responsável por manter atualizada as alíquotas de soro (soroteca) dos potenciais receptores de órgãos.

7.4. Caberá ao laboratório de histocompatibilidade e imunogenética a realização de testes de avaliação contra painel para classificação dos receptores no cadastro de potenciais receptores de órgãos para fins de gerenciamento do Cadastro Técnico Único - CTU, nos termos dos módulos das modalidade de transplante constantes deste Regulamento.

8. Controle de Qualidade

8.1 Para fins de manutenção de autorização vigente, o laboratório de histocompatibilidade e imunogenética deverá participar obrigatoriamente dos programas de certificação de qualidade indicados pela CGSNT.

Anexo 10 do Anexo I

QUADRO 1 FÓRMULA PARA CÁLCULO DO MELD (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Anexo 18)

MELD = 0,957 x Loge (creatinina mg/dl)
+ 0,378 x Loge (bilirrubina mg/dl)
+ 1,120 x Loge (INR)
+ 0,643
x 10 e arredondar para valor inteiro

a) caso os valores de laboratório sejam menores que 1,0, arredondar para 1,0;

b) a creatinina poderá ter valor máximo de 4,0, caso seja maior que 4,0, considerar 4,0;

c) no caso de necessidade de realização de diálise duas ou mais vezes na última semana, o valor da creatinina será considerado como 4,0.

Anexo 11 do Anexo I

FÓRMULA PARA CÁLCULO DO PELD (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Anexo 19)

PELD = 0,480 x Loge (bilirrubina mg/dl)
+ 1,857 x Loge (INR)
- 0,687 x Loge (albumina mg/dl)
+ 0,436 se o paciente tiver até 24 meses de vida
+ 0,667 se o paciente tiver déficit de crescimento menor - 2 x 10

a) caso os valores de laboratório sejam menores que 1, arredondar para 1,0;

b) cálculo do valor do déficit de crescimento baseado no gênero, peso e altura.

c) ajustamento do PELD para harmonização com o MELD: multiplicar por 3 e arredondar para valor inteiro.

Anexo 12 do Anexo I

FORMULÁRIOS I A VII (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Anexo 2)

FORMULÁRIO I

SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE AÉREO OU RODOVIÁRIO

A Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO solicita transporte para empresa _____(nome da empresa), transporte gratuito de _____ (órgão / tecido), devidamente acondicionado em _____ (recipiente para transporte de órgãos), entre os trechos _____

e _____ (cidades de origem e de destino), no dia _____, voo/linha _____, partindo às _____, com chegada prevista para as _____, onde deverá ser entregue a _____(Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Estadual ou para o representante do estabelecimento de saúde, ou seja, o hospital que se realizará o procedimento), onde deverá ocorrer a utilização clínica do referido material.

Nome do responsável:_____(caso seja estabelecimento de saúde)

CPF:_____

Brasília, de de .

(NOME POR EXTENSO DO FUNCIONÁRIO DA CNT) (CARGO / FUNÇÃO E MATRÍCULA)

_____

COORDENADOR DO PLANTÃO DA CNCDO TELEFONE PARA CONTATO: (61) 3365 2379 / 3365 4441 / 08006446445

FORMULÁRIO II

AUTORIZAÇÃO DE TRANSPORTE TERRESTRE

A Central Nacional de Transplantes - CNT informa às autoridades competentes dos Estados _____ e _____ que está autorizado o transporte de _____ (órgão / tecido), entre os trechos _____ e _____ (cidades de origem e de destino) no dia _____, sob a responsabilidade de _____, CPF _____ (nome e CPF do responsável pelo material transportado), enviado pela Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos/CNCDO do Estado _____ devendo ser entregue ao representante do estabelecimento de saúde _____ (nome do hospital onde se realizará o procedimento), cadastrado pela CNCDO do Estado _____ para utilização clínica do referido material.

Brasília, de de .

(NOME POR EXTENSO DO FUNCIONÁRIO DA CNT) (CARGO / FUNÇÃO E MATRÍCULA)

_____

COORDENADOR DO PLANTÃO DA CNCDO TELEFONE PARA CONTATO: (61) 3365 2379 / 3365 4441 / 08006446445

FORMULÁRIO III

SOLICITAÇÃO DE PASSAGEM

A Central Nacional de Transplantes - CNT solicita à empresa aérea _____ (nome da empresa aérea), emissão de bilhete de passagem gratuito para o(a) Dr.(a) _____(nome do médico transplantador), CRM_____ da instituição_____ (nome da instituição onde o órgão vai ser implantado), entre os trechos_____ e _____ (cidades de origem e de destino, ida e volta), no(s) dia(s) _____horário de ida _____, voo de ida _____, horário de volta _____, voo de volta _____, com a finalidade de efetuar a retirada de _____ (tipo de órgão a ser retirado), para transplante com finalidade terapêutica.

Brasília, de de

(NOME POR EXTENSO DO FUNCIONÁRIO DA CNT)

(CARGO / FUNÇÃO E MATRÍCULA)

_____

COORDENADOR DO PLANTÃO DA CNCDO

TELEFONE PARA CONTATO: (61) 3365 2379 / 3365 4441 / 08006446445

FORMULÁRIO IV

MOTIVO DE RECUSA DE ÓRGÃOS E TECIDOS

A Central de Transplantes do Estado _____ informa por meio deste a recusa de órgão(s) _____ do doador _____ RGCT: _____ disponibilizado pela Central

Estadual do Estado _____ no dia _____.

Motivo da Recusa:

_____

Brasília, de de

OBS:

Caso a recusa não seja para todos, especificar o motivo para cada receptor.

Deve ser enviada pela Central Estadual que recebeu a oferta no mesmo dia, de acordo com as informações que recebeu da equipe que recusou.

_____

CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES- CNCDO

FORMULÁRIO V

NOTIFICAÇÃO DE TRANSPLANTE REALIZADO

Confirmo por meio deste a realização do transplante de _____ no paciente _____ RGCT: _____ o qual recebeu o órgão do doador _____ RGCT: _____, no dia _____, hora _____, pela fonte pagadora _____, que foi disponibilizado via Central Nacional de Transplantes - CNT.

Brasília, de de

_____

CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES- CNCDO

FORMULÁRIO VI

ÓRGÃO DISPONIBILIZADO PELA CNT E NÃO UTILIZADO PELA CNCDO

Confirmo por meio deste o recebimento do órgão _____ do doador _____ RGCT: _____ da CNCDO do Estado _____, que foi disponibilizado via Central Nacional de Transplantes - CNT no dia _____ e informo que não foi transplantado no paciente _____ RGCT: _____ devido às razões abaixo relacionadas:

_____

Brasília, de de

_____

CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES- CNCDO

FORMULÁRIO VII

ETIQUETA PARA TRANSPORTE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES

ÓRGÃOS PARA

TRANSPLANTES

CONTÉM:
ORIGEM: **DESTINO:**
RGCT DOADOR:
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NO DESTINO:
ATENÇÃO – HORÁRIO DA RETIRADA:
TEMPO MÁXIMO DE ISQUEMIA FRIA:

Anexo 13 do Anexo I

SITUAÇÕES ESPECIAIS PARA POTENCIAIS RECEPTORES (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Anexo 23)

As situações especiais deverão ser solicitadas, pela equipe especializada, à Câmara Técnica Estadual ou Distrital, comprovadas e acompanhadas, da seguinte forma:

I - para potenciais receptores com idade igual a ou maior que 12 anos:

a) tumor neuroendócrino metastático:

1. diagnóstico: relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico, a irressecabilidade e o tratamento do tumor primário (incluindo anatomopatológico);

2. estadiamento: ausência de metástases comprovada por tomografia computadorizada de tórax e abdômen e mapeamento ósseo realizados até 12 (doze) meses antes;

3. seguimento: durante a permanência em lista de espera, após a inclusão como situação especial, deverão ser realizados os exames de tomografia computadorizada de tórax e abdômen e mapeamento ósseo realizados a cada 12 (doze) meses;

4. controle e auditoria pós-transplante: a equipe deverá encaminhar para a CNCDO, em até 30 (trinta) dias, cópias de laudos de todos os exames de imagem solicitados acima para acompanhamento e laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado;

b) hepatocarcinoma:

1. diagnóstico baseado no critério de Barcelona;

1.1 critério anatomopatológico: biópsia;

1.2 critério radiológico:

1.2.1 duas imagens coincidentes entre 4 (quatro) técnicas

(ultrassonografia com Doppler ou com contraste por microbolhas, tomografia computadorizada, ressonância magnética e arteriografia) demonstrando lesão focal igual ou maior que 2 (dois) cm com hipervascularização arterial;

1.2.2 um único método de imagem trifásico (tomografia computadorizada helicoidal multislice, ressonância magnética, ultrassonografia com contraste por microbolhas) demonstrando lesão focal igual ou maior que 2 (dois) cm com padrão hemodinâmico de hipervascularização arterial e depuração rápida do contraste na fase portal ou de equilíbrio (washout).

1.3. critério combinado: uma imagem técnica associada com alfa-fetoproteína (AFP) demonstrando lesão focal igual ou maior que 2 (dois) cm com hipervascularização arterial e níveis de AFP > 200 ng/ml;

2. estadiamento: relatório médico relacionando todos os tratamentos para o carcinoma hepatocelular realizados previamente à solicitação de inclusão como situação especial (ressecção, quimioembolização, ablação, quimioterapia, alcoolização ou outra), justificativa da irressecabilidade do tumor e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o estadiamento baseado no critério de Milão, com a inclusão de pelo menos um exame de imagem de abdome (tomografia computadorizada/ressonância magnética) realizado até 6 meses antes da solicitação de situação especial; ausência de metástases comprovada por tomografia computadorizada de tórax e mapeamento ósseo realizados até 12 (doze) meses antes; para fins de estadiamento, nódulos com diâmetro inferior a 2 (dois) cm são considerados lesões de natureza indeterminada.

3. seguimento: durante a permanência em lista de espera, após a inclusão como situação especial, deverão ser realizados os seguintes exames: pelo menos um método de imagem (ultrassonografia/tomografia computadorizada/ressonância magnética) que demonstre a persistência do critério de Milão, realizado com intervalo máximo de 6(seis) meses e tomografia computadorizada de tórax realizada a cada 12 (doze) meses.

4. controle e auditoria pós-transplante a equipe deverá encaminhar para a CNCDO, em até 30 (trinta) dias, cópia de laudos de todos os exames de imagem solicitados acima para acompanhamento e laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

c). polineuropatia amiloidótica familiar (PAF) - graus I, II e

1. diagnóstico (pelo menos 2 dos 3 itens abaixo):

1.1biópsia de nervo compatível com o diagnóstico de polineuropatia amiloidótica familiar;

1.2. eletroneuromiografia compatível com o diagnóstico de polineuropatia amiloidótica familiar;

1.3. história familiar compatível com o diagnóstico de polineuropatia amiloidótica familiar;

2. controle e auditoria pós-transplante:

2.1. a equipe deverá encaminhar para a CNCDO, em até 30 dias, exame anatomopatológico do explante quando não realizado transplante sequencial.

d) síndrome hepatopulmonar:

1. diagnóstico: resultado da gasometria arterial em ar ambiente com PaO2 < 60mmHg, em dois exames realizados em datas diferentes nos últimos 6 meses, com intervalo mínimo de 30 (trinta) dias e na ausência de descompensação grave da cirrose, hemorragia digestiva alta, síndrome hepatorrenal, infecções sistêmicas ou pulmonares; laudo de exame de imagem que demonstre dilatação vascular intrapulmonar (ecocardiograma com microbolhas ou cintilografia com albumina marcada ou arteriografia); relatório médico e cópia de laudos de exames complementares que demonstrem ausência de alterações pulmonares que tenham o potencial de reduzir a PaO2;

e) hemangioma gigante irressecável, hemangiomatose ou doença policística com síndrome compartimental:

1. diagnóstico: relatório médico e cópia de laudos de exames complementares que caracterizem o diagnóstico, a irressecabilidade e a síndrome compartimental.

2. controle e auditoria pós-transplante a equipe deverá encaminhar à CNCDO, em até 30 (trinta) dias laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

f) carcinoma fibrolamelar irressecável e sem doença extrahepática:

1. diagnóstico/estadiamento: relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico e a irressecabilidade, ausência de metástases comprovada por tomografia computadorizada de tórax e abdômen e mapeamento ósseo realizados até 12 meses antes.

2. seguimento: durante a permanência em lista de espera, após a inclusão como situação especial, deverão ser realizados os seguintes exames: tomografia computadorizada de tórax e abdômen e mapeamento ósseo realizados a cada 12 meses.

3. controle e auditoria pós-transplante a equipe deverá encaminhar à CNCDO, em até 30 dias, cópia de laudos de todos os exames de imagem solicitados acima para acompanhamento e laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado;

g) adenomatose múltipla bilobar extensa e irressecável

1 diagnóstico: relatório médico e cópia de laudos de exames complementares que caracterizem o diagnóstico e a irressecabilidade;

2. controle e auditoria pós-transplante a equipe deverá encaminhar à CNCDO, em até 30 dias, laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado;

h) doenças metabólicas com indicação de transplante - fibrose cística, glicogenose tipos I e IV, deficiência de alfa-1 antitripsina, doença de Wilson, oxalose primária, hemocromatose:

1. diagnóstico: relatório médico e cópia de laudos de exames que caracterizem o diagnóstico.

2. controle e auditoria pós-transplante a equipe deverá encaminhar para a CNCDO, em até 30 dias, laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado;

II para potenciais receptores com idade menor de 12 anos:

a) tumor neuroendócrino metastático:

1. diagnóstico: relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico, a irressecabilidade e o tratamento do tumor primário;

2. estadiamento: ausência de metástases comprovada por tomografia computadorizada de tórax e abdome e mapeamento ósseo realizados até 12 meses antes;

3. seguimento: durante a permanência em lista de espera, após a inclusão como situação especial, deverão ser realizados os seguintes exames: tomografia computadorizada de tórax e abdome e mapeamento ósseo realizados a cada 12 meses.

4. controle e auditoria pós-transplante: a equipe deverá encaminhar à CNCDO, em até 30 dias, cópia de laudos de todos os exames de imagem solicitados acima para acompanhamento e laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado;

b) hepatocarcinoma:

1. diagnóstico baseado no critério de Barcelona:

1.1. critério anatomopatológico: biópsia;

1.2. critério radiológico:

1.2.1. duas imagens coincidentes entre 4 técnicas (ultrassonografia com Doppler ou com contraste por microbolhas, tomografia computadorizada, ressonância magnética e arteriografia) demonstrando lesão focal igual ou maior que 2 cm com hipervascularização arterial;

1.2.2. um único método de imagem trifásico (tomografia computadorizada helicoidal multislice, ressonância magnética, ultrassonografia com contraste por microbolhas) demonstrando lesão focal igual ou maior que 2 cm com padrão hemodinâmico de hipervascularização arterial e depuração rápida do contraste na fase portal ou de equilíbrio (washout);

1.3. critério combinado: uma imagem técnica associada com alfa-fetoproteína (AFP) demonstrando lesão focal igual ou maior que 2 cm com hipervascularização arterial e níveis de AFP > 200 ng/ml;

2. estadiamento: relatório médico relacionando todos os tratamentos para o carcinoma hepatocelular realizados previamente à solicitação de inclusão como situação especial - Formulário I Anexo X (ressecção, quimioembolização, ablação, quimioterapia, alcoolização ou outra), justificativa da irressecabilidade do tumor e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o estadiamento baseado no critério de Milão, com a inclusão de pelo menos um exame de imagem de abdome (tomografia computadorizada/ressonância magnética) realizado até 6 (seis) meses antes da solicitação de situação especial; ausência de metástases comprovada por tomografia computadorizada de tórax e mapeamento ósseo realizados até 12 (doze) meses antes. Para fins de estadiamento, nódulos com diâmetro inferior a 2 cm são considerados lesões de natureza indeterminada;

3. seguimento: durante a permanência em lista de espera, após a inclusão como situação especial, deverão ser realizados os seguintes exames: pelo menos um método de imagem (ultrassonografia/tomografia computadorizada/ressonância magnética) que demonstre a persistência do critério de Milão, realizado com intervalo máximo de 6 meses e tomografia computadorizada de tórax realizada a cada 12 meses;

4. controle e auditoria pós-transplante a equipe deverá encaminhar à CNCDO, em até 30 dias, cópia de laudos de todos os exames de imagem solicitados acima para acompanhamento e laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado;

c) hepatoblastoma

1. diagnóstico relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico e a irressecabilidade;

2. estadiamento ausência de metástases comprovada por tomografia computadorizada de tórax e abdome e mapeamento ósseo realizados até 12 meses antes;

3. seguimento durante a permanência em lista de espera, após a inclusão como situação especial, deverão ser realizados os seguintes exames: tomografia computadorizada de tórax e abdômen e mapeamento ósseo realizados a cada 12 meses;

4. controle e auditoria pós-transplante a equipe deverá encaminhar à CNCDO, em até 30 dias, cópia de laudos de todos os exames de imagem solicitados acima para acompanhamento e laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado;

d) síndrome hepatopulmonar:

1. diagnóstico resultado da gasometria arterial em ar ambiente com PaO2 < 60mmHg, em dois exames realizados em datas diferentes nos últimos 6 meses, com intervalo mínimo de 30 dias e na ausência de descompensação grave da cirrose, hemorragia digestiva alta, síndrome hepatorrenal, infecções sistêmicas ou pulmonares; laudo de exame de imagem que demonstre dilatação vascular intrapulmonar (ecocardiograma com microbolhas ou cintilografia com albumina marcada ou arteriografia); relatório médico e cópia de laudos de exames complementares que demonstrem ausência de alterações pulmonares que tenham o potencial de reduzir a PaO2;

e) hemangioma gigante irressecável, adenomatose múltipla, hemangiomatose ou doença policística com síndrome compartimental

1. diagnóstico relatório médico e cópia de laudos de exames complementares que caracterizem o diagnóstico, a irressecabilidade e a síndrome compartimental;

2. controle e auditoria pós-transplante a equipe deverá encaminhar à CNCDO, em até 30 dias, laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado;

f) carcinoma fibrolamelar irressecável e sem doença extrahepática;

1. diagnóstico relatório médico e cópia de laudos de exames laboratoriais que caracterizem o diagnóstico e a irressecabilidade;

2. estadiamento ausência de metástases comprovada por tomografia computadorizada de tórax e abdome e mapeamento ósseo realizados até 12 meses antes;

3. seguimento durante a permanência em lista de espera, após a inclusão como situação especial, deverão ser realizados os seguintes exames: tomografia computadorizada de tórax e abdome e mapeamento ósseo realizados a cada 12 meses.

4. controle e auditoria pós-transplante a equipe deverá encaminhar à CNCDO, em até 30 dias, cópia de laudos de todos os exames de imagem solicitados acima para acompanhamento e laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado;

g) doenças metabólicas com indicação de transplante fibrose cística, glicogenose tipos I e IV, deficiência de alfa-1 antitripsina, doença de Wilson, oxalose primária, doença de Crigler-Najjar, doenças relacionadas ao ciclo da uréia, acidemia orgânica, tirosinemia tipo 1, hipercolesterolemia familiar, hemocromatose neonatal, infantil e juvenil, defeito de oxidação de ácidos graxos, doença do xarope de bordo na urina.

1. diagnóstico relatório médico e cópia de laudos de exames que caracterizem o diagnóstico; e

2. controle e auditoria pós-transplante a equipe deverá encaminhar à CNCDO, em até 30 dias, laudo do exame anatomopatológico do fígado explantado.

Anexo 14 do Anexo I

QUADRO 2 - CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DOS HEPATOCARCINOMAS (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Anexo 20)

Critério de Milão

Paciente cirrótico com:

a) nódulo único de até 5,0 cm de diâmetro, ou

b) até três nódulos de até 3,0 centímetros de diâmetro cada;

c) ausência de trombose neoplásica do sistema porta; e

d) ausência de lesões extra-hepáticas.

Critério de Barcelona

Critério anatomopatológico:

- Biópsia

Critério radiológico:

- duas imagens coincidentes entre 4 técnicas (ultrassonografia com Doppler ou com contraste com microbolhas, tomografia computadorizada,

ressonância nuclear magnética e arteriografia) demonstrando lesão focal igual ou maior que 2cm com hipervascularização

arterial; ou

- um método de imagem trifásico (tomografia computadorizada helicoidal multislice, ressonância nuclear magnética, ultra-sonografia com

contraste com microbolhas) demonstrando lesão focal igual ou maior que 2 cm com padrão hemodinâmico de hipervascularização arterial

e depuração rápida do contraste na fase portal (washout); e

- critério combinado: um método de imagem demonstrando lesão focal igual ou maior que 2 cm com hipervascularização arterial e níveis

séricos de alfa-fetoproteína > 200 ng/mL.

Anexo 15 do Anexo I

QUADRO 3 - CRITÉRIOS DE INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA GRAVE (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Anexo 21)

Critérios do King's College Hospital

1. Indivíduos que ingeriram acetaminofen:

a) pH do sangue arterial menor de 7,3 (independente do grau de encefalopatia).

b) TPT maior que 100 segundos ou INR >6,5 e concentração de creatinina sérica >3,4 mg/dl em pacientes com encefalopatia III ou

I V;

2. Sem ingestão de acetaminofen:

a) TPT maior que 100 segundos ou INR >6,5 (independente do grau de encefalopatia) ou ;

b) Três das seguintes variáveis:

I - idade menor que 10 ou maior que 40 anos.

II - causas: halotano, hepatite de outra etiologia que os vírus A ou B, reações farmacológicas idiossincrásicas.

III - duração da icterícia maior que 7 dias antes do início da encefalopatia.

IV - TPT maior que 50 segundos, INR >3,5; e
V - concentração sérica de bilirrubina >17,5 mg/dL.
Critério de Clichy
Pacientes com encefalopatia graus III ou IV e uma das condições abaixo:
a) Fator V inferior a 30% em maiores de 30 anos; ou
b) Fator V inferior a 20% em menores de 30 anos
Anexo 16 do Anexo I
TABELA DE PONTUAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Anexo 22)

Doença	Urgência	Curabilidade	Q Constante(*)
Anemia aplástica grave/síndrome mielodisplásica hipocelular / imunodeficiência combinada severa/osteopetrose	100	80	80
Mielofibrose primária em fase evolutiva	80	40	120
Leucemia aguda falha de indução	100	15	115
Leucemia aguda em 2ª ou remissões posteriores	80	30	110
Síndrome mielodisplásica em transformação	70	40	110
Leucemia mielóide crônica - fase acelerada (de transformação)	90	20	110
Leucemia aguda 1ª remissão completa	50	55	105
Leucemia mielóide crônica - fase crônica < 1 ano diagnóstico e < 20 anos de idade	20	80	100
Talassemia major	10	90	100
Síndromes mielodisplásicas outras /leucemia mielomonocítica crônica	40	50	90
Leucemia mielóide crônica - fase crônica outras	30	50	80

(*) A cada dia somam-se 0,33 (trinta e três centésimos) de pontos igualmente para todos os casos, a partir da data de inclusão do receptor na lista. Receptores menores de 13 anos, independentemente da doença, deverão ter o seu escore final acrescido de 20 pontos.
I - a pontuação relacionada à tabela acima será revista periodicamente pela Câmara Técnica Nacional para os TCTH ou por demanda do SNT;
II - uma vez encontrado leito disponível para atendimento do receptor classificado, este (ou seu responsável legal) deverá autorizar formalmente o estabelecimento de saúde e equipe especializada a realizar o procedimento indicado, nos termos do Consentimento Livre e Esclarecido constante no Formulário I no Anexo VII a este Regulamento;
III - a priorização também deve considerar, em ordem decrescente, a espera por um primeiro, segundo ou terceiro transplante para um mesmo paciente, conforme especificado no Critério de Indicações do Anexo VII; e
IV - entre receptores que tenham o mesmo escore final, prevalecerá o que primeiro estiver pronto para o transplante e, em caso de receptor com escore maior, mas ainda não pronto para transplante, prevalecerá aquele com escore imediatamente abaixo que estiver pronto.
Anexo 17 do Anexo I
ESTATÍSTICA MENSAL (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Anexo 3)
ESTATÍSTICA MENSAL
Para: Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes
Fone: (61) 3315.2021
Endereço eletrônico: snt@saude.gov.br
CNCDO: _____Mês e ano de referência: _____/_____
Data da Informação: _____/_____/_____
DOAÇÃO E CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS DE DOADORES EM MORTE ENCEFÁLICA

Nº de Potenciais Doadores em Morte Encefálica (1)	Nº de Doadores Efetivos ou Reais de Órgãos (2)	Nº de Doadores de Órgãos Implantados (3)	Doações não efetivadas (4)	Motivo da não efetivação da doação (5)					Especifique (6)
				Recusas Familiares (5.1)	Parada Cardiorrespiratória (5.2)	Contraindicação Médica (5.3)	Problemas Logísticos (5.4)	Outros (5.5)	

(1) Nº de Potenciais Doadores em Morte Encefálica: é a notificação do Potencial Doador em Morte Encefálica diagnosticada pelo primeiro exame clínico.
(2) Nº de Doadores Efetivos ou Reais de Órgãos: são os doadores nos quais foi realizada a cirurgia para fins de retirada de órgãos.
(3) Nº de Doadores de Órgãos Implantados: são os doadores de quem se implantou pelo menos um órgão.
(4) Doações não efetivadas: são os potenciais doadores que por algum dos motivos relacionados não tiveram o(s) seu(s) órgão(s) captado(s).
(5) Motivo da não-efetivação da doação: o número de doações não efetivadas deve ser descrito nesses campos.
(5.1) Recusas Familiares: recusa da família do doador para captação dos órgãos.
(5.2) Parada Cardio-Respiratória: parada cardiorrespiratória do doador.
(5.3) Contra-Indicação Médica: sorologias positivas, infecções, neoplasias, faixa etária, outras doenças crônico-degenerativas, achados transoperatórios.
(5.4) Problemas Logísticos: impossibilidade de captação por falta de tempo hábil traslado da equipe, família não localizada, deficiência estrutural da instituição, sem identificação.
(5.5): Outros: são os motivos que não se enquadram nos anteriores.
(6) Especifique: descrever os outros motivos que impossibilitaram a doação.

DOAÇÃO E CAPTAÇÃO DE TECIDOS DE DOADORES COM CORAÇÃO PARADO

Doações de tecidos efetivadas	Doações de tecidos não efetivadas	Motivo da não efetivação da doação				Especifique
		Recusas Familiares	Contraindicação Médica	Problemas Logísticos	Outros	

CAPTAÇÃO - DOADOR EM MORTE ENCEFÁLICA E CORAÇÃO PARADO

ÓRGÃOS/ TECIDOS	DOADORES EM ME	DOADORES APÓS PCR	TOTAL
Coração			
Coração para valvas			
Córneas			
Escleras			
Fígado			
Pâncreas			
Pele			
Pulmão			
Rim			
Tecido Músculo-esquelético			
Tecido Cardiovascular			
Total			

ÓRGÃOS CAPTADOS/RETIRADOS E DESTINO

ÓRGÃO/TECIDO	Aproveitados do mês anterior	Retirados na CNCDO	Recebidos da CNCDO	Cedidos para CNCDO	Enviados para o Banco de Tecidos	Transplantes realizados	Não retirados	Não aproveitados após a retirada	Órgãos/Tecidos para o mês seguinte
Coração									
Coração para valvas									
Córnea									
Esclera									
Fígado									
Pâncreas									
Pele									
Pulmão									
Rim									
Rim/ Pâncreas									
Tec. Músculo esquelético									
Tecido Cardiovascular									
TOTAL									

MOTIVOS DA NÃO UTILIZAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

ÓRGÃOS	TEMPO DE ISQUEMIA	LESÃO DO ÓRGÃO	CONDIÇÕES DO RECEPTOR (7)	TOTAL
Coração				
Coração para valvas				
Córnea				
Esclera				
Fígado				
Pâncreas				
Pele				
Pulmão				
Rim				
Rim/ Pâncreas				
Tecido fascio.				
Tecido Cardiovascular				
TOTAL				

(7) As condições do receptor incluem: exames não atualizados, recusa do receptor, falta de condições clínicas para o transplante.
TRANSPLANTES REALIZADOS - DOADOR VIVO

ÓRGÃO/TECIDO	TOTAL	APARENTADO (8)			NÃO-APARENTADO(9)		
		SUS	CONV	PRIV	SUS	CONV	PRIV
Fígado							
Medula óssea							
Pulmão							
Rim							
TOTAL							

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

(8) Aparentado: quando o doador e receptor são consanguíneos.
(9) Não-aparentado: quando o doador e receptor não são consanguíneos.
TRANSPLANTES REALIZADOS - DOADOR CADÁVER (MORTE ENCEFÁLICA)

ÓRGÃO/TECIDO	SUS	PRIVADO	CONVÊNIO	TOTAL
Coração				
Córnea				
Fígado				
Pâncreas				
Pulmão				
Rim				
Rim/ Pâncreas				
TOTAL				

TRANSPLANTES REALIZADOS - DOADOR CADÁVER (CORAÇÃO PARADO)

ÓRGÃO/TECIDO	SUS	PRIVADO	CONVÊNIO	TOTAL
Córnea				
Esclera				
Pele				
Tecido Músculo esquelé-tico				
Tecido Cardiovascular				
TOTAL				

LISTA DE ESPERA (10)

ÓRGÃO	ATIVOS	SEMI-ATIVOS	TOTAL
Coração			
Córnea			
Esclera			
Fígado			
Medula Óssea			
Pâncreas			
Pulmão			
Rim			
Rim/ Pâncreas			
TOTAL			

(10) Devem ser somados os pacientes ativos e semiativos.

EVOLUÇÃO DA LISTA DE ESPERA

ORGÃOS	TRANSPLANTADOS	ÓBITOS	REMOVIDOS	TOTAL	NOVAS INS-CRIÇÕES
Coração					
Córnea					
Esclera					
Fígado					
Medula Óssea					
Pâncreas					
Pâncreas/Rim					
Pulmão					
Rim					
TOTAL					

ESTAS INFORMAÇÕES DEVERÃO SER ENVIADAS À CGSNT ATÉ O DIA 10 DO MÊS SEGUINTE AO MÊS DE REFERÊNCIA.
Anexo 18 do Anexo I
FORMULÁRIOS I A III (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Anexo 4)
FORMULÁRIO 1
ATA DO PROCESSO DOAÇÃO/TRANSPLANTE

ATA DO PROCESSO DOAÇÃO/TRANSPLANTE		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
Nome do doador:	Nº doador CNCDO:	RGCT:
Causa Morte:		
Hospital de Localização do Doador:	Horário da Transferência e Procedência, nos casos em que se aplique:	
Prontuário:	Data:	
Nome Familiar de Contato:	Telefone:	
Grau de parentesco:		
( ) Mãe ( ) Filho ( ) Cônjuge ( ) Outros ( )		
CHECK LIST DE DOCUMENTOS		
1. Exame clínico preenchido e assinado por dois médicos, sendo um deles neurologista ou neurocirurgião (2 vias):		
1°) Data: Horário: Médico / CRM: Hospital:		
2°) Data: Horário: Médico / CRM: Hospital:		
2. Laudo do exame gráfico complementar de ME (1 via original): Arteriografia ( ) EEG ( ) Cintilografia ( ) Angiotomografia ( ) Doppler Transcraniano ( ) 1°) Data:..... Horário: Médico / CRM: Hospital: Morte Violenta - Guia de Encaminhamento ao DML ( ) + Boletim de Ocorrência do Óbito ( ) DP		
CHECK LIST DE ATIVIDADES NA UTI		
1. Avaliação Preliminar do Potencial Doador: Responsável:_____ Horário:_____ ( ) Exclusão Absoluta: Qual: ( ) Possibilidade de Doação		
2. Realiza solicitação de exames: Sorologias: HBsAg, Anti-HBC, Anti-HBs, Anti-HIV, Anti-HCV, Anti HTLV1 e HTLV2, Imunofluorescência para Chagas, VDRL e imunofluorescência para LUES (Citomegalovírus (CMV) IgG e IgM, Toxoplasmose IgG e IgM - opcionais).		
Exames gerais: tipagem ABO e fator Rh (realizados pelo banco de sangue), hemograma, glicemia, uréia, creatinina, sódio, potássio, cloro, TGO, TGP, bilirrubinas, fosfatase alcalina, gama GT, tempo de protrombina, KTTP, amilase, lipase, albumina, plaquetas, urocultura, hemocultura, gram e cultura de aspirado traqueal, gasometria arterial (FIO2 100%, VM de 12l/min, peep mínimo de 5cm de H2O), radiograma de tórax (sem hipo-expansão pulmonar no momento da realização do exame), eletrocardiograma, ecocardiograma ou cateterismo cardíaco se necessário. Imunologia (histocompatibilidade): Coletar sangue do doador em 4 frascos com EDTA para realização do HLA, rotulados com o nome do doador, prontuário e hora da coleta. Horário: Médico da UTI Responsável:		
CHECK LIST DE ATIVIDADES NA CIHDOTT		
3. Coordenador de Transplantes na CIHDOTT: ( ) Notificação da CNCDO sobre ME Horário: Responsável:	4. Entrevista Familiar Data: Horário: Responsável: ( ) Aceitação ( ) Não aceitação - Motivo:	
5. Marcação da cirurgia pela CNCDO / OPO/CIHDOTT Horário: Coordenador de sala:	6. Entrega do Corpo para a família: Horário: Responsável:	

RETIRADA/IMPLANTE DOS ÓRGÃOS E CÓRNEAS

ÓRGÃOS E TECI-DOS RETIRADOS	DADOS SOBRE A RETIRADA/AVALIAÇÃO DO ÓRGÃO E / OU TECIDO					ÓRGÃOS IMPLANTADOS		
	HORÁRIO PERFU-SÃO	ALTERAÇÕES MORFOLÓ-GICAS	INSTITUIÇÃO/EQUIPE RESPON-SÁVEL	BIÓPISA	INSTITUIÇÃO	HORÁRIO	INSTITUIÇÃO	DATA
CORAÇÃO								

FÍGADO								
RIM E								
RIM D								
PÂNCREAS								
PULMÃO								
OUTROS ÓRGÃOS								
CÓRNEAS								
TECIDOS ME								
PELE								
TECIDOS CV								

FORMULÁRIO II

INFORMAÇÕES SOBRE O DOADOR

Data ___/ ___/___	Hora:	CNCDO/OPO/CIHDOTT:	Falar com
Telefone p/ contato ( )		Ramal	
Data ___/___ /___	Hora:	CNCDO/OPO/CIHDOTT:	Falar com
Telefone p/ contato ( )		Ramal	
Nome RGCT			

Idade	Sexo	Cor	ABO	Peso	Kg	Altura	cm

Causa da morte encefálica_____ Dias de UTI_____ História e Evolução Clínica (incluir Doenças Autoimunes, Neoplasias, Aneurismas, AVCs, IAMs, etc.)				
Antecedentes Diabetes:	no doador	em parentes de 1º Grau	Informe (S=Sim N=Não I=Ignorado)	
DPOC	Hepatite Tipo	Drogas	Álcool	Outros
PCR: ( ) Não ( )Sim min.	Intubado há dias FiO2: %			
Diurese em 24h: Diurese ml/Kg/hora	PA: X mmHg			
Recebeu Sangue/ Hemoderivados: ( )Não ( )Sim				
Drogas Vasoativas:( )Não ( )Sim	( ) Dopamina mcg/Kg/min	( ) Dobutamina mcg/Kg/min	( ) Noradrenalina mcg/Kg/min	
Infecção: ( )Não ( )Sim Local	Antibiótico1_____Tempo	Antibiótico2_____Tempo	Antibiótico3_____Tempo	
Hemocultura Positiva ( ) Não ( )Sim Germe Isolado				

Data	/	/	/		/	/	/	
HB				TGO				RX Tórax
HT				TGP				
GB				Fos Alc				EGG
PLTS				GamaGT				
Uréia				Bil Total				ECO
Creat.				Bil Direta				
Na				FiO2				
K				Ph				
Glic.				PO2				Cateterismo
CPK				PCO2				
CK-MB				SatO2				
Amilase								

	RESULTADO	POSITIVO			RESULTADO	POSITIVO	
		IgM	IgG			IgM	IgG
Chagas				HIV			
Anti-HCV				HTLVI-II			
HBs -Ag				TOXOPLASMOSE			
Anti- HBs				CITOMEGALOVI RUS			
Anti-HBc				VDRL			
Observações							

Retirada marcada para às h do dia ____ /____ /____

Informações adicionais:

_____

Responsável p/ Informações _____ Data ____/____/_____

Assinatura _____

Órgãos e Tecidos doados	( )Coração	( )Fígado	( )Rim
	( )Pâncreas	( )Pulmão	( )Córnea
	( )Intestino	( )Osso	( )Músculo/Tendão
	( )Pele	( )Vasos	

OBS: Preencher de forma eletrônica todos os dados, inclusive a história clínica, e as drogas vasoativas não marcar ml/h e sim mcg/kg/min.

FORMULÁRIO III
CÁLCULO DE HEMODILUIÇÃO

Paciente:	
RGCT: (nº do registro da Central de Transplantes)	
Equipe:	
Hospital:	
Critério para inclusão em lista de espera, segundo a Portaria nº 541/GM, de 14 de março de 2002: Paciente portador de carcinoma hepatocelular, como complicação da doença hepática crônica, sem metástase, restrito ao fígado com nódulo único de até 5 cm ou até 3 nódulos de 3 cm e a ausência de metástases, com estadiamento obrigatório por mapeamento ósseo e tomografia de tórax.	
Critério para inclusão em situação especial: Carcinoma hepatocelular maior ou igual a 2 cm dentro dos critérios de Milão(fígado cirrótico com nódulo único de até 5 cm ou até 3 nódulos de até 3 cm de diâmetro cada, ausência de trombose neoplásica do sistema porta), com diagnóstico baseado nos critérios de Barcelona e sem indicação de ressecção.	
Diagnóstico (Critério de Barcelona) ( ) Critério anatomopatológico ( ) Critério radiológico (2 exames) ( ) Critério radiológico (1 exame de imagem trifásico) ( ) Critério combinado (1 exame + Alfa fetoproteína)	Anatomopatológico ou duas (2) imagens coincidentes entre 4 técnicas (ultrassonografia com Doppler ou contraste por microbolhas, ressonância, tomografia e arteriografia) que mostre lesão focal ³ 2 cm com hipervascularização arterial ou 1 exame de imagem trifásico (tomografia computadorizada helicoidal multislice, ressonância magnética, ultrassonografia com contraste por microbolhas), demonstrando lesão focal ³ 2 cm com padrão hemodinâmico de hipervascularização arterial e depuração rápida do contraste nas fases portal ou de equilíbrio (washout) ou 1 imagem com tumor hipervascular + AFP > 200 ng/ml. Encaminhar relatório médico e laudo dos exames.
Estadiamento (Critério de Milão) ( ) Exame de imagem Data: ___/___/___? ( ) Mapeamento ósseo Data: ____ /____ /___? ( ) Tomografia de Tórax Data: ___/___ /___	Para fins de estadiamento nódulos com diâmetro inferior a 2 cm são considerados de natureza indeterminada. Exame de imagem de até 6 meses atrás, mapeamento e tomografia de até 1 ano atrás. Encaminhar laudo dos exames.
Tratamento prévio: sim ( ) não ( ) se sim: ( ) ressecção? ( ) quimioembolização? ( ) ablação? ( ) quimioterapia? ( ) alcoolização	Caso tenha tratamento prévio, encaminhar relatório médico e laudo do exame(s) prévio ao tratamento.
Irressecabilidade ( )	Encaminhar relatório médico com a justificativa.
Assinatura e Carimbo do Médico:	Data:

Anexo 19 do Anexo I
DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE (CIHDOTT) E FORMULÁRIOS I A III (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Anexo 5)
DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE - CIHDOTT

Indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência, utilizados para avaliar o desempenho das atividades são os seguintes:

a) número de leitos;

b) número de leitos de Unidades de Terapia Intensiva e existência de ventiladores mecânicos em outros setores do estabelecimento de saúde;

c) número total de óbitos por unidades assistenciais;

d) número de óbitos em UTI, Emergências e outras unidades com ventiladores, com diagnósticos da causa base (levantamento de possíveis doadores em morte encefálica);

e) número de ocorrências de mortes encefálicas diagnosticadas e notificadas à CNCDO (potenciais doadores em morte encefálica);

f) número de doadores elegíveis em morte encefálica;

g) número de óbitos sem contraindicação para doação de tecidos (doadores efetivos ou reais de tecidos);

h) tempo médio entre a conclusão do diagnóstico de morte encefálica e entrega do corpo aos familiares e de todas as etapas intermediárias no caso de doação de órgãos;

i) taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas para doação de órgãos;

j) taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas para doação de tecidos;

k) taxa de paradas cardiorrespiratórias irreversíveis em potenciais doadores em morte encefálica e em que fase do processo;

l) taxa de paradas cardiorrespiratórias irreversíveis em doadores elegíveis em morte encefálica e em que fase do processo

m) número de doações efetivas ou reais em morte encefálica (cirurgia de retirada);

n) número de doações efetivas ou reais de tecidos (cirurgia de retirada);

o) causas de não-remoção especificadas; e

p) doador de órgãos implantados.

FORMULÁRIO I
RELATÓRIO DE ATIVIDADE DIÁRIA DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES CIHDOTT POSSIBILIDADE DE DOAÇÃO DE TECIDOS (PÓS PCR)
OCORRÊNCIA DE ÓBITOS Turno: _____ Data: ___ / ___ / ____

	Nome do Paciente	Idade	Causa Básica do Óbito	Responsável pelo Paciente e Telefone	Setor	Doação tecidos		Causa Não Doação
						Sim	Não	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								

Causa da Não-Efetivação da Doação em PCR:

RECUSA DOS FAMILIARES	CONTRAINDICAÇÃO MÉDICA	PROBLEMAS LOGÍSTICOS OU ESTRUTURAIS
001 Desconhecimento do desejo do potencial doador	009 Sorologia Positiva HIV	019 Equipe de retirada não disponível
002 Doador contrário à doação em vida	010 Sorologia Positiva HTLV	020 Família não localizada
003 Familiares indecisos	011 Sorologia Positiva Hepatite B	021 Deficiência estrutural da instituição
004 Familiares desejam o corpo íntegro	012 Sorologia Positiva Hepatite C	022 Sem identificação
005 Familiares descontentes com o atendimento	013 Acima do tempo máximo para retirada	023 Outros
006 Receio de demora na liberação do corpo	014 Portador de infecção grave	
007 Convicções religiosas	015 Portador de neoplasia	
008 Outros	016 Sem diagnóstico conhecido	
	017. Fora da faixa etária	
	018. Outras	

Comentário: Assinatura do Responsável _____

FORMULÁRIO II
RELATÓRIO DE ATIVIDADE DIÁRIA DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES CIHDOTT NOTIFICAÇÃO DE PACIENTES EM MORTE ENCEFÁLICA (ME)
Turno: _____ Data: _____ / ____ / ____

	Nome do Possível Doador	Idade	Causa da Morte	Responsável pela identificação	Setor	Potencial Doador					Doador Elegível		Doador Efetivo/Real		Doador De Órgãos Implantados		Doador Multiorgânico	
						Avaliação Clínica		Avaliação Complementar										
						1ª	2ª	Tipo de Exame	Hora	Respons. pelo Exame	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		

7																			
8																			
9																			
10																			

Causa da Não Efetivação da Doação:

RECUSA DOS FAMILIARES	CONTRAINDICAÇÃO MÉDICA	PROBLEMAS LOGÍSTICOS OU ESTRUTURAIS
001 Desconhecimento do desejo do potencial doador	011 Sorologia Positiva HIV	019 Equipe não disponível
002 Doador contrário à doação em vida	012 Sorologia Positiva HTLV	020 Família não localizada
003 Familiares indecisos	013 Infecção grave	021 Deficiência Estrutural da Instituição
004 Familiares desejam o corpo íntegro	014 Portador de neoplasia	022 Sem identificação
005 Familiares descontentes com o atendimento	015 Parada cardiorrespiratória	023 Outros
006 Receio de demora na liberação do corpo	016 Fora da faixa etária	
007 Convicções religiosas	017 Outras doenças crônico-degenerativas	
008 Incompreensão da ME	018 Achados transoperatórios	
009 Favoráveis à doação apenas após PCR		
010 Outros		

Definições:	
POSSÍVEL DOADOR:	indivíduo em coma aperceptivo (o status neurológico escore 3 da escala de Glasgow).
POTENCIAL DOADOR EM MORTE ENCEFÁLICA:	indivíduo em morte encefálica diagnosticada pelo primeiro exame clínico.
DOADOR ELEGÍVEL EM MORTE ENCEFÁLICA:	indivíduo em morte encefálica já diagnosticada sem contra-indicações conhecidas.
DOADOR EFETIVO OU REAL DE TECIDOS:	indivíduo do qual foi removido algum tecido para fim de transplante.
DOADOR EFETIVO OU REAL DE ÓRGÃOS:	indivíduo que realizou a cirurgia para fim de retirada.
DOADOR DE ÓRGÃOS IMPLANTADOS:	doador de quem se implantou pelo menos um órgão.
DOADOR MULTIORGÂNICO ÓRGÃOS IMPLANTADOS:	doador do qual foram removidos pelo menos dois órgãos diferentes para fim de transplantes.

Comentário: Assinatura do Responsável_____

FORMULÁRIO III

RELATÓRIO MENSAL DAS ATIVIDADES DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES - CIHDOTT

Mês / Ano: ____ / _____

Total de Óbitos

Faixa Etária					Nº de óbitos por ME notificados à CIHDOTT	
	PCR		ME		Turno	n
Faixa etária	n	%	N	%	Manhã (7h - 13h)	
Menor de 2 anos					Tarde (13h -19h)	
> 2 até 18 anos					Noite (19h - 7h)	
> 18 até 40 anos					PCR - Parada Cardiorespiratória ME - Morte Encefálica	
> 40 até 60 anos						
> 60 até 70 anos						
> 70 anos						
Total		100		100		

Óbitos com Parada Cardiorespiratória:

	n	%
Total de óbitos hospitalares		100
Entrevistas realizadas		(Entrevistas realizadas / Óbitos hospitalares x 100)
Entrevistas não realizadas		(Entrevistas não realizadas / Óbitos hospitalares x 100)

Consentimento Familiar	(Consentimento familiar / Entrevistas realizadas x 100)
Recusas	(Recusas familiares / Entrevistas realizadas x 100)

Causas da não Efetivação da Doação de Tecidos:

Relacionadas à Entrevista Familiar	n		Motivos Médicos	n
Desconhecimento do desejo do potencial doador		Desconhecimento da causa base do óbito		
Potencial doador contrário, em vida, à doação		Portador de neoplasia		
Familiares indecisos		Sorologia positiva		
Familiares desejam o corpo íntegro		Fora da faixa etária		
Familiares descontentes com o atendimento		Tempo máximo para retirada ultrapassado		
Receio de demora na liberação do corpo		Sepse		
Convicções religiosas		Trauma com lesão do tecido a ser doado		
Outros		Outras condições impeditivas		

	Aspectos Logísticos ou Estruturais	n
Equipe de retirada não disponível		
Deficiência estrutural da instituição		
Familiares não localizados		
Potencial doador sem identificação		
Outros		

Óbitos em Morte Encefálica:

	n	%
Total de ocorrências		100
Entrevistas realizadas		(Entrevistas realizadas / Óbitos em morte encefálica x 100)
Entrevistas não realizadas		(Entrevistas não realizadas / Óbitos em morte encefálica x 100)

Consentimento Familiar		(Consentimento familiar / Entrevistas realizadas x 100)
Recusas		(Recusas familiares / Entrevistas realizadas x 100)

Causas da Não-Efetivação da Doação de Órgãos:

Relacionadas à Entrevista Familiar	N	Motivos Médicos	n
Desconhecimento do desejo do potencial doador		Desconhecimento da causa da morte	
Potencial doador contrário, em vida, à doação		Portador de neoplasia	
Familiares indecisos		Sorologia positiva	
Familiares desejam o corpo íntegro		Fora da faixa etária	
Não entendimento do diagnóstico de ME		Instabilidade hemodinâmica	
Familiares descontentes com o atendimento		Parada cardíaca	
Receio de demora na liberação do corpo		Infecção grave	
Convicções religiosas		Outras condições impeditivas	
Outros			

	Aspectos Logísticos ou Estruturais	n
Equipe de retirada de órgãos não disponível		
Deficiência estrutural da instituição		
Incapacidade diagnóstica de morte encefálica por carência de especialistas		
Incapacidade diagnóstica de morte encefálica por carência de equipamentos		
Familiares não localizados		
Potencial doador sem identificação		
Outros		

Atividades de Educação e Divulgação:

	Atividade	Quantidade	Datas
Palestras			
Campanhas			
Reuniões			
Entrevistas à imprensa			
Capacitações			

_____

Assinatura do Coordenador Intra-Hospitalar

Anexo 20 do Anexo I

NORMAS PARA AUTORIZAÇÃO DE EQUIPES ESPECIALIZADAS E ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Anexo 6)

NORMAS PARA AUTORIZAÇÃO DE EQUIPES ESPECIALIZADAS E ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

I. Das condições Gerais

A realização de transplante de órgãos, tecidos ou partes do corpo humano só poderá ser realizada por estabelecimento de saúde, público ou privado, e por equipes especializadas de retirada e transplante previamente autorizados pela Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes.

Esta exigência é aplicável a todos os estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, e às equipes especializadas independentemente de terem, ou não, seus serviços contratados pelo Sistema Único de Saúde.

O estabelecimento de saúde responsável pela realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano deverá atender às normas de vigilância sanitária vigentes.

1. Planejamento da rede de assistência

1.1 As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal deverão estabelecer um planejamento regional hierarquizado para formar uma Rede de Serviços Estadual e/ou Regional de Atenção ao Paciente, composta por estabelecimentos de saúde e/ou suas respectivas equipes especializadas, autorizadas pelo Ministério da Saúde, a realizarem captação/transplante de órgão e tecidos e que sejam responsáveis pela atenção aos pacientes durante o período pré e pós transplante.

1.2 Para a definição dos quantitativos e da distribuição geográfica dos serviços/ equipes especializadas, os gestores deverão observar os seguintes parâmetros:

a) população a ser atendida e definição de abrangência populacional de cada serviço/equipe especializada;

b) necessidade de cobertura assistencial;

c) mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra-referência;

d) capacidade técnica e operacional dos serviços/equipes especializadas;

e) série histórica de atendimentos realizados, levando em conta a demanda reprimida, nos casos em que forem identificadas;

f) integração com a rede de referência hospitalar em atendimento de urgência e emergência, com os serviços de atendimento pré-hospitalar, com a Central de Regulação (quando houver) e com os demais serviços assistenciais - ambulatoriais e hospitalares - disponíveis no Estado;

2. Processo de autorização

2.1 A solicitação de autorização de estabelecimento de saúde ou equipe especializada, deverá ser precedida de consulta à respectiva CNCDO sobre as normas vigentes e as necessidades de sua autorização;

2.2 O processo de solicitação de autorização de qualquer estabelecimento de saúde e/ou equipe especializada inicia-se com a solicitação dos mesmos junto às SES/CNCDO;

2.3 O respectivo Gestor do SUS, uma vez concluída a análise preconizada, atendida a necessidade e os critérios estratégicos e técnicos para a autorização elencados neste Regulamento Técnico, dará prosseguimento ao processo de solicitação de autorização;

2.4 A ausência desta avaliação ou da aprovação por parte do respectivo Gestor do SUS impede a seqüência do processo.

2.5 Uma vez concluída a fase de planejamento, conforme estabelecido no item 1, e confirmada à necessidade da autorização do estabelecimento de saúde e/ou equipe especializada e, conduzido o processo pela Coordenação Estadual de Transplante, este deverá ser formalizado pela Secretaria de Saúde do Estado, com o parecer favorável ao processo de acordo com a pactuação estabelecida na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), caso a SES ou a CNCDO julgue necessário;

2.6 O Processo de solicitação de autorização do estabelecimento de saúde e/ou equipe especializada deverá ser instruído com as seguintes informações e seguir o seguinte fluxo:

a) preenchimento do Formulário para a Autorização do Estabelecimento e Equipe (Formulário); os formulários estão disponíveis no sítio do Sistema Nacional de Transplantes/Ministério da Saúde.

Obs: os processos de equipes e estabelecimentos são elaborados separadamente.

b) para cada item do "formulário" deve-se anexar uma declaração/comprovante do que está sendo assinalado; em caso de serviços terceirizados, deve-se anexar o contrato;

c) encaminhar o processo à CNCDO do Estado;

d) emissão de Parecer Conclusivo do Gestor contendo a manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação à solicitação de autorização e o disposto no item;

e) realização, em caso de necessidade, de vistoria técnica in loco, pela Secretaria de Saúde do Estado, que avaliará as condições de funcionamento da unidade, contemplando: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas neste Regulamento; e

f) Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, aprovando a solicitação de autorização do estabelecimento de saúde e/ou equipe especializada, caso a SES ou a CNCDO julgue necessário.

2.7 Uma vez emitido o parecer favorável a respeito da solicitação de autorização pelo Gestor do SUS, o processo será encaminhado ao Ministério da Saúde/SAS/DAE/CGSNT

2.8 Estando o processo na CGSNT, esta o avaliará e, se necessário, determinará a realização de vistoria in loco complementar por técnicos por ela indicados.

2.8.1 Em caso de pendências inviabilizantes, o processo será devolvido à Secretaria de Estado da Saúde, para posteriores adequações ou finalização do processo.

2.9 A finalização do processo de autorização se dar-se-à por meio de emissão de parecer favorável à autorização pela CGSNT e de publicação no Diário Oficial da União (DOU) de portaria SAS/MS específica de autorização.

2.9.1 Após a publicação, a Coordenação-Geral do SNT procederá ao cadastramento do estabelecimento no sistema de informações do SNT.

II. Da Autorização para as Equipes Especializadas

1. Condições Gerais aplicáveis a todas as equipes:

1.1 As autorizações para as equipes especializadas serão concedidas, observado o disposto nos artigos 8°, 10 e 11 do Decreto n.º 2.268, de 1997, e atendendo ao dispositivo das Condições Gerais deste Regulamento, satisfeitos os seguintes requisitos:

1.1.1 indicação do responsável técnico pela equipe;

1.1.2 comprovação de experiência profissional na área, por todos os membros da equipe, com descrição do tipo de treinamento recebido;

1.1.3 declaração quanto à disponibilidade da equipe, em tempo integral, para a realização de todos os procedimentos indicados no requerimento de autorização;

1.1.4 declaração quanto à capacidade da equipe para a realização concomitante dos procedimentos de retirada e de transplante, se for o caso; e

1.1.5 - Certidão Negativa de Infração Ética atualizada dos membros da equipe, emitida pelo Conselho Regional de Medicina (CRM);

a) não se aplica o contido no item 1.1.4 às solicitações de autorização que contemplem somente as atividades de retirada de órgãos, partes e tecidos.

b) além das exigências previstas neste item, as equipes especializadas devem satisfazer os requisitos específicos de cada procedimento, na conformidade dos itens seguintes.

c) para as finalidades deste Regulamento, os especialistas referidos nos itens seguintes correspondem a profissionais com títulos registrados no Conselho Federal de Medicina - CFM.

1.2 - Nas solicitações relacionadas à autorização de equipes, a SES deverá contatar o coordenador da equipe e avaliar a sua inserção nos serviços que executarão os procedimentos, relacioná-los e, após avaliação do cumprimento de todos os itens necessários à autorização, emitirá relatório com parecer conclusivo, devidamente assinado pelo Gestor Estadual, que o encaminhará à Coordenação Geral do SNT/DAE/SAS/MS.

1.3 A Coordenação do SNT/DAE/SAS/MS concederá autorização às equipes especializadas para proceder à retirada de órgãos, partes e tecidos do corpo humano, transplantes e enxertos.

2. Das condições aplicáveis às Equipes Especializadas para transplantes:

2.1 - A composição de cada equipe de transplante, segundo a especificidade a seguir indicada, deverá ser no mínimo de:

a) Órgãos sólidos:	Profissionais por especialidade
Rim	- dois nefrologistas, com residência ou título de especialista, com experiência mínima de seis meses comprovada em serviço de transplante renal; - dois urologistas, ou um urologista e um cirurgião geral com residência ou título de especialista, com treinamento formal de duração mínima de seis meses em serviço de transplante renal em hospital de ensino ou de excelência;
Pâncreas	- um nefrologista, com residência ou título de especialista, com experiência comprovada de seis meses em serviço de transplante renal em hospital de ensino ou de excelência; - um urologista, com residência ou título de especialista, com treinamento formal de duração mínima de seis meses em serviço de transplante renal em hospital de ensino ou de excelência; - um cirurgião geral com residência ou título de especialista com treinamento; formal de duração mínima de doze meses em serviço de transplante de pâncreas em hospital de ensino ou de excelência; - um endocrinologista, com residência ou título de especialista; - um anestesista com residência ou título de especialista com treinamento de três meses, em transplante de órgãos abdominais;
Fígado	- um médico clínico com residência ou título de especialista, sendo um deles gastroenterologista com treinamento formal com duração mínima de seis meses em serviço de hepatologia e transplante de fígado em hospital de ensino ou de excelência - dois cirurgiões com residência ou título de especialista com treinamento formal, com duração mínima de um ano, em serviço especializado em transplante de fígado em hospital de ensino ou de excelência; - dois médicos anestesistas com residência ou título de especialista com experiência de, no mínimo três meses em transplantes de órgãos abdominais.
Pulmão	- um médico pneumologista com residência ou título de especialista com treinamento formal, com duração mínima de três meses, em serviço especializado em transplante de pulmão hospital de ensino ou de excelência; - um cirurgião torácico, com residência ou título de especialista com treinamento formal, com duração mínima de doze meses, em cirurgia brônquica e traqueal, realizado em serviço especializado em transplante de um pulmão em hospital de ensino ou de excelência; - um cirurgião cardiovascular com residência ou título de especialista; - dois anestesistas, com residência ou título de especialista com treinamento formal, com duração mínima de três meses, em serviço especializado em transplante de pulmão; - um médico intensivista, com residência ou título de especialista com treinamento de três meses em suporte inicial pós- operatório em transplante pulmonar em hospital de ensino ou de excelência;
Coração	um cardiologista com residência ou título de especialista com treinamento de seis meses em transplante cardíaco em hospital de ensino ou de excelência; um cirurgião cardiovascular com residência ou título de especialista com treinamento formal, com duração mínima de doze meses, em serviço especializado em transplante de coração; - um cirurgião torácico com residência ou título de especialista; - dois anestesistas com residência ou título de especialista, com experiência de três meses em cirurgia cardíaca;

b) Tecidos e células	Profissionais por especialidade
Tecido ocular humano	- um médico oftalmologista, com residência ou título de especialista com treinamento formal, pelo período mínimo de seis meses nessa modalidade de transplante em hospital de ensino ou de excelência;
Válvulas cardíacas	- um cardiologista com residência ou título de especialista experiência de no mínimo três meses em transplante valvar hospital de ensino ou de excelência; - um cirurgião cardiovascular com residência ou título de especialista, com experiência de, no mínimo seis meses em transplante valvar em hospital de ensino ou de excelência;
Pele	- um cirurgião plástico com residência ou título de especialista com experiência em enxertos de pele hospital de ensino ou de excelência.
Células-Tronco Hematopoéticas	- um médico com residência ou título de especialista em hematologia e/ou um médico especialista em oncologia clínica ou oncologia pediátrica, com experiência comprovada de seis meses na realização de transplantes autólogos ou alogênicos em hospital de ensino ou de excelência;
Tecido ósteo-condro- fáscioligamentoso	- um médico ortopedista com residência ou título de especialista com experiência mínima em enxertia óssea.

III Da Autorização para os Estabelecimentos de Saúde:
1. Das condições gerais para a Autorização de Estabelecimentos de Saúde:
1.1 Para a realização do transplante/retirada de órgão e tecidos o estabelecimento de saúde deverá dispor:
1.1.1 equipe cirúrgica autorizada, com possibilidade de realizar o procedimento a qualquer hora do dia;
1.1.2 meios para a comprovação da morte encefálica, conforme disposições em resolução do Conselho Federal de Medicina;
1.1.3 laboratório, com capacidade e recursos humanos aptos a realizar os exames conforme o disposto no artigo 2º da Lei nº 9.434, de 1997;
1.1.4 unidade de terapia intensiva;
1.1.5 infraestrutura hospitalar adequada as condições exigidas por este regulamento;
1.1.6 licença sanitária atualizada.
2. Das Condições para Transplantes e Enxertos
2.1 Recursos Diagnósticos e Terapêuticos:
O estabelecimento de saúde deverá dispor dos seguintes recursos diagnósticos e terapêuticos dentro da estrutura hospitalar:
2.1.1 Para serviços que realizam retirada/transplantes de órgãos sólidos:
a) ambulatório especializado para acompanhar os pacientes em recuperação;
b) Laboratório de Análises Clínicas que realize exames na unidade, disponíveis nas 24 horas do dia: bioquímica, hematologia, microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uroanálise. O Laboratório deverá cumprir o Regulamento Técnico da ANVISA, que dispõe sobre o funcionamento de laboratórios clínicos;
c) serviço de imagenologia (radiologia, ultra-sonografia);
d) anatomia patológica;
e) hemoterapia disponível nas 24 horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege a RDC nº 153/2004, da ANVISA ou outra que venha a alterá-la ou substituí-la.
f) Unidade de Terapia Intensiva.
g) centro cirúrgico, para a realização concomitante dos procedimentos de retirada e de implante;
h) comissão de controle de infecção hospitalar
i) CIHDOTT;
j) farmácia com capacidade de prover medicamentos necessários aos procedimentos de transplantes e enxertos;
k) Laboratório de Histocompatibilidade autorizado pelo SNT/MS.
l) rotina de CCIH, centro cirúrgico e UTI;
Obs.: No caso dos itens "b", "c" e "k", poderão ser serviços próprios ou terceirizados, devidamente contratualizados, conforme legislação vigente.
2.1.2 . Para serviços que realizam retirada/transplantes de tecidos e/ou células:
a) Ambulatório especializado para acompanhar os pacientes em recuperação;
b) Centro Cirúrgico;
c) Laboratório de Análises Clínicas que realize exames na unidade, disponíveis nas 24 horas do dia: bioquímica, hematologia, microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uroanálise. O Laboratório deverá cumprir o Regulamento Técnico da ANVISA, que dispõe sobre o funcionamento de laboratórios clínicos;
d) Laboratório de Patologia Clínica e serviço de anatomia patológica;
e) comissão de controle de infecção hospitalar
f) CIHDOTT
g) farmácia com capacidade de prover medicamentos necessários aos procedimentos de transplantes e enxertos; e
h) rotina de CCIH, centro cirúrgico e UTI.
Obs.: No caso dos itens "c" e "d", poderão ser serviços próprios ou terceirizados, devidamente contratualizados, conforme legislação vigente.
2.2 Os estabelecimentos de saúde devem contar ainda, conforme cada órgão ou tecido, com os serviços relacionados a seguir:
2.2.1 Para serviços que trabalham com Órgãos sólidos

Órgãos Sólidos						
	Coração	Fígado	Pâncreas	Pulmão	Rim	Rim / Pâncreas
Ambulatório para acompanhar os pacientes transplantados	X	X	X	X	X	X
Cineangiocardiografia	X	X	X	X		X
Ecocardiografia Bidimensional com medidor direcional de vazão	X	X	X	X	X	X
Eletrocardiografia Convencional e Dinâmica	X	X	X	X	X	X
Eletrocardiograma	X	X	X	X	X	X
Emergência Cardiológica funcionando durante as 24 horas do dia	X			X		
Radiologia Convencional e Vascular	X	X	X	X	X	X
Serviço de Avaliação da Função Pulmonar	X			X		

Serviço de Endoscopia	X	X	X	X	X	X
Serviço de Endoscopia Digestiva Alta	X	X	X	X	X	X
Serviço de Fisioterapia	X	X	X	X	X	X
Serviço de Hemodinâmica	X	X	X	X		X
Serviço de Hemoterapia com capacidade de atender a necessidade de grandes quantidades de sangue e hemoderivados	X	X	X	X	X	X
Serviço de Radiologia Convencional e Intervencionista	X	X	X	X	X	X
Serviço de Radiologia Intervencionista com recursos diagnósticos e terapêuticos nas áreas: vascular e de vias biliares	X	X	X	X		X
Serviço de Tomografia Computadorizada	X	X	X	X	X	X
Serviço de Ultras-Sonografia com medidor convencional de vazão (Doppler Colorido)	X	X	X	X	X	X
Serviço de Tomografia Computadorizada de Abdômen	X	X	X	X	X	X
Serviços de Avaliação da Função Cardíaca	X	X	X	X	X	X
Sistema de Circulação Extracorpórea com bombas centrífugas	X	X	X	X		X
Sistema de Infusão Controlada e aquecida de fluídos e bombas de infusão rápida	X	X	X	X	X	X
Sistema de Infusão de Sangue com capacidade de vazão de até onze litros por minuto	X	X	X	X		X
Sistema de Monitorização da Coagulação Sanguínea	X	X	X	X	X	X
Serviço de Diálise Aguda	X	X	X		X	X
Unidade Coronariana	X	X	X	X	X	X
Unidade de Tratamento Dialítico (próprio ou terceirizado)	X	X	X	X	X	X
Unidade de Tratamento Dialítico incluindo Hemofiltração (próprio ou terceirizado)	X	X	X	X	X	X
Ultras - Sonografia	X	X	X	X	X	X
Serviço de Broncoscopia	X	X	X	X		X
Laboratório de Histocompatibilidade (próprio ou terceirizado)	X	X	X	X	X	X
Hospital-dia	X	X	X	X	X	X

2.2.2 Para serviços que trabalham com Tecidos e Células:

	Tecido Ocular Humano	Pele	Tecido Ósteocondro- fáscio-ligamentoso	Válvulas Cardíacas	TCTH
Banco de Pele (próprio ou terceirizado)		X			
Banco de Tecido Músculoesquelético (próprio ou terceirizado)			X		
Banco de Tecidos Cardiovasculares Cardíacas Humanas (próprio ou terceirizado)				X	
Banco de Tecido Ocular Humano (próprio ou terceirizado)	X				
Centro Cirúrgico, para a coleta das células-tronco hematopoéticas da medula óssea se for no próprio hospital					X
Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes - CIH-DOTT	X	X	X	X	X
Hospital-dia					X
Laboratório de Análises Clínicas		X	X	X	X
Laboratório de Histocompatibilidade, quando indicado, (próprio ou terceirizado)					X
Laboratório de Criobiologia (próprio ou terceirizado)					X
Laboratório de Patologia Clínica disponível 24 horas	X				X
Laboratório(s) de Biologia Molecular, Cito- genética e Munofenotipagem- (próprios ou terceirizados)	X	X	X		X
Microscópio cirúrgico e demais equipamentos e instrumentos oftalmológicos para cirurgia e controle de qualidade dos tecidos oculares humanos	X				
Radiologia Convencional		X	X	X	X
Sala de cirurgia ou ambulatório adequado para a realização do transplante (quando aplicado)	X	X	X	X	X
Serviço com capacidade de manuseio e criopreservação de células-tronco hematopoéticas					X
Serviço de Anatomia Patológica próprio ou terceirizado	X	X	X	X	X
Serviço de Cirurgia Plástica ou de atendimento a queimados		X			
Serviço de Documentação Médica e de Prontuários de Pacientes	X	X	X	X	X
Serviço de Endoscopia Gastro-enteral e brônquica					X
Serviço de Esterilização	X	X	X	X	X
Serviço de Hemodinâmica - (quando aplicado)				X	X
Serviço de Hemoterapia - (quando aplicado)			X	X	X
Serviço de Hemoterapia, com capacidade de realizar aférese					X
Serviço de Radiologia com Tomografia Computadorizada, disponível 24 horas			X	X	X
Serviço de Radioterapia com capacidade para realizar irradiação corporal total					X
Serviço de Tratamento de Deformidades ósseas (quando indicado)			X		
Sistema de Filtragem de Ar					X
Unidade Coronariana				X	
Unidade de Terapia Intensiva, (quando indicado)		X	X	X	X
Serviço de Nutrição					X

2.3. Os estabelecimentos de saúde deverão manter protocolos operacionais padrão, protocolos assistenciais e manuais, no que se apliquem, referentes a todo o fluxo de notificações de óbitos, processo de doação de órgãos e tecidos, manutenção clínica de doadores com morte encefálica, registro das condições ambientais e tempo de permanência de corpos potenciais doadores de tecidos com coração parado, acolhimento de familiares doadores, acesso à assistência dos potenciais receptores, indicações de transplante, avaliação para inscrição em lista, informações ao candidato a transplante, definição quanto à aceitação de critérios expandidos, colheita dos consentimentos esclarecidos, seguimento de potenciais receptores, atualização das informações relacionadas ao potencial receptor listado, recrutamento dos potenciais receptores selecionados para o transplante, acolhimento do potencial receptor no momento do transplante, imunossupressão, descrições cirúrgicas, acompanhamento pós-transplante, hospital-dia, registros de acompanhamento de doadores vivos, critérios e rotinas de submissão de assuntos à comissão de ética, instrumentos de registro e guarda de documentos legais, cronogramas de capacitação e educação permanente nas áreas específicas de atuação das equipes assistenciais.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300332

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

IV - Classificação e Critérios de Progressão das Categorias para TCTH

1 - Os hospitais autorizados para TCTH, credenciados/habilitados ou não no SUS, deverão ser classificados nas categorias abaixo:

1.1 tipo I: hospitais com serviço de hematologia com TCTH autólogo com estrutura e equipe técnica definidas nas normas específicas desta Portaria e Anexos. A produção mínima anual de 10 (dez) transplantes autólogos deverá ser alcançada e mantida, após os 2 (dois) primeiros anos de atividade do serviço;

1.2 tipo II: hospitais com serviço(s) de transplante destinado(s) aos TCTH autólogo e alogênico aparentado com estrutura e equipe técnica definidas nas normas específicas desta Portaria e Anexos, e com pelo menos 2 (dois) anos de atividade como tipo I, condicionada pela avaliação da Coordenação-Geral do SNT. A produção mínima anual de 20 (vinte) transplantes, sendo 10 (dez) autólogos e 10 (dez) alogênicos aparentados - considerada a capacidade instalada e a disponibilidade de doadores para transplantes alogênicos aparentados por ano - deverá ser alcançada e mantida, após os 2 (dois) primeiros anos de atividade do serviço; No caso do centro transplantador não alcançar a produção mínima anual, não será considerada a progressão para a próxima categoria, podendo ser avaliada apenas a renovação da autorização;

1.3 tipo III: hospitais com serviço de transplante destinado aos TCTH autólogos e alogênicos aparentados e não-aparentados, com estrutura e equipe técnica definidas nas normas especificas desta Portaria e Anexos, com base na avaliação da Coordenação-Geral do SNT, e na necessidade de criação de novos serviços. A produção mínima anual de 30 (trinta) transplantes, sendo 10 (dez) autólogos e 20 (vinte) alogênicos aparentados ou não-aparentados - considerada a capacidade instalada, deverá ser alcançada e mantida, após os 2 (dois) primeiros anos de atividade do serviço.

Anexo 21 do Anexo I

TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS E FORMULÁRIO I (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Anexo 7)

TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS

A - DEFINIÇÕES

a) TCTH de Medula Óssea: substituição de células-tronco hematopoéticas a partir de células-tronco hematopoéticas normais obtidas de medula óssea, com o objetivo de normalizar a hematopoese;

b) TCTH de Sangue Periférico: substituição de células-tronco hematopoéticas a partir de células-tronco hematopoéticas normais obtidas após mobilização para o sangue periférico com o objetivo de normalizar a hematopoese;

c) TCTH de Sangue de Cordão Umbilical: substituição de células-tronco hematopoéticas a partir de células-tronco hematopoéticas normais obtidas de sangue de cordão umbilical, com o objetivo de normalizar a hematopoese;

d) TCTH Autólogo: quando as células-tronco hematopoéticas provêm da medula óssea ou do sangue periférico do próprio indivíduo a ser transplantado (receptor);

e) TCTH Alogênico: quando as células-tronco hematopoéticas provêm da medula óssea, do sangue periférico ou do sangue de cordão umbilical de um outro indivíduo (doador);

f) TCTH Alogênico Aparentado: quando o receptor e o doador são consangüíneos; e

g) TCTH Alogênico Não-Aparentado: quando o receptor e o doador não são consanguíneos;

h) TCTH com Mieloablação: transplante convencional alogênico para o qual se utilizam altas doses de agentes citotóxicos no condicionamento pré-transplante, com o objetivo de destruição completa da medula óssea do receptor, antes da infusão de células-tronco hematopoéticas obtidas do doador;

i) TCTH sem Mieloablação: quando se minimiza a intensidade ablativa do tratamento com agentes citotóxicos do receptor pré-infusão das células-tronco do doador.

j) REDOME: Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea que é composto dos dados pessoais e resultados dos exames de possíveis doadores;

k) REREME: Registro Brasileiro de Receptores de Medula Óssea ou outros precursores hematopoéticos que é composto dos dados pessoais e resultados dos exames de possíveis receptores;

l) O REREME: utiliza o sistema informatizado de gerenciamento da lista única de receptores de células-tronco hematopoéticas alogênicas, denominado pelo mesmo nome;

m) RENACORD: Registro Nacional de Doadores de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário;

n) Receptor Nacional: é o candidato a receber células-tronco hematopoéticas para fins de transplantes. Esse indivíduo pode ter nacionalidade brasileira ou ser cidadão estrangeiro naturalizado ou residente e domiciliado no Brasil;

o) Receptor Estrangeiro: é o candidato a receber células-tronco hematopoéticas de doador brasileiro, que possua outra nacionalidade e que reside em outro país;

p) BRASILCORD: Rede Pública de Bancos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário;

q) BSCUP: Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário;

r) SCUP: Sangue de Cordão Umbilical e Placentário;

s) RBTMO: Registro Brasileiro de Transplantes de Medula Óssea;

B - CRITÉRIOS DE INDICAÇÕES 1. TCTH Autólogos

1.1. TCTH autólogo de medula óssea:

a) idade: igual ou inferior a 75 anos

1.1.2 Indicações:

a) leucemia mielóide aguda em primeira ou segunda remissão;

b) linfoma não Hodgkin de graus intermediário e alto, indolente transformado, quimiossensível, como terapia de salvamento após a primeira recidiva;

c) doença de Hodgkin quimiossensível, como terapia de salvamento, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual;

d) mieloma múltiplo;

e) tumor de célula germinativa recidivado, quimiossensível, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual; e

f) neuroblastoma em estádio IV e/ou alto risco (estádio II, III e IVS com nMyc amplificado e idade igual ou maior do que 6 meses, desde que bom respondedor à quimioterapia (remissão completa ou resposta parcial), em primeira terapia.

1.2. TCTH autólogo de sangue periférico:

a)idade: igual ou inferior a 75 anos; e

b)mobilização de precursores hematopoéticos: deve ser feita num esquema apropriado ao paciente e sua doença, utilizando fatores de crescimento associados ou não à quimioterapia com o intuito de se obter número adequado de células CD34+ por kg de peso do receptor.

1.2.1. Indicações:

a) leucemia mielóide aguda (LMA) em primeira ou segunda remissão;

b) linfoma não Hodgkin agressivo quimiossensível, como terapia de salvamento após a primeira recidiva;

c) doença de Hodgkin quimiossensível, como terapia de salvamento, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual;

d) mieloma múltiplo; e

e) tumor de célula germinativa recidivado, quimiossensível, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual; e

f) neuroblastoma em estádio IV e/ou alto risco (estadio II, III e IVS com nMyc amplificado e idade igual ou maior do que 6 meses, desde que bom respondedor à quimioterapia (remissão completa ou resposta parcial), em primeira terapia.

2. TCTH Alogênicos Aparentados

a)Compatibilidade HLA: classe I por sorologia ou técnicas moleculares de baixa resolução e classe II por técnicas moleculares de média ou alta resolução, sendo aceitos doadores consanguíneos fenotipicamente idênticos ou distintos apenas por um antígeno HLA.

2.1. TCTH alogênico aparentado de medula óssea

I - Com mieloablação:

a) idade do receptor: igual ou inferior a 65 anos

2.1.1. Indicações:

a) leucemia mielóide aguda em primeira remissão, exceto leucemia promielocítica (M3), t(8;21) ou inv. 16;

b) leucemia mielóide aguda com falha na primeira indução;

c) leucemia mielóide aguda em segunda ou terceira remissão;

d) leucemia linfóide aguda/linfoma linfoblástico em segunda ou remissões posteriores;

e) leucemia linfóide aguda Ph+ entre a primeira e a segunda remissão;

f) leucemia mielóide crônica em fase crônica ou acelerada (de transformação);

g) anemia aplástica grave adquirida ou constitucional;

h) síndrome mielodisplásica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielomonocítica crônica nas formas adulto e juvenil - LMC juvenil;

i) imunodeficiência celular primária;

j) talassemia major, em caso de pacientes com menos de 15 anos de idade, com hepatomegalia até 2 (dois) centímetros do rebordo costal, sem fibrose hepática e tratados adequadamente com quelante de ferro; e

k) mielofibrose primária em fase evolutiva.

II - Sem mieloablação:

a) idade do receptor: igual ou inferior a 70 anos

2.1.2. Indicações:

a) as mesmas indicações do transplante alogênico aparentado com mieloablação, em pacientes com doença associada (co-morbidade);

b) leucemia linfóide crônica;

c) mieloma múltiplo;

d) linfoma não Hodgkin indolente; e

e) doença de Hodgkin quimiossensível, como terapia de salvamento, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual.

2.2. TCTH alogênico aparentado de sangue periférico:

a)idade do receptor: igual ou inferior a 65 anos

I - Com mieloablação

2.2.1 Indicações:

a) leucemia mielóide aguda em primeira remissão, exceto leucemia promielocítica (M3), t(8;21) ou inv. 16;

b) leucemia mielóide aguda em segunda ou terceira remissão;

c) leucemia linfóide aguda/linfoma linfoblástico em segunda ou remissões posteriores;

d) leucemia linfóide aguda Ph+ entre a primeira e a segunda remissão;

e) leucemia mielóide crônica em fase tardia após um ano do diagnóstico ou em fase acelerada (de transformação);

f) síndrome mielodisplásica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielomonocítica crônica nas formas adulto e juvenil - LMC juvenil;

g) talassemia major, em caso de pacientes com menos de 15 anos de idade, com hepatomegalia até 2 (dois) centímetros do rebordo costal, sem fibrose hepática e tratados adequadamente com quelante de ferro; e

h) mielofibrose primária em fase evolutiva.

II - Sem mieloablação

a) idade do receptor: igual ou inferior a 70 anos

2.2.2 Indicações:

a) as mesmas indicações do transplante alogênico aparentado com mieloablação e em pacientes com doença associada (co-morbidade);

b) leucemia linfóide crônica;

c) mieloma múltiplo;

d) linfoma não Hodgkin indolente; e

e) doença de Hodgkin quimiossensível, como terapia de salvamento, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual.

2.3. TCTH alogênico aparentado de sangue de cordão umbilical

a) idade do receptor: igual ou inferior a 65 anos

2.3.1. Indicações:

a) leucemia mielóide aguda em primeira remissão, exceto leucemia promielocítica (M3), t(8;21) ou inv. 16;

b) leucemia mielóide aguda em segunda ou terceira remissão;

c) leucemia linfóide aguda/linfoma linfoblástico em segunda ou remissões posteriores;

d) leucemia linfóide aguda Ph+ entre a primeira e a segunda remissão;

e) anemia aplástica grave adquirida ou constitucional;

f) síndrome mielodisplásica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielomonocítica crônica nas formas adulto e juvenil - LMC juvenil;

g) imunodeficiência celular primária;

h) talassemia major, em caso de pacientes com menos de 15 anos de idade, com hepatomegalia até 2 (dois) centímetros do rebordo costal, sem fibrose hepática e tratados adequadamente com quelante de ferro;

i) mielofibrose primária em fase evolutiva;

j) linfoma não Hodgkin indolente; e

k) doença de Hodgkin quimiossensível, como terapia de salvamento, excluídos os doentes que não se beneficiaram de um esquema quimioterápico atual.

3. TCTH Alogênicos Não-Aparentados

a) compatibilidade HLA

a.1 - Doador do Registro Nacional: Classe I por sorologia ou técnicas moleculares de baixa resolução e Classe II por técnicas moleculares de média ou alta resolução. Serão aceitos somente doadores definidos como idênticos, confirmados por técnicas moleculares de alta resolução.

a.2 - Doador do Registro Internacional: Classe II por técnicas moleculares de baixa e alta resolução. Serão aceitos somente doadores definidos como idênticos, confirmados por técnicas moleculares de alta resolução.

b) no caso de TCTH de sangue de cordão umbilical, serão aceitos doadores idênticos ou distintos por até dois antígenos.

3.1. TCTH alogênico não-aparentado de medula óssea

a)idade do receptor: igual ou inferior a 60 anos

3.1.1. Indicações:

a) leucemia mielóide aguda em primeira remissão, exceto leucemia promielocítica (M3), t(8;21) ou inv. 16;

b) leucemia mielóide aguda em segunda ou terceira remissão;

c) leucemia linfóide aguda/linfoma linfoblástico em segunda ou remissões posteriores;

d) leucemia linfóide aguda Ph+ entre a primeira e a segunda remissão;

e) leucemia mielóide crônica em fase crônica ou acelerada (de transformação);

f) anemia aplástica grave adquirida ou constitucional;

g) síndrome mielodisplásica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielomonocítica crônica nas formas adulto e juvenil - LMC juvenil;

h) imunodeficiência celular primária;

i) osteopetrose, e

j) mielofibrose primária em fase evolutiva.

3.2. TCTH alogênico não-aparentado de sangue periférico

a) idade do receptor: igual ou inferior a 60 anos

3.2.1. Indicações:

a) leucemia mielóide aguda em primeira remissão, exceto leucemia promielocítica (M3), t(8;21) ou inv. 16;

b) leucemia mielóide aguda em segunda ou terceira remissão;

c) leucemia mielóide crônica em fase tardia após um ano do diagnóstico ou em fase acelerada (de transformação);

d) leucemia linfóide aguda/linfoma linfoblástico em segunda ou remissões posteriores;

e) leucemia linfóide aguda Ph+ entre a primeira e a segunda remissão;

f) síndrome mielodisplásica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielomonocítica crônica nas formas adulto e juvenil - LMC juvenil;

g) imunodeficiência celular primária;

h) osteopetrose; e

i) mielofibrose primária em fase evolutiva.

3.3. TCTH alogênico não-aparentado de sangue de cordão umbilical:

a) idade do receptor: igual ou inferior a 60 anos

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

3.3.1. Indicações:

a) leucemia mielóide aguda em primeira remissão, exceto leucemia promielocítica (M3), t(8;21) ou inv. 16;

b) leucemia mielóide aguda em segunda ou terceira remissão;

c) leucemia linfóide aguda/linfoma linfoblástico em segunda ou remissões posteriores;

d) leucemia linfóide aguda Ph+ entre a primeira e a segunda remissão;

e) anemia aplástica grave adquirida ou constitucional;

f) síndrome mielodisplásica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielomonocítica crônica nas formas adulto e juvenil - LMC juvenil;

g) imunodeficiência celular primária;

h) osteopetrose, e

i) mielofibrose primária em fase evolutiva.

4. Demais Indicações

4.1. As propostas de inclusão de novas indicações para TCTH oriundas das sociedades médicas, que não apresentarem nível de evidência que sustente sua recomendação inequívoca, deverão ser encaminhadas, técnico-cientificamente justificadas, à Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (SNT). Esta definirá, em conjunto com o INCA e a Câmara Técnica Nacional, para cada indicação aceita para avaliação, centros de excelência onde se desenvolverão estes transplantes, como projeto de pesquisa, devidamente submetido à CONEP e coordenado pelo MS, para a devida decisão sobre inclusão em Regulamento Técnico, baseada na análise da efetividade e benefício do transplante.

4.2. Casos que se relacionem à extensão dos critérios presentes neste Regulamento devem ser encaminhados para avaliação da Câmara Técnica Nacional, acompanhados de todo o histórico clínico do paciente, descrição do exame físico atual, cópias dos exames complementares pertinentes, bibliografia relacionada e justificativa arrazoada da extensão do critério. A Câmara Técnica deverá emitir parecer conclusivo em até 30 (trinta) dias.

4.2.1. Casos que necessitem de avaliação mais urgente deverão vir assim identificados, com justificativa do caráter de urgência.

Formulário I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RECEPTOR DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS (TCTH)

Eu, _____, abaixo identificado(a) e firmado(a), portador(a) de _____, em

Nome do paciente _____

Nome da doença _____ tratamento no Hospital de _____

Nome do hospital _____

Nome do Município e da Unidade da Federação _____ declaro ter sido informado(a) claramente sobre todos os benefícios, cuidados e riscos relacionados ao TCTH de medula óssea ( ) de sangue periférico ( ) de sangue de cordão umbilical ( ) aparentado ( ) não-aparentado.

Declaro também que os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas esclarecidas pelo médico. _____CRM_____

Nome do responsável pela equipe que inscreveu o paciente

Número e unidade da Federação

Estou ciente, principalmente, de que meu estado de saúde requer tratamento imediato com TCTH e de que não há leitos disponíveis no hospital em que venho recebendo tratamento.

Também estou ciente de que o SNT, por meio da Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, está oferecendo a possibilidade de realizar meu tratamento com TCTH no

Hospital _____ de _____, _____

Nome do hospital Nome do Município, Unidade da Federação

Fui também informado(a) de que o hospital indicado pelo SNT está autorizado para a realização da modalidade de transplante de que necessito como terapêutica e que apresenta condições técnicas de atendimento semelhantes ao hospital em que vinha realizando meu tratamento.

Declaro, portanto, por este instrumento, que estou ciente de que não há, no momento, possibilidade de realizar o TCTH de que necessito no hospital em que venho recebendo tratamento e expresso minha concordância e livre e espontânea vontade de realizá-lo em outro hospital, indicado pelo SNT/SAS/MS.

	__/___ /
Local	Data
(Assinatura do paciente)	
, portador(a) da	RG
(Nome do paciente)	(Número/órgão expedidor/data de expedição)
Endereço	Telefone (código DDD+número)
, portador(a) da	RG
Nome da 1ª testemunha	(Número/órgão expedidor/data de expedição)

Endereço	Telefone (código DDD+número)	
Assinatura da 1ª testemunha		
_____ , portador(a) da RG		
Nome da 2ª testemunha	(Número/órgão expedidor/data de expedição)	
Endereço	Telefone (código DDD+número)	
Assinatura da 2ª testemunha		
Caso o paciente seja menor de idade ou tenha outro comprometimento que o impeça de tomar decisões, o representante legal abaixo designado é quem assume a responsabilidade de fazer esta opção.		
	_____/_____ /_____	
Local	Data	Assinatura
	, portador(a) da	RG
Nome do(a) responsável legal	(Número/órgão expedidor/data de expedição)	
Grau de parentesco ou situação legal		
Endereço	Telefone (código DDD+número)	

Anexo 22 do Anexo I

FORMULÁRIOS I A V (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Anexo 8)

Formulário I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE TRANSPLANTE - GERAL

Autorizo a equipe do Hospital _____ a realizar a cirurgia de transplante_____ (nome do órgão) de doador falecido. Fui adequadamente informado sobre os riscos, benefícios, e complicações potenciais da realização do transplante com este _____ (nome do órgão) a mim oferecido.

Li as informações e ouvi atentamente as explicações do Dr._____. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia dos resultados em relação à sobrevida geral, à do enxerto e complicações.

Autorizo qualquer outro tratamento/procedimento incluindo transfusão de sangue, ou de hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer, e que necessitem de cuidados outros diferentes daqueles inicialmente propostos.

Caracterização do_____(nome do órgão)

Concordo com tudo que foi apresentado.

( ) Paciente ( ) ( ) Responsável Grau de parentesco_____

Assinatura_____

_____

Nome em letra de forma

_____

Identidade nº

_____

Assinatura da testemunha

_____

A testemunha confirma que a assinatura é do ( ) Paciente ( ) Responsável

_____

Nome em letra de forma

Identidade nº_____

_____, _____/_____/ _____

(local e data) dia mês ano

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

(a ser preenchido por um dos médicos da equipe de transplante)

Certifico que expliquei por escrito e verbalmente, com detalhes, ao paciente _____ acima referido ou a seu responsável, o procedimento de transplante _____(tipo de transplante) com órgão de doador falecido, seus riscos e benefícios.

Respondi satisfatoriamente a todas as perguntas formuladas e considero que o paciente/responsável_____compreendeu o que lhe foi explicado.

Nome do Médico_____ CRM_____

Assinatura do Médico_____

_____, _____/_____/ _____

(local e data) dia mês ano

Formulário II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - CRITÉRIOS EXPANDIDOS

Ingresso em Lista de Espera

Eu _____(nome do paciente) estou ingressando em lista de espera para receber transplante de _____(nome do órgão) no Hospital_____ e aceito receber um _____(nome do órgão) de um doador/órgão classificado de CRITÉRIO EXPANDIDO.

Fui adequadamente informado sobre os riscos, benefícios e complicações potenciais da realização deste tipo de transplante. Li as informações e entendi as explicações do Dr. _____ Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia dos resultados esperados em relação à sobrevida geral, à do enxerto e complicações.Caracterização do_____ (nome do órgão) classificado como CRITÉRIOS EXPANDIDOS que aceito receber _____

_____

Sei que está resguardado meu direito de desistir, a qualquer tempo, da realização do transplante dentro destes critérios, enquanto ainda não o tiver realizado.

Concordo com tudo que foi apresentado.

( ) Paciente ( ) Responsável Grau de parentesco_____

Nome em letra de forma

_____

Assinatura

_____

Identidade nº

_____

Assinatura da testemunha

A testemunha confirma que a assinatura é do ( ) Paciente ( ) Responsável

_____

Nome em letra de forma

_____

Identidade nº

_____, _____/_____/ ___

Local e data dia mês ano

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA
(a ser preenchido por um dos médicos da equipe de transplante)
Certifico que expliquei, por escrito e verbalmente, com detalhes, ao paciente_____ acima referido ou a seu responsável, o procedimento de transplante _____ (tipo de transplante) com doador falecido classificado como CRITÉRIOS EXPANDIDOS, seus riscos e benefícios.
Respondi satisfatoriamente a todas as perguntas formuladas e considero que o paciente/responsável _____ compreendeu o que lhe foi explicado.
Comprometo-me também a zelar pela atualização das informações necessárias ao Cadastro Técnico Único (CTU), visando ampliar as possibilidades de transplantes para o referido paciente.
Nome do Médico_____CRM_____
Assinatura do Médico_____
_____, _____/_____/ ___
Local e data dia mês ano
Formulário III
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - CRITÉRIOS EXPANDIDOS
Realização do Transplante
Autorizo a equipe do Hospital _____ a realizar a cirurgia de transplante_____(nome do órgão) com doador falecido classificado como CRITÉRIOS EXPANDIDOS.
Fui adequadamente informado sobre os riscos, benefícios, e complicações potenciais da realização do transplante com este _____ (nome do órgão) a mim oferecido. Li as informações e ouvi atentamente as explicações do Dr._____. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia dos resultados em relação à sobrevida geral, à do enxerto e complicações.
Autorizo qualquer outro tratamento/procedimento incluindo transfusão de sangue, ou de hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer, e que necessitem de outros cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
Caracterização do_____ (nome do órgão) classificado como CRITÉRIOS EXPANDIDOS
Concordo com tudo que foi apresentado.
( ) Paciente ( ) Responsável Grau de parentesco_____
_____
Nome em letra de forma
_____
Assinatura
_____
Identidade nº (RG)
_____
Assinatura da testemunha
A testemunha confirma que a assinatura é do ( ) Paciente ( ) Responsável
_____
Nome em letra de forma
_____
Identidade nº
_____, _____/_____/ ____
Local e data dia mês ano
TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA
(a ser preenchido por um dos médicos da equipe de transplante)
Certifico que expliquei por escrito e verbalmente, com detalhes, ao paciente _____ acima referido ou a seu responsável, o procedimento de transplante _____(tipo de transplante) com doador falecido classificado como CRITÉRIOS EXPANDIDOS, seus riscos e benefícios. Respondi satisfatoriamente a todas as perguntas formuladas e considero que o paciente/responsável _____compreendeu o que lhe foi explicado.
Nome do Médico_____CRM_____
Assinatura do Médico_____
_____, _____/_____/ __
Local e data dia mês ano
Formulário IV
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Doador de fígado/ Transplante intervivos
Eu,_____,RG_____, doador de parte de meu fígado, de forma livre e esclarecida, AUTORIZO a equipe_____ do Hospital_____a disponibilizar o(s) segmento(s) retirado(s) de meu fígado para outro paciente que esteja em lista de espera para transplante hepático, respeitando-se a Lei nº. 9.434/97, o princípio da lista única e os critérios de alocação do referido órgão, na área de atuação da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos/_____, caso, por motivo incontornável, o receptor _____não possa vir a receber o referido segmento.
Declaro, ainda, que fui devidamente informado e esclarecido sobre esta situação pelos médicos que me atendem, e que estou ciente de que esta atitude não implicará prejuízo adicional para minha saúde, nem interferirá nas decisões médicas acerca da realização do transplante do receptor_____.
Sei que está resguardado meu direito de desistir, a qualquer tempo, da realização da doação, enquanto ainda não tiver ocorrido a retirada.
_____
Local e data
_____
Assinatura do doador
1)_____
Testemunha (nome, RG, logradouro e assinatura)
2)_____
Testemunha (nome, RG, logradouro e assinatura)
TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA
(a ser preenchido por um dos médicos da equipe de transplante)
Certifico que expliquei, por escrito e verbalmente, com detalhes, ao paciente_____acima referido, doador de parte de seu fígado, o procedimento de disponibilização de segmento (s) de seu fígado para utilização em paciente em lista de espera para transplante de fígado, nos termos da legislação e normativas vigentes, no caso de o receptor a que se destinava, por razão incontornável, não puder receber o(s) segmento(s) doado(s). Respondi satisfatoriamente a todas as perguntas formuladas e considero que o paciente _____compreendeu o que lhe foi explicado.
Nome do Médico_____
CRM_____-
Assinatura do Médico_____
Nome do Responsável Técnico pela Equipe:_____
_____, _____/_____/ ____
Local e data dia mês ano
FORMULÁRIO V
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
DOADOR DE FÍGADO/ TRANSPLANTE "DOMINÓ"
Eu,_____,RG_____, portador de polineuropatia amiloidótica familiar, de forma livre e esclarecida, AUTORIZO a equipe_____ do Hospital_____a disponibilizar o meu fígado, após ter sido submetido a transplante hepático, para outro paciente que esteja em lista de transplante hepático com doador falecido, respeitando-se a Lei nº. 9434/97 e os critérios de alocação do referido órgão, na área de atuação da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos/____ .
Declaro, ainda, que fui instruído pelos médicos que me atendem e que estou ciente de que esta atitude não implicará prejuízo para minha saúde, nem interferirá tecnicamente na realização do meu transplante.
_____
Local e data
_____
Assinatura do doador
1)_____
Testemunha (nome, RG, logradouro e assinatura)
2)_____
Testemunha (nome, RG, logradouro e assinatura)
TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA
(a ser preenchido por um dos médicos da equipe de transplante)
Certifico que expliquei, por escrito e verbalmente, com detalhes, ao paciente acima referido _____, portador de polineuropatia amiloidótica familiar, o procedimento de disponibilização de seu fígado explantado para utilização em paciente em lista de espera para transplante de fígado, nos termos da legislação e normativas vigentes. Respondi satisfatoriamente todas as perguntas formuladas e considero que o paciente _____compreendeu o que lhe foi explicado.
Nome do Médico_____
CRM_____
Assinatura do Médico_____
Nome do Responsável Técnico pela Equipe:_____
_____, _____/_____/ ____
Local e data dia mês ano
Anexo 23 do Anexo I
FICHA DE PRIORIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE TOTAL DE ACESSO PARA DIÁLISE (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Anexo 9)
FICHA DE PRIORIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE TOTAL DE ACESSO PARA DIÁLISE

RGCT: Nome do paciente: Centro de diálise:				
1. Descrição sumária do caso clínico:				
2. Número de vias de acesso realizadas até o momento:				
2.1 Catéter de duplo lumem:	SD_____		SE_____	
2.2 Catéter Permcatch:	SD_____		SE_____	
2.3 Fístula Clássica:	BD_____	BE_____	AD_____	AE_____
2.4 Enxertos Biológicos:	BD_____	BE_____	AD_____	AE_____
2.5 Trombose vascular torácica:	( ) S ( ) N			
3. Já fez DPI	( ) S ( ) N			
3.1 Caso já tenha feito, teve peritonite:	( ) S ( ) N			
3.2 Caso não tenha feito por que razão ?	_____			

1.Como está sendo dialisado hoje ? _____ _____ _____						
Médico responsável pelo preenchimento do formulário:						
Nome:			C.R.M. _____			
Data:			_____?Assinatura			
Abreviações:	SD	Subclávia direita	BD	Braço direito	AD	Antebraço direito
	SE	Subclávia esquerda	BE	Braço esquerdo	AE	Antebraço esquerdo
Nota: Este formulário deve acompanhar a ficha de priorização do paciente						

Anexo 24 do Anexo I

FLUXO DE INFORMAÇÕES, TIPIFICAÇÃO E CADASTRO DE DOADORES NO REGISTRO NACIONAL DE DOADORES DE MEDULA ÓSSEA REDOME (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Anexo 1)

A- DOADOR VOLUNTÁRIO DE MEDULA ÓSSEA - Passos a serem cumpridos:

1 - Os cidadãos que desejarem, voluntariamente, cadastrar-se como doadores de medula óssea e outros Precursores Hematopoéticos deverão buscar, por telefone, e-mail ou pessoalmente, na Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO de seu estado, informações a respeito de como proceder para realizar seu cadastro de doador junto ao Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea -REDOME.

2 - De posse das informações prestadas pela CNCDO e com o endereço do Hemocentro de referência, o voluntário deverá dirigir-se a este Hemocentro, onde receberá informações adicionais sobre o processo de doação de medula óssea, firmará o documento Termo de Consentimento, constante do Anexo II desta Portaria e se submeterá à coleta de sangue para a realização da 1ª Fase dos exames de Histocompatibilidade;

3 - Após o cumprimento do passo descrito acima, o voluntário ficará ciente e acorde com uma futura eventual chamada pelo Hemocentro, caso venha a ser selecionado como possível doador para determinado receptor;

4 - Cadastrado no REDOME e na eventualidade de ser selecionado como possível doador para determinado receptor, o voluntário deverá atender ao chamado do Hemocentro, onde deverá comparecer imediatamente a fim de confirmar a disposição de doação e submeter-se a uma nova coleta de amostra de sangue, agora para a realização dos exames de Histocompatibilidade de Fase II e sorologia.

5 - Confirmada a compatibilidade e eleito o voluntário como efetivo doador, o mesmo receberá, no Hemocentro, as informações a respeito do local em que deverá comparecer para a efetivação da coleta de medula óssea ou de células precursoras.

6 - No caso de doação de medula óssea, o doador será encaminhado a um hospital indicado pelo Hemocentro (a própria unidade onde se dará o Transplante, ou outra em que se coletará, acondicionará e encaminhará a medula para a unidade de transplante). Comprovada a higidez do doador, lhe será retirada a quantidade de medula óssea necessária, sob anestesia geral e em Centro Cirúrgico. Na eventualidade de o local de coleta da medula óssea definido estar instalado em cidade diversa da de residência do voluntário, a Secretaria Estadual de Saúde deverá prover os meios para o seu deslocamento.

7 - No caso de doadores de precursores hematopoéticos, o doador voluntário, após 05 (cinco) dias de administração de medicamento, por via subcutânea (para mobilização de células precursoras até o sangue periférico), submeter-se-á, ambulatorialmente, no próprio Hemocentro ou em outro serviço que lhe for designado por este, a um procedimento chamado aferese, em uma ou duas vezes, para obtenção de células-tronco circulantes (no sangue periférico).

B- CENTRAL DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS - Passos a serem cumpridos

1 - Contatada pelo voluntário, a CNCDO deverá fornecer-lhe as informações gerais a respeito da Doação de Medula Óssea e indicar-lhe o endereço do Hemocentro mais próximo de seu local de residência, para onde será encaminhado para a execução dos passos estabelecidos no item A;

2 - A CNCDO, para cumprir suas funções relativas ao cadastro de doadores no REDOME deverá contar, além de sua infra-estrutura já existente, com:

- Instrutivo contendo as informações gerais a respeito de doação de medula óssea que possa ser utilizado, adequadamente, por todos os seus servidores encarregados do contato com o público - texto básico sugerido constante do Anexo III desta Portaria;

- Relação dos Hemocentros designados pela Secretaria de Saúde para o cumprimento do estabelecido nesta Portaria, com os respectivos endereços, números de telefone e pessoas de contato com o público;

- Grade de distribuição dos exames de histocompatibilidade aos laboratórios cadastrados para tal fim e classificados como de Tipo II (de acordo com as Portarias GM/MS nº 1312 e 1313, ambas de 30 de novembro de 2000), que deverá ser enviada a todos os Hemocentros participantes do processo. Esta grade deverá ser permanentemente atualizada e refletir a capacidade instalada dos laboratórios cadastrados. Alterações na grade deverão ser imediatamente comunicadas aos Hemocentros;

- Arquivo para registro e manutenção das informações relativas aos doadores e aos dados enviados ao REDOME.

3 - Ocorridos os passos relativos ao voluntário, ao Hemocentro e ao Laboratório de Histocompatibilidade, a CNCDO deverá receber, devidamente preenchido e assinado, o documento estabelecido no Anexo II desta Portaria, repassando, imediatamente, as informações nele contidas ao Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea REDOME, instalado no Instituto Nacional de Câncer -INCA, do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro.

4 - Informar à Secretaria de Saúde a pertinência das faturas apresentadas pelos Laboratórios de Histocompatibilidade, cotejada com as informações de cadastro deles recebidas.

C - HEMOCENTRO - Passos a serem cumpridos:

1 - O Hemocentro deverá receber o voluntário encaminhado pela CNCDO e, por intermédio de pessoal devidamente qualificado, informá-lo a respeito do processo de doação de medula óssea e coletar sua assinatura no Termo de Consentimento definido no Anexo II desta Portaria;

2 - Coletar, processar, acondicionar, armazenar e providenciar o transporte do material colhido daquele candidato à doação que confirmar esta intenção por meio da assinatura do Consentimento já mencionado no primeiro item;

3 - Encaminhar o material coletado ao laboratório de histocompatibilidade para a realização dos exames pertinentes, devidamente autorizados no documento cuja forma consta do Anexo II desta Portaria, que deverá acompanhar a amostra enviada. A distribuição dos exames deverá obedecer a grade de distribuição estabelecida pela CNCDO.

Na hipótese de o Hemocentro ter capacidade instalada, em sua própria estrutura, para realização dos exames de histocompatibilidade e seu laboratório ser cadastrado e classificado como de Tipo II, deverá fazê-lo esgotando, em primeiro lugar, esta capacidade e, se for o caso, enviando os exames excedentes aos laboratórios cadastrados de acordo com a grade de distribuição estabelecida pela CNCDO;

4 - Na eventualidade de um voluntário, após seu cadastramento no REDOME, vir a ser selecionado como possível doador para um determinado receptor, o Hemocentro, recorrendo a seus arquivos, deverá fazer contato com o voluntário chamando-o a comparecer ao Hemocentro. Nesta ocasião coletará nova amostra de material para a realização da 2ª etapa da identificação do doador (que enviará ao laboratório de histocompatibilidade, ou se for o caso, realizará no próprio Hemocentro) e realizará, no próprio Hemocentro, os exames de sorologia do doador, informando os resultados obtidos à CNCDO;

5 - O Hemocentro poderá processar/faturar os procedimentos de coleta, processamento inicial, acondicionamento, armazenamento e transporte dos materiais coletados e, eventualmente, os procedimentos relativos aos exames de histocompatibilidade que vier a realizar, de acordo com o estabelecido nesta Portaria.

D- LABORATÓRIO DE HISTOCOMPATIBILIADE - Passos a serem cumpridos:

1 - Receber o material enviado pelo Hemocentro;

2 - Realizar os exames autorizados;

3 - Preencher e assinar o documento cuja forma consta do Anexo II desta Portaria, contendo os resultados dos exames realizados;

4 - Enviar o documento citado na alínea 3 à CNCDO;

5 - O laboratório processará/faturará os procedimentos realizados, de acordo com o estabelecido nesta Portaria.

Anexo 25 do Anexo I

DOCUMENTO - TERMO DE CONSENTIMENTO/AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE EXAMES/RESULTADOS DE EXAMES (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Anexo 2)

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____RG_____

Idade:_____ Data de Nasc: ___ / ___ / ___ Est.Civil:_____ __

Sexo: F ( ) M (.) Peso:____ Altura:_____ ABO_____ Rh:____

Fumante : sim ( ) não ( )

Endereços:

Residencial: R. _____ nº_____ap.____

Bairro:_____ Cidade: _____ CEP_____

Comercial: R. _____ nº_____ap._____

Bairro:_____ Cidade:____ _____ CEP_____

Profissão:_____ Fone: _____

Nome e telefone de duas pessoas para contato, caso haja dificuldades para encontrá-lo:

Nome:_____ _____ Fone:_____

Nome:_____ _____ Fone:_____

Qual o grupo racial que você se colocaria? (Há tipos de antígenos HLA mais comuns em alguns grupos que em outros):

( )Caucasiano/branco ( )Mulato ( )Cafuso ( )Negro ( )Oriental ( )Outros

Local e data

2. TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, abaixo assinado(a) e acima qualificado(a), pelo presente instrumento CONSINTO que os meus dados cadastrais, o resultado de minha tipagem HLA e os outros resultados dos exames de Histocompatibilidade/Imunogenética sejam incluídos no REGISTRO BRASILEIRO DE DOADORES VOLUNTÁRIOS DE MEDULA ÓSSEA - REDOME, coordenado pelo Laboratório de Imunogenética do Instituto Nacional de Câncer- INCA, do Ministério da Saúde. A amostra coletada nesta ocasião poderá ser utilizada em possíveis testes genéticos futuros, desde que de maneira sigilosa.

Nesta data, recebi as orientações sobre o que é o transplante de medula óssea e o transplante de células precursoras e estou ciente de que:

O candidato a doador de medula óssea e/ou tecidos hematopoéticos deve encontrar-se em bom estado de saúde.

Na oportunidade de ser selecionado, o doador deverá passar por exames clínicos e laboratoriais que atestem a inexistência de doenças, especialmente as infectocontagiosas.

Na oportunidade de ser selecionado para doação de medula óssea, o doador passará por internação hospitalar (hospital/dia) sendo necessário submeter-se a procedimento sob anestesia geral para retirada de não mais que 10% de sua medula óssea. O procedimento consiste em punção óssea pela região glútea. (4 a 8 punções). A medula do doador é espontaneamente restaurada em poucas semanas.

Na oportunidade de ser selecionado para doação de precursores hematopoéticos, após utilizar por via subcutânea uma medicação estimulante de células hematopoéticas, o doador será submetido a procedimento semelhante a doação de sangue sendo este realizado em caráter ambulatorial, não sendo para isso necessários os procedimentos mencionados no segundo item deste Termo.

Os riscos para os doadores de medula óssea e/ou tecidos hematopoéticos é praticamente inexistente. Nos casos de doação de medula óssea, devido ao procedimento de punção, é comum haver queixa de dor discreta no local da punção.

Tenho, também, ciência do propósito a que se destina o referido Registro e meu cadastramento nele.

Proponho-me, assim, a ser um eventual doador de medula óssea ou de células precursoras, sabendo que me é reservado o direito da decisão final para a doação, mantendo-se a condição de sigilo acima especificada.

_____,_____ de _____de _____

_____

Nome legível

_____

Assinatura

TESTEMUNHAS:

1) _____ _____

Nome legível Assinatura

2) _____ _____

Nome legível Assinatura

3- AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE EXAMES DE HISTOCOMPATIBILIDADE.

Hemocentro :

Endereço :

Telefone :

Responsável técnico :

O Hemocentro acima identificado autoriza o laboratório de histocompatibilidade abaixo identificado a realizar os exames de histocompatibilidade relativos a 1ª fase de identificação de doador, do voluntário acima nominado, para fins de cadastro no REDOME, em conformidade com o estabelecido no Artigo 5º da Portaria GM/MS nº 1.314, de 30 Novembro de 2000 - procedimento código : 30.011.04-3

Laboratório :

CGC :

Endereço :

Local e data

_____

Assinatura do responsável técnico pelo Hemocentro

4.- RESULTADO DOS EXAMES

Tip # _____ Data: _____

A_____B_____CW_____

DR_____DR_____DQ_____

Tip DNA # _____ Data: _____

DRB1_____RB3/B4/B5_____DQB1_____DPB1_____

Laboratório:_____ ____CGC _____:

Endereço :_____ _____

Local e data :_____ _____

_____

Assinatura do responsável técnico pelo laboratório

Anexo 26 do Anexo I

ORIENTAÇÕES AO DOADOR VOLUNTÁRIO (Origem: PRT MS/GM 1315/2000, Anexo 3)

1 - A medula óssea, encontrada no interior dos ossos, produz os componentes do sangue que circula nos vasos sangüíneos: As hemácias (glóbulos vermelhos), os leucócitos (glóbulos brancos) e as plaquetas (células da coagulação do sangue). Pelas hemácias, o oxigênio é transportado dos pulmões para as células de todo o nosso organismo e o gás carbônico é levado destas para os pulmões, a fim de ser expirado. Os leucócitos são os agentes mais importantes do sistema de defesa do nosso organismo, inclusive nos defende das infecções. Como já definido acima, as plaquetas compõem o sistema de coagulação do sangue.

2 - O transplante de medula óssea consiste da substituição de uma medula óssea doente, ou deficitária, por células normais de medula óssea, com o objetivo de reconstituição de uma nova medula.

3 - Porém, essa substituição também pode ser feita a partir de células precursoras de medula óssea obtidas do sangue circulante de um doador ou do sangue de cordão umbilical.

4 - O transplante é chamado autogênico, quando a medula óssea ou as células precursoras provêm do próprio indivíduo transplantado (receptor). Ele é dito alogênico, quando a medula ou as células provêm de um indivíduo diferente (doador).

5 - Diz-se que o doador é aparentado quando ele e o receptor são irmãos ou outros parentes próximos (geralmente pais). Quando eles não guardam parentesco entre si, o doador é classificado como não aparentado.

6 - Os doentes com produção anormal de células sangüíneas, geralmente causada por algum tipo de câncer, como, leucemia, linfoma e mieloma, são os que são tratados com de transplante de medula óssea ou de células precursoras. Também, os doentes que têm uma doença chamada aplasia de medula ou pacientes cuja medula tenha sido destruída por irradiação.

7 - O receptor e o doador devem ter características celulares iguais ou muito semelhantes, para que o transplante tenha sucesso. Essa compatibilidade é avaliada por meio de exames de sangue, chamados exames de histocompatibilidade.

8 - Estima-se que a chance de se encontrar um doador compatível seja de de 1 entre 100 doadores aparentados e 1 para 1.000 doadores não aparentados.

9 - Quando não há um doador aparentado compatível, procura-se por um compatível num "Banco de Medula Óssea". O Banco necessita de um número elevado de voluntários para aumentar a possibilidade de encontrar um doador compatível.

10 - Antes da doação de medula óssea ou de células precursoras, o doador compatível passa por exames médico e de laboratório para certificar seu bom estado de saúde. Exame de histocompatibilidade é repetindo, confirmar a compatibilidade. Não há qualquer exigência quanto a mudanças de hábitos de vida, de trabalho ou de alimentação.

11 - No caso de doação de medula óssea, será retirada do doador a quantidade de medula óssea necessária (menos de 10% da medula óssea do doador), sob anestesia geral e em Centro Cirúrgico. Os doadores passam por uma pequena cirurgia de aproximadamente 90 minutos. São feitas de 4 a 8 punções na região pélvica posterior para aspirar a medula. Dentro de poucas semanas a medula estará inteiramente recomposta.

12 - No caso de doação de precursores hematopoéticos, o doador voluntário, após cinco dias de administração de um medicamento, por via subcutânea (para a mobilização de células precursoras até o sangue periférico), submeter-se-á, ambulatorialmente, a um procedimento chamado aferese, em uma ou duas vezes, para a obtenção de células-tronco circulantes (no sangue periférico). Neste caso, não há necessidade de internação nem de anestesia, sendo todos os procedimentos feitos pela veia.

13 - Os riscos para o doador são praticamente inexistentes. Até hoje, não há relato de nenhum acidente grave devido a este procedimento. Os doadores de medula óssea costumam relatar um pouco de dor no local da punção.

14 - Na doação de medula óssea, o doador é liberado no dia seguinte; na de células precursoras, no mesmo dia.

15 - Depois de um tratamento (quimioterapia ou radioterapia) que destrói a medula óssea do próprio paciente, ele recebe a transfusão da medula óssea ou as células precursoras do doador, como se recebe uma transfusão sangüínea. Em duas semanas, o material transplantado já estará produzindo células novas e recompondo a medula óssea do receptor.

Anexo 27 do Anexo I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA DOAÇÃO DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL E PLACENTÁRIO (SCUP) A UM BANCO DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL E PLACENTÁRIO PÚBLICO (BSCUPP) (Origem: PRT MS/GM 2381/2004, Anexo 1)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA DOAÇÃO DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL E PLACENTÁRIO (SCUP) A UM BANCO DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL E PLACENTÁRIO PÚBLICO (BSCUPP)

Eu, _____, abaixo identificado (a), como da doadora em

Nome da doadora

atendimento na maternidade/hospital

_____ de _____,

Nome do hospital Nome do Município da Federação

declaro ter sido informada claramente sobre todos os benefícios, cuidados e riscos relacionados à doação de sangue de cordão umbilical e placentário (SCUP).

Declaro também que os termos médicos e técnicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____,

Nome do responsável pela equipe que inscreveu o paciente

CRM _____.

Número e unidade da Federação

Estou ciente de que diversos exames serão feitos no meu sangue e no SCUP, inclusive para doenças infecciosas e transmissíveis, como a Aids, hepatites e sífilis, e o meu médico ou do meu filho será notificado do resultado desses exames, se eles forem positivos, cabendo-lhe informar-me e orientar-me sobre qual e onde o tratamento pode ser feito.

Também estou ciente de que se o SCUP por mim voluntária e gratuitamente doado será anonimamente armazenado exclusivamente em um BSCUPP nacional que compõe a Rede Pública Nacional de BSCUP (BrasilCord) e só será usado de forma pública, gratuita e confidencial, e o seu fornecimento será indistinto quanto ao receptor em seu uso futuro, que pode ser transplantado em qualquer hospital brasileiro devidamente autorizado para transplante; ou descartado, se estiver infectado ou contaminado, não atender os critérios de armazenamento pelo BSCUPP ou tenha excedido o prazo de armazenamento que se considera seguro para utilização das células para transplante.

E fui informada de que, eventualmente, ele poderá ser também anonimamente utilizado, igualmente de forma pública, gratuita e confidencial, em projetos de pesquisa bio-médicas que tenham sido devidamente aprovados pelo Conselho de Ética na Pesquisa do estabelecimento de saúde ou pela Comissão Nacional de Ética na Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde.

Fui também informada de que amostras minhas de células, plasma, soro e DNA também serão anonimamente armazenadas no BSCUPP para testes confirmatórios futuros; e de que, caso o SCUP seja validado pelos exames, seus dados serão anonimamente incluídos no Registro Nacional de Células Tronco Hematopéticas (RENACORDE), do Ministério da Saúde.

Por fim, declaro que estou de acordo com tudo o que acima reconheço e autorizo.

_____,

____/_____/_____

Local Data

_____

(Assinatura da doadora ou do seu responsável legal)

_____

(Nome da doadora ou do seu responsável legal)

RG _____,

(Número/órgão expedidor/data de expedição)

_____,_____

Endereço Telefone (código DDD+número)

_____

Assinatura da 1ª testemunha

_____

RG_____.

nome da 2ª testemunha número, órgão expedidor, data expedição

_____

_____.

Endereço telefone (código DDD+número)

_____

Assinatura da 2ª testemunha

Anexo 28 do Anexo I

NÚMERO MÁXIMO DE CADASTRO DE DOADORES VOLUNTÁRIOS DE MEDULA ÓSSEA/ANO POR UF (Origem: PRT MS/GM 844/2012, Anexo 1)

UF	Número máximo de cadastro de doadores voluntários de medula óssea/ano
AC	70
AL	2.510
AM	2.290
AP	1.560
BA	5.020
CE	9.730
DF	2.820
ES	8.260
GO	7.500
MA	860
MG	30.800
MS	8.060
MT	2.130
PA	5.700
PB	3.140
PE	7.980
PI	4.350
PR	32.430
RJ	14.040
RN	4.840
RO	6.090
RR	370
RS	21.860
SC	10.140
SE	680
SP	72.110
TO	1.850

Anexo II

Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB) (Origem: PRT MS/GM 2031/2004)

CAPÍTULO I

DO SISTEMA

(Origem: PRT MS/GM 2031/2004, CAPÍTULO I)

Art. 1º O Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB) é um conjunto de redes nacionais de laboratórios, organizadas em sub-redes, por agravos ou programas, de forma hierarquizada por grau de complexidade das atividades relacionadas à vigilância em saúde - compreendendo a vigilância epidemiológica e vigilância em saúde ambiental, vigilância sanitária e assistência médica. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 1º)

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA

(Origem: PRT MS/GM 2031/2004, CAPÍTULO II)

Seção I

Dos Componentes do Sistema

(Origem: PRT MS/GM 2031/2004, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 2º O SISLAB será constituído por quatro redes nacionais de laboratórios, com as seguintes denominações: (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 2º)

I - Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 2º, I)

II - Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância em Saúde Ambiental; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 2º, II)

III - Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária; e (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 2º, III)

IV - Rede Nacional de Laboratórios de Assistência Médica de Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 2º, IV)

Parágrafo Único. As redes serão estruturadas em sub-redes específicas por agravos ou programas, com a identificação dos respectivos laboratórios de referência, área geográfica de abrangência e suas competências. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 3º As unidades integrantes da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica executam as seguintes atividades principais: (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 3º)

I - diagnóstico de doenças de notificação compulsória; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 3º, I)

II - vigilância de doenças transmissíveis e não transmissíveis; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 3º, II)

III - monitoramento de resistência antimicrobiana; e (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 3º, III)

IV - definição da padronização dos kits diagnósticos a serem utilizados na Rede. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 3º, IV)

Art. 4º As unidades integrantes da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância em Saúde Ambiental executam as seguintes atividades principais: (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 4º)

I - vigilância da qualidade da água para consumo humano; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 4º, I)

II - vigilância da qualidade do ar; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 4º, II)

III - vigilância da qualidade do solo; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 4º, III)

IV - vigilância de fatores ambientais físicos e químicos; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 4º, IV)

V - vigilância de fatores ambientais biológicos (vetores, hospedeiros, reservatórios e animais peçonhentos); e (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 4º, V)

VI - monitoramento de populações humanas expostas aos fatores ambientais biológicos, químicos e físicos. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 4º, VI)

Art. 5º As unidades integrantes da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária realizam análises laboratoriais relacionadas às funções do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária em: (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 5º)

I - produtos, tais como: alimentos, medicamentos, cosméticos e saneantes; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 5º, I)

II - imunobiológicos e hemoderivados; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 5º, II)

III - toxicologia humana; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 5º, III)

IV - contaminantes biológicos e não-biológicos em produtos relacionados à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 5º, IV)

V - produtos, materiais e equipamentos de uso para a saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 5º, V)

VI - vigilância em portos, aeroportos e fronteiras. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 5º, VI)

Art. 6º As unidades integrantes da Rede Nacional de Laboratórios de Assistência Médica de Alta Complexidade executam atividades de apoio complementar ao diagnóstico de doenças e outros agravos à saúde. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 6º)

Art. 7º O SISLAB é organizado de forma hierarquizada e tem suas ações executadas nas esferas federal, estadual e municipal, em consonância com os princípios do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 7º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300337

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 8º As sub-redes serão estruturadas, sendo observadas as suas especificidades, de acordo com a seguinte classificação de unidades laboratoriais: (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 8º)

I - Centros Colaboradores (CC); (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 8º, I)

II - Laboratórios de Referência Nacional (LRN); (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 8º, II)

III - Laboratórios de Referência Regional (LRR); (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 8º, III)

IV - Laboratórios de Referência Estadual (LRE); (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 8º, IV)

V - Laboratórios de Referência Municipal (LRM); (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 8º, V)

VI - Laboratórios Locais (LL); e (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 8º, VI)

VII - Laboratórios de Fronteira (LF). (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 8º, VII)

§ 1º Em situações contingenciais, independentemente da posição hierárquica que tiver a unidade laboratorial em sua sub-rede, as amostras para investigação de surtos devem ser encaminhadas diretamente ao Laboratório de Referência Nacional específico da subrede. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Os gestores nacionais das redes definirão, por meio de regulamentação específica, as situações contingenciais e as rotinas para operacionalização das ações necessárias, conforme previsto no art. 8º, § 1º . (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 8º, § 2º)

Seção II

Dos Conceitos e Competências

(Origem: PRT MS/GM 2031/2004, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 9º Os Centros Colaboradores são unidades laboratoriais especializadas e capacitadas em áreas específicas, que apresentam os requisitos necessários para desenvolver atividades de maior complexidade, ensino e pesquisa, com as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 9º)

I - assessorar o gestor nacional no acompanhamento, normalização, padronização de técnicas e avaliação das atividades laboratoriais; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 9º, I)

II - colaborar no desenvolvimento científico e tecnológico das unidades da rede, bem como na capacitação de recursos humanos; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 9º, II)

III - realizar procedimentos laboratoriais de alta complexidade, para complementação diagnóstica e controle de qualidade analítica; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 9º, III)

IV - desenvolver estudos, pesquisas e ensino de interesse do gestor nacional; e (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 9º, IV)

V - disponibilizar ao gestor nacional informações referentes às atividades laboratoriais por intermédio do encaminhamento de relatórios periódicos. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 9º, V)

Art. 10. Os Laboratórios de Referência Nacional são unidades laboratoriais de excelência técnica altamente especializada, com as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 10)

I - assessorar o gestor nacional no acompanhamento, normalização, padronização de técnicas e avaliação das atividades laboratoriais; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 10, I)

II - coordenar tecnicamente a rede de vigilância laboratorial sob sua responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 10, II)

III - realizar procedimentos laboratoriais de alta complexidade, para complementação diagnóstica e controle de qualidade analítica de toda a rede; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 10, III)

IV - desenvolver estudos, diagnósticos e pesquisas, de forma articulada com as sociedades técnico-científicas sem fins lucrativos e com centros de pesquisa e desenvolvimento, que reúnam competências e capacitações técnicas em áreas críticas de interesse; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 10, IV)

V - promover capacitação de recursos humanos em áreas de interesse ao desenvolvimento da credibilidade e confiabilidade laboratorial, estimulando parcerias com os laboratórios integrantes do Sistema e com centros formadores de recursos humanos com competências específicas de interesse, visando à melhoria da qualidade do diagnóstico laboratorial; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 10, V)

VI - disponibilizar, periodicamente, relatórios técnicos e de gestão aos gestores nacionais com as informações relativas às atividades laboratoriais realizadas para os diferentes agravos, obedecendo cronograma definido; e (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 10, VI)

VII - participar de intercâmbio e acordos nacionais e internacionais, visando, juntamente com o gestor nacional, promover a melhoria do Sistema. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 10, VII)

Art. 11. Os Laboratórios de Referência Regional são unidades laboratoriais capacitadas a desenvolver atividades mais complexas, organizadas por agravos ou programas, que prestam apoio técnico-operacional àquelas unidades definidas para sua área geográfica de abrangência, com as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 11)

I - assessorar, acompanhar e avaliar as atividades laboratoriais executadas nas unidades; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 11, I)

II - desenvolver e realizar técnicas analíticas de maior complexidade necessárias ao diagnóstico laboratorial de doenças e de outros agravos à saúde, bem como dar o suporte técnico aos Laboratórios de Referência Estadual, promovendo as condições técnicas e operacionais na execução das ações; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 11, II)

III - apoiar as unidades laboratoriais realizando análises de maior complexidade, complementação de diagnóstico, controle de qualidade, capacitação de recursos humanos, bem como a supervisão e assessorias técnicas; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 11, III)

IV - avaliar, periodicamente, em conjunto com o Laboratório de Referência Nacional, o desempenho dos laboratórios estaduais; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 11, IV)

V - implantar e promover os mecanismos para o controle de qualidade inter e intralaboratorial; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 11, V)

VI - encaminhar ao Laboratório de Referência Nacional as amostras inconclusivas, bem como aquelas para a complementação do diagnóstico e as outras destinadas ao controle de qualidade analítica; e (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 11, VI)

VII - disponibilizar as informações relativas às atividades laboratoriais, por meio de relatórios periódicos, obedecendo cronograma definido. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 11, VII)

Art. 12. Os Laboratórios de Referência Estadual são os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN), vinculados às secretarias estaduais de saúde, com área geográfica de abrangência estadual, e com as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 12)

I - coordenar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 12, I)

II - encaminhar ao Laboratório de Referência Regional amostras inconclusivas para a complementação de diagnóstico e aquelas destinadas ao controle de qualidade analítica; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 12, II)

III - realizar o controle de qualidade analítica da rede estadual; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 12, III)

IV - realizar procedimentos laboratoriais de maior complexidade para complementação de diagnóstico; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 12, IV)

V - habilitar, observada a legislação específica a ser definida pelos gestores nacionais das redes, os laboratórios que serão integrados à rede estadual, informando ao gestor nacional respectivo; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 12, V)

VI - promover a capacitação de recursos humanos da rede de laboratórios; e (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 12, VI)

VII - disponibilizar aos gestores nacionais as informações relativas às atividades laboratoriais realizadas por intermédio do encaminhamento de relatórios periódicos, obedecendo cronograma definido. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 12, VII)

Art. 13. Os Laboratórios de Referência Municipal são unidades laboratoriais vinculadas às secretarias municipais de saúde, com área geográfica de abrangência municipal e as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 13)

I - definir, organizar e coordenar a rede municipal de laboratórios; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 13, I)

II - supervisionar e assessorar a rede de laboratórios; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 13, II)

III - promover a capacitação de recursos humanos da rede de laboratórios; e (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 13, III)

IV - habilitar, observada a legislação específica a ser definida pelos gestores nacionais das redes, os laboratórios que serão integrados à rede municipal, informando ao gestor estadual. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 13, IV)

Art. 14. Os Laboratórios Locais são unidades laboratoriais que integram a rede estadual ou municipal de laboratórios de saúde pública, com as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 14)

I - realizar análises básicas e/ou essenciais; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 14, I)

II - encaminhar ao respectivo Laboratório de Referência Municipal ou Estadual as amostras inconclusivas, para complementação de diagnóstico e aquelas destinadas ao controle de qualidade analítica; e (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 14, II)

III - disponibilizar as informações relativas às atividades laboratoriais realizadas, ao Laboratório de Referência Municipal ou Estadual, por meio do encaminhamento de relatórios periódicos, obedecendo o cronograma definido. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 14, III)

Art. 15. Os Laboratórios de Fronteira são unidades laboratoriais localizadas em regiões de fronteira para a viabilização do diagnóstico de agentes etiológicos, vetores de doenças transmissíveis e outros agravos à saúde pública, bem como a promoção do controle analítico para a verificação da qualidade sanitária dos serviços prestados e de produtos, com as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 15)

I - fortalecer as ações de vigilância epidemiológica, ambiental em saúde e sanitária no que se refere às ações laboratoriais em áreas de fronteiras; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 15, I)

II - auxiliar nas atividades desenvolvidas pelos Laboratórios de Referência Estadual; e (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 15, II)

III - colaborar no cumprimento dos Acordos Internacionais, nas áreas de prevenção e controle de doenças, produtos e serviços. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 15, III)

Parágrafo Único. O Laboratório de Fronteira, por se constituir em unidade estratégica para o País, deve reportar-se, além do gestor estadual, diretamente ao gestor nacional da rede específica. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 15, Parágrafo Único)

CAPÍTULO III

DA GESTÃO DO SISTEMA

(Origem: PRT MS/GM 2031/2004, CAPÍTULO III)

Art. 16. Fica criado o Comitê Diretor Interinstitucional, integrado pelos dirigentes máximos dos seguintes órgãos: (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 16)

I - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 16, I)

II - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); e (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 16, II)

III - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 16, III)

Art. 17. As atividades administrativas do Comitê serão coordenadas por uma Secretaria-Executiva, com as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 17)

I - convocar as reuniões; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 17, I)

II - manter controle dos assuntos discutidos nas reuniões que demandem providências por parte dos seus membros; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 17, II)

III - elaborar as atas das reuniões; e (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 17, III)

IV - cuidar de outros assuntos relativos a seu funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 17, IV)

§ 1º No primeiro ano a Secretaria-Executiva estará sob a responsabilidade da SVS, adotando-se nos anos subsequentes o sistema de rodízio entre os órgãos integrantes do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 17, § 1º)

§ 2º O Comitê reunir-se-á, ordinariamente, a cada três meses, mediante convocação de sua Secretaria-Executiva, e extraordinariamente, sempre que convocado por um de seus membros. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 17, § 2º)

Art. 18. Compete ao Comitê Diretor Interinstitucional: (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 18)

I - estabelecer as políticas e diretrizes do Sistema; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 18, I)

II - definir os critérios de financiamento do Sistema; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 18, II)

III - aprovar o Plano Anual de Investimentos relativo aos recursos federais aplicados no Sistema; e (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 18, III)

IV - estabelecer, anualmente, as atividades, metas e recursos financeiros da Programação Pactuada Integrada (PPI). (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 18, IV)

Parágrafo Único. As políticas, diretrizes, critérios de financiamento, plano de investimentos, atividades e metas da PPI serão, anualmente, submetidas à CIT, para posterior aprovação do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 18, Parágrafo Único)

Art. 19. Os gestores nacionais das redes são os seguintes: (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 19)

I - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS): (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 19, I)

a) Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 19, I, a)

b) Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância em Saúde Ambiental; e (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 19, I, b)

c) Gestão nacional da sub-rede responsável pelos Laboratórios do Programa de DST/AIDS, integrante da Rede Nacional de Laboratórios de Assistência Médica; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 19, I, c)

II - ANVISA: Rede Nacional de Vigilância Sanitária; e (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 19, II)

III - SAS: Rede Nacional de Laboratórios de Assistência Médica de Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 19, III)

Parágrafo Único. As Redes Nacionais terão como gestores estaduais e municipais as secretarias estaduais de saúde e as secretarias municipais de saúde, respectivamente. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 20. São atribuições do Gestor Nacional das Redes: (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 20)

I - coordenar, normalizar e supervisionar as atividades desenvolvidas pelas unidades integrantes do SISLAB; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 20, I)

II - estabelecer outros critérios específicos de habilitação nas Redes; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 20, II)

III - estabelecer critérios de avaliação de unidades partícipes do SISLAB; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 20, III)

IV - participar e controlar a execução das ações de laboratórios definidas nas respectivas PPI; e (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 20, IV)

V - habilitar os laboratórios integrantes das Redes. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 20, V)

Art. 21. São atribuições do gestor estadual das Redes: (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 21)

I - coordenar a Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 21, I)

II - avaliar as atividades desenvolvidas pelas unidades partícipes da Rede; e (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 21, II)

III - participar e controlar a execução das ações pactuadas na PPI. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 21, III)

Art. 22. São atribuições do gestor municipal das Redes: (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 22)

I - coordenar a Rede Municipal de Laboratórios de Saúde Pública; (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 22, I)

II - avaliar as atividades desenvolvidas pelas unidades partícipes da Rede; e (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 22, II)

III - participar e controlar a execução das ações pactuadas na PPI. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 22, III)

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 2031/2004, CAPÍTULO IV)

Art. 23. O Comitê Diretor instituído neste Anexo editará, quando necessário, instruções complementares para implementação do SISLAB. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 23)

Parágrafo Único. Cada um dos gestores nacionais tem competência para editar normas orientadoras no que se refere às redes e sub-redes sob sua responsabilidade. (Origem: PRT MS/GM 2031/2004, Art. 23, Parágrafo Único)

Anexo III

Ações e Serviços de Vigilância em Saúde (Origem: PRT MS/GM 1378/2013)

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 1378/2013, CAPÍTULO I)

Art. 1º Este Anexo regulamenta as responsabilidades e define as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 1º)

Art. 2º A Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 2º)

Art. 3º As ações de Vigilância em Saúde são coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no SUS para garantir a integralidade da atenção à saúde da população. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 3º)

Art. 4º As ações de Vigilância em Saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 4º)

I - a vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 4º, I)

II - a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 4º, II)

III - a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 4º, III)

IV - a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 4º, IV)

V - a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 4º, V)

VI - a vigilância da saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 4º, VI)

VII - vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 4º, VII)

VIII - outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 4º, VIII)

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

(Origem: PRT MS/GM 1378/2013, CAPÍTULO II)

Seção I

Da União

(Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Seção I)

Art. 5º Compete ao Ministério da Saúde a gestão das ações de vigilância em saúde no âmbito da União, cabendo: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 5º)

I - à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 5º, I)

II - à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 5º, II)

Art. 6º Compete à SVS/MS: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º)

I - ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, a vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde, gestão de sistemas de informação de vigilância em saúde de âmbito nacional e que possibilitam análises de situação de saúde, as ações de vigilância da saúde do trabalhador e ações de promoção em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, I)

II - participação na formulação de políticas, diretrizes e prioridades em Vigilância em Saúde no âmbito nacional; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, II)

III - coordenação nacional das ações de Vigilância em Saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, III)

IV - apoio e cooperação técnica junto aos estados, Distrito Federal e aos municípios para o fortalecimento da gestão da Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, IV)

V - execução das ações de Vigilância em Saúde de forma complementar à atuação dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, nos casos previstos em lei; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, V)

VI - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, VI)

VII - normalização técnica; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, VII)

VIII - coordenação dos sistemas nacionais de informação de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, VIII)

a) estabelecimento de diretrizes, fluxos e prazos, a partir de negociação tripartite, para o envio dos dados para o nível nacional; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, VIII, a)

b) estabelecimento e divulgação de normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas nacionais; e (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, VIII, b)

c) retroalimentação dos dados para as Secretarias Estaduais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, VIII, c)

IX - coordenação da preparação e resposta das ações de vigilância em saúde, nas emergências de saúde pública de importância nacional e internacional, bem como cooperação com estados, Distrito Federal e municípios em emergências de saúde pública, quando indicado; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, IX)

X - coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde sentinela em âmbito hospitalar, em articulação com os estados e Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, X)

XI - monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XI)

XII - desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XII)

XIII - realização de campanhas publicitárias em âmbito nacional e/ou regional na Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XIII)

XIV - participação ou execução da educação permanente em Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XIV)

XV - promoção e implementação do desenvolvimento de estudos, pesquisas e transferência de tecnologias que contribuam para o aperfeiçoamento das ações e incorporação de inovações na área de Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XV)

XVI - promoção e fomento à participação social nas ações de Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XVI)

XVII - promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito nacional e internacional, na área de Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XVII)

XVIII - gestão dos estoques nacionais de insumos estratégicos, de interesse da Vigilância em Saúde, inclusive o monitoramento dos estoques e a solicitação da distribuição aos estados e Distrito Federal de acordo com as normas vigentes; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XVIII)

XIX - provimento dos seguintes insumos estratégicos: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XIX)

a) imunobiológicos definidos pelo Programa Nacional de Imunizações; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XIX, a)

b) seringas e agulhas para campanhas de vacinação que não fazem parte daquelas já estabelecidas ou quando solicitadas por um Estado; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XIX, b)

c) medicamentos específicos para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, conforme termos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT); (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XIX, c)

d) reagentes específicos e insumos estratégicos para as ações laboratoriais de Vigilância em Saúde, nos termos pactuados na CIT; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XIX, d)

e) insumos destinados ao controle de doenças transmitidas por vetores, compreendendo: praguicidas, inseticidas, larvicidas e moluscocidas - indicados pelos programas; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XIX, e)

f) equipamentos de proteção individual (EPI) para as ações de Vigilância em Saúde sob sua responsabilidade direta, que assim o exigirem; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XIX, f)

g) insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, indicados pelos programas, nos termos pactuados na CIT; e (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XIX, g)

h) formulários das Declarações de Nascidos Vivos (DNV) e de óbitos (DO); (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XIX, h)

XX - coordenação e normalização técnica das ações de laboratório necessárias para a Vigilância em Saúde, bem como estabelecimento de fluxos técnico operacionais, habilitação, supervisão e avaliação das unidades partícipes; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XX)

XXI - coordenação do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a definição das vacinas componentes do calendário nacional, as estratégias e normalizações técnicas sobre sua utilização, com destino adequado dos insumos vencidos ou obsoletos, de acordo com as normas técnicas vigentes; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XXI)

XXII - participação no processo de implementação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, no âmbito da Vigilância em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XXII)

XXIII - estabelecimento de incentivos que contribuam para o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade das ações de Vigilância em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XXIII)

Art. 7º Compete à ANVISA: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 7º)

I - participação na formulação de políticas e diretrizes em Vigilância Sanitária no âmbito nacional; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 7º, I)

II - regulação, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 7º, II)

III - execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo essa atribuição ser supletivamente exercida pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios, mediante pactuação na CIT; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 7º, III)

IV - proposição de critérios, parâmetros e métodos para a execução das ações estaduais, distritais e municipais de vigilância sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 7º, IV)

V - monitoramento da execução das ações descentralizadas no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 7º, V)

VI - promoção da harmonização dos procedimentos sanitários no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 7º, VI)

VII - apoio e cooperação técnica junto aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o fortalecimento da gestão da Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 7º, VII)

VIII - participação no financiamento das ações de Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 7º, VIII)

IX - coordenação do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (LACEN), nos aspectos relativos à Vigilância Sanitária, com estabelecimentos de normas técnicas e gerenciais; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 7º, IX)

X - assessoria, complementar ou suplementar, das ações de vigilância sanitária dos estados, Distrito Federal e municípios para o exercício do controle sanitário; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 7º, X)

XI - adoção das medidas para assegurar o fluxo, o acesso e a disseminação das informações de vigilância sanitária para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 7º, XI)

XII - coordenação das ações de monitoramento da qualidade e segurança dos bens, produtos e serviços sujeitos à Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 7º, XII)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300339

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

XIII - participação na formulação, implementação, acompanhamento e avaliação dos processos de gestão da educação e do conhecimento no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 7º, XIII)

XIV - promoção, implementação e apoio, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, de estudos, pesquisas e ferramentas que contribuam para o aperfeiçoamento das ações e incorporação de inovações na área de Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 7º, XIV)

XV - promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito nacional e internacional, na área de Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 7º, XV)

XVI - promoção e desenvolvimento de ações e estratégias que contribuam para a participação e o controle social em Vigilância Sanitária; e (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 7º, XVI)

XVII - participação no processo de implementação do Decreto nº 7.508/2011, no âmbito da Vigilância Sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 7º, XVII)

Art. 8º As proposições de alteração de estratégias ou atribuições que gerem impacto financeiro adicional ou modificações na organização dos serviços serão pactuadas na CIT. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 8º)

Parágrafo Único. Em situações especiais e de emergência em saúde pública, a União adotará as medidas de saúde pública necessárias para o seu enfrentamento, que serão posteriormente comunicadas à CIT. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 8º, Parágrafo Único)

Seção II

Dos Estados

(Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Seção II)

Art. 9º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde a coordenação do componente estadual dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º)

I - ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, a vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde, gestão de sistemas de informação de vigilância de âmbito estadual que possibilitam análises de situação de saúde, as ações de vigilância da saúde do trabalhador, ações de promoção em saúde e o controle dos riscos inerentes aos produtos e serviços de interesse a saúde; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, I)

II - implementação das políticas, diretrizes e prioridades na área de vigilância, no âmbito de seus limites territoriais; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, II)

III - coordenação das ações com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual, regional e municipal; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, III)

IV - apoio e cooperação técnica junto aos municípios no fortalecimento da gestão das ações de Vigilância; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, IV)

V - execução das ações de Vigilância de forma complementar à atuação dos municípios; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, V)

VI - participação no financiamento das ações de Vigilância; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, VI)

VII - normalização técnica complementar à disciplina nacional; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, VII)

VIII - coordenação e alimentação, quando couber, dos sistemas de informação de interesse da vigilância em seu âmbito territorial, incluindo: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, VIII)

a) estabelecimento de diretrizes, fluxos e prazos para o envio dos dados pelos municípios e/ou unidades regionais definidas pelo estado, respeitando os prazos estabelecidos no âmbito nacional; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, VIII, a)

b) estabelecimento e divulgação de normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, em caráter complementar à atuação da esfera federal; e (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, VIII, b)

c) retroalimentação dos dados às Secretarias Municipais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, VIII, c)

IX - coordenação da preparação e resposta das ações de vigilância, nas emergências de saúde pública de importância estadual, bem como cooperação com municípios em emergências de saúde pública de importância municipal, quando indicado; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, IX)

X - coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde sentinela em âmbito hospitalar, em articulação com os municípios; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, X)

XI - desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, XI)

XII - monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em seu âmbito territorial; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, XII)

XIII - realização de campanhas publicitárias de interesse da vigilância, em âmbito estadual; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, XIII)

XIV - fomento e execução da educação permanente em seu âmbito de atuação; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, XIV)

XV - promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito estadual, nacional e internacional; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, XV)

XVI - promoção e fomento à participação social nas ações de vigilância; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, XVI)

XVII - gestão dos estoques estaduais de insumos estratégicos de interesse da Vigilância em Saúde, inclusive o armazenamento e o abastecimento aos municípios, de acordo com as normas vigentes; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, XVII)

XVIII - provimento dos seguintes insumos estratégicos: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, XVIII)

a) seringas e agulhas, sendo facultada ao estado a solicitação da aquisição pela União; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, XVIII, a)

b) medicamentos específicos, para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, nos termos pactuados na CIT; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, XVIII, b)

c) meios de diagnóstico laboratorial para as ações de Vigilância em Saúde, nos termos pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB); (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, XVIII, c)

d) insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, indicados pelos programas, nos termos pactuados na CIB; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, XVIII, d)

e) equipamentos de aspersão de inseticidas; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, XVIII, e)

f) EPI para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, incluindo: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, XVIII, f)

1. máscaras faciais completas para nebulização de inseticidas a Ultra Baixo Volume para o combate a vetores; e (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, XVIII, f, 1)

2. máscaras semifaciais para a aplicação de inseticidas em superfícies com ação residual para o combate a vetores; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, XVIII, f, 2)

g) óleo vegetal para diluição de praguicida; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, XVIII, g)

XIX - coordenação, acompanhamento e avaliação da rede estadual de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública, nos aspectos relativos à vigilância, com estabelecimento de normas e fluxos técnico-operacionais, credenciamento e avaliação das unidades partícipes; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, XIX)

XX - garantia da realização de análises laboratoriais de interesse da vigilância, conforme organização da rede estadual de laboratórios e pactuação na CIB; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, XX)

XXI - armazenamento e transporte adequado de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência nacional; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, XXI)

XXII - coordenação do componente estadual do Programa Nacional de Imunizações, com destino adequado dos insumos vencidos ou obsoletos, de acordo com as normas técnicas vigentes; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, XXII)

XXIII - participação no processo de implementação do Decreto nº 7.508/2011, no âmbito da vigilância; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, XXIII)

XXIV - colaboração com a União na execução das ações sob Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras, conforme pactuação tripartite; e (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, XXIV)

XXV - estabelecimento de incentivos que contribuam para o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade das ações de Vigilância. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, XXV)

Parágrafo Único. Os Estados poderão adquirir insumos estratégicos para uso em Vigilância em Saúde, em situações específicas, mediante pactuação na CIT entre as esferas governamentais, observada a normalização técnica e, em situações excepcionais, mediante a comunicação formal com a respectiva justificativa à SVS/MS.(Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 10. As proposições de alteração de estratégias ou atribuições que gerem impacto financeiro adicional ou modificações na organização dos serviços serão pactuadas na CIB. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 10)

Parágrafo Único. Em situações especiais e de emergência em saúde pública, o estado adotará as medidas de saúde pública necessárias para o seu enfrentamento, que serão posteriormente comunicadas à CIB. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 10, Parágrafo Único)

Seção III

Dos Municípios

(Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Seção III)

Art. 11. Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11)

I - ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, a vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde, gestão de sistemas de informação de vigilância em saúde em âmbito municipal que possibilitam análises de situação de saúde, as ações de vigilância da saúde do trabalhador, ações de promoção em saúde e o controle dos riscos inerentes aos produtos e serviços de interesse a saúde; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, I)

II - coordenação municipal e execução das ações de vigilância; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, II)

III - participação no financiamento das ações de vigilância; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, III)

IV - normalização técnica complementar ao âmbito nacional e estadual; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, IV)

V - coordenação e alimentação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da vigilância, incluindo: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, V)

a) coleta, processamento, consolidação e avaliação da qualidade dos dados provenientes das unidades notificantes dos sistemas de base nacional, de interesse da vigilância, de acordo com normalização técnica; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, V, a)

b) estabelecimento e divulgação de diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do Município, em caráter complementar à atuação das esferas federal e estadual; e (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, V, b)

c) retroalimentação dos dados para as unidades notificadoras; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, V, c)

VI - coordenação da preparação e resposta das ações de vigilância, nas emergências de saúde pública de importância municipal; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, VI)

VII - coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde sentinela em âmbito hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, VII)

VIII - desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, VIII)

IX - monitoramento e avaliação das ações de vigilância em seu território; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, IX)

X - realização de campanhas publicitárias de interesse da vigilância, em âmbito municipal; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, X)

XI - promoção e execução da educação permanente em seu âmbito de atuação; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, XI)

XII - promoção e fomento à participação social nas ações de vigilância; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, XII)

XIII - promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais de âmbito municipal, intermunicipal, estadual, nacional e internacional; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, XIII)

XIV - gestão do estoque municipal de insumos de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo o armazenamento e o transporte desses insumos para seus locais de uso, de acordo com as normas vigentes; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, XIV)

XV - provimento dos seguintes insumos estratégicos: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, XV)

a) medicamentos específicos, para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, nos termos pactuados na CIT; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, XV, a)

b) meios de diagnóstico laboratorial para as ações de Vigilância em Saúde nos termos pactuados na CIB; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, XV, b)

c) insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, indicados pelos programas, nos termos pactuados na CIB; e (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, XV, c)

d) EPI para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, incluindo vestuário, luvas e calçados; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, XV, d)

XVI - coordenação, acompanhamento e avaliação da rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises essenciais às ações de vigilância, no âmbito municipal; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, XVI)

XVII - realização de análises laboratoriais de interesse da vigilância, conforme organização da rede estadual de laboratórios pactuados na CIR/CIB; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, XVII)

XVIII - coleta, armazenamento e transporte adequado de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, XVIII)

XIX - coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, XIX)

XX - descartes e destinação final dos frascos, seringas e agulhas utilizadas, conforme normas técnicas vigentes; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, XX)

XXI - participação no processo de implementação do Decreto nº 7.508/2011, no âmbito da vigilância; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, XXI)

XXII - colaboração com a União na execução das ações sob Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras, conforme pactuação tripartite; e (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, XXII)

XXIII - estabelecimento de incentivos que contribuam para o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade das ações de Vigilância em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, XXIII)

Parágrafo Único. Os municípios poderão adquirir insumos estratégicos para uso em Vigilância em Saúde, em situações específicas, mediante pactuação na CIT entre as esferas governamentais, observada a normalização técnica e, em situações excepcionais, mediante a comunicação formal com justificativa à SVS/MS ou à Secretaria Estadual de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 11, Parágrafo Único)

Seção IV

Do Distrito Federal

(Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Seção IV)

Art. 12. A coordenação dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária pelo Distrito Federal compreenderá, simultaneamente, as competências relativas a estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 12)

CAPÍTULO III

DAS DIRETRIZES, MONITORAMENTO DAS AÇÕES, RESULTADOS E DEMONSTRATIVO DO USO DOS RECURSOS

Art. 13. A integração com a Atenção à Saúde é uma das diretrizes a serem observadas, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias, com vistas a racionalizar e melhorar a efetividade das ações de vigilância, proteção, prevenção e controle de doenças e promoção em saúde. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 30)

Art. 14. As diretrizes, ações e metas serão inseridas no Plano de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde (PAS) das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 31)

Art. 15. Os demonstrativos das ações, resultados alcançados e da aplicação dos recursos comporão o relatório de gestão (RG) em cada esfera de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 32)

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 1378/2013, CAPÍTULO V)

Art. 16. A SVS/MS e a ANVISA editarão, quando necessário, diretrizes e orientações técnicas e operacionais complementares a este Anexo, submetendo-as, quando couber, à apreciação da CIT. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 46)

Anexo IV

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) (Origem: PRT MS/GM 1935/2010)

CAPÍTULO I

DA COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO CONJUNTO DE AÇÕES QUE COMPÕEM O SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SNVS)

Art. 1º Fica instituída Comissão de Monitoramento e Avaliação do conjunto de ações que compõem o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), com a finalidade de contribuir para o permanente aperfeiçoamento do sistema, sua sustentabilidade e institucionalização dos avanços obtidos no âmbito da Vigilância em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1935/2010, Art. 1º)

Art. 2º São atribuições da Comissão de Monitoramento e Avaliação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1935/2010, Art. 2º)

I - monitorar e avaliar o desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1935/2010, Art. 2º, I)

II - acompanhar, por meio de relatórios e indicadores, as atividades de vigilância, de prevenção e de controle de doenças; e (Origem: PRT MS/GM 1935/2010, Art. 2º, II)

III - elaborar recomendações à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, para corrigir insuficiências detectadas e proteger os avanços obtidos, de forma a obter o constante aperfeiçoamento do SNVS. (Origem: PRT MS/GM 1935/2010, Art. 2º, III)

Art. 3º A Comissão de Monitoramento e Avaliação será composta por indivíduos de notório saber nas áreas integrantes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1935/2010, Art. 3º)

§ 1º Os membros deverão declarar a inexistência de conflito de interesses com suas atividades no debate dos temas pertinentes à Comissão. (Origem: PRT MS/GM 1935/2010, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Na eventualidade de existência de conflito de interesses, deverão abster-se de participar da discussão e da deliberação sobre o tema específico. (Origem: PRT MS/GM 1935/2010, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Considerando o disposto no caput deste artigo, os membros não poderão indicar representante ou substituto no caso de impedimento de comparecimento às reuniões ordinárias e extraordinárias. (Origem: PRT MS/GM 1935/2010, Art. 3º, § 3º)

Art. 4º A Comissão de Monitoramento e Avaliação contará também com a participação do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos como representante institucional do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1935/2010, Art. 4º)

Art. 5º O Secretário de Vigilância em Saúde e os dirigentes por ele indicados integrarão a reunião da Comissão de Monitoramento e Avaliação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, com a finalidade de prestar informações e esclarecimentos técnicos para implementação e pleno funcionamento de suas atribuições.(Origem: PRT MS/GM 1935/2010, Art. 6º)

Parágrafo Único. A Secretaria de Vigilância em Saúde fica responsável pelo exercício da Secretaria-Executiva da Comissão e pelo fornecimento de todas as informações necessárias ao desempenho de suas atribuições e pelo apoio para realização das reuniões. (Origem: PRT MS/GM 1935/2010, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 6º A Comissão de Monitoramento e Avaliação reunir-se á, ordinariamente, 1 (uma) vez ao ano ou, extraordinariamente, quando convocada pelo seu Presidente. (Origem: PRT MS/GM 1935/2010, Art. 7º)

Art. 7º O relatório da reunião da Comissão será encaminhado ao Secretário de Vigilância em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1935/2010, Art. 8º)

Art. 8º As despesas decorrentes do funcionamento da Comissão de que trata este Anexo ficarão a cargo da Secretaria de Vigilância em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1935/2010, Art. 9º)

Anexo V

Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) (Origem: PRT MS/GM 204/2016)

CAPÍTULO I

DA LISTA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS, AGRAVOS E EVENTOS DE SAÚDE PÚBLICA

Seção I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

(Origem: PRT MS/GM 204/2016, CAPÍTULO I)

Art. 1º Este Anexo define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do Anexo 1 do Anexo V . (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 1º)

Art. 2º Para fins de notificação compulsória de importância nacional, serão considerados os seguintes conceitos: (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 2º)

I - agravo: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada; (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 2º, I)

II - autoridades de saúde: o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, responsáveis pela vigilância em saúde em cada esfera de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 2º, II)

III - doença: enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos; (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 2º, III)

IV - epizootia: doença ou morte de animal ou de grupo de animais que possa apresentar riscos à saúde pública; (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 2º, IV)

V - evento de saúde pública (ESP): situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínicoepidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes; (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 2º, V)

VI - notificação compulsória: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no Anexo 1 do Anexo V , podendo ser imediata ou semanal; (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 2º, VI)

VII - notificação compulsória imediata (NCI): notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível; (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 2º, VII)

VIII - notificação compulsória semanal (NCS): notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo; (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 2º, VIII)

IX - notificação compulsória negativa: comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória; e (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 2º, IX)

X - vigilância sentinela: modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 2º, X)

Seção II

DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

(Origem: PRT MS/GM 204/2016, CAPÍTULO II)

Art. 3º A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 3º)

§ 1º A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo, de acordo com o estabelecido no Anexo 1 do Anexo V , observando-se, também, as normas técnicas estabelecidas pela SVS/MS. (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa. (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento. (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 3º, § 3º)

Art. 4º A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível. (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 4º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300341

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Parágrafo Único. A autoridade de saúde que receber a notificação compulsória imediata deverá informa-la, em até 24 (vinte e quatro) horas desse recebimento, às demais esferas de gestão do SUS, o conhecimento de qualquer uma das doenças ou agravos constantes no Anexo 1 do Anexo V . (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 5º A notificação compulsória semanal será feita à Secretaria de Saúde do Município do local de atendimento do paciente com suspeita ou confirmação de doença ou agravo de notificação compulsória. (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 5º)

Parágrafo Único. No Distrito Federal, a notificação será feita à Secretaria de Saúde do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 6º A notificação compulsória, independente da forma como realizada, também será registrada em sistema de informação em saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS. (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 6º)

Seção III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 204/2016, CAPÍTULO III)

Art. 7º As autoridades de saúde garantirão o sigilo das informações pessoais integrantes da notificação compulsória que estejam sob sua responsabilidade. (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 7º)

Art. 8º As autoridades de saúde garantirão a divulgação atualizada dos dados públicos da notificação compulsória para profissionais de saúde, órgãos de controle social e população em geral. (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 8º)

Art. 9º A SVS/MS e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios divulgarão, em endereço eletrônico oficial, o número de telefone, fax, endereço de e-mail institucional ou formulário para notificação compulsória. (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 9º)

Art. 10. A relação das doenças e agravos monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 11)

Art. 11. A relação das epizootias e suas diretrizes de notificação constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 12)

CAPÍTULO II

DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Art. 12. Fica instituído o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher. (Origem: PRT MS/GM 2406/2004, Art. 1º)

§ 1º Os serviços de referência serão instalados, inicialmente, em municípios que possuam capacidade de gestão e que preencham critérios epidemiológicos definidos. (Origem: PRT MS/GM 2406/2004, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Os serviços de que trata o caput deste artigo serão monitorados e avaliados pela Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, sendo que, a partir desse processo, será programada sua expansão. (Origem: PRT MS/GM 2406/2004, Art. 1º, § 2º)

Art. 13. Fica aprovada, na forma do Anexo 2 do Anexo V , Ficha de Notificação compulsória de Violência Contra a Mulher e Outras Violências Interpessoais, que será utilizada em todo o território nacional. (Origem: PRT MS/GM 2406/2004, Art. 2º)

Art. 14. A notificação compulsória de violência contra a mulher seguirá o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 2406/2004, Art. 3º)

I - o preenchimento ocorrerá na unidade de saúde onde foi atendida a vítima; (Origem: PRT MS/GM 2406/2004, Art. 3º, I)

II - a Ficha de Notificação é remetida ao Serviço de Vigilância Epidemiológica ou serviço correlato da respectiva Secretaria Municipal de Saúde, onde os dados serão inseridos em aplicativo próprio; e (Origem: PRT MS/GM 2406/2004, Art. 3º, II)

III - as informações consolidadas serão encaminhadas à Secretaria de Estado de Saúde e, posteriormente, à Secretaria de Vigilância em Saúde/MS. (Origem: PRT MS/GM 2406/2004, Art. 3º, III)

Art. 15. A Secretaria de Vigilância em Saúde, em conjunto com a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, definirão as diretrizes e os mecanismos de operacionalização dos serviços. (Origem: PRT MS/GM 2406/2004, Art. 4º)

Art. 16. Fica delegada competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para editar, quando necessário, normas regulamentadoras deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 2406/2004, Art. 5º)

CAPÍTULO III

DA RELAÇÃO DAS EPIZOOTIA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA E SUAS DIRETRIZES PARA NOTIFICAÇÃO

Art. 17. Este Capítulo define a relação das epizootias de notificação compulsória e suas diretrizes para notificação em todo o território nacional. (Origem: PRT MS/GM 782/2017, Art. 1º)

Art. 18. A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente será realizada por profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, além de estabelecimentos públicos ou privados educacionais, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa. (Origem: PRT MS/GM 782/2017, Art. 2º)

Parágrafo Único. A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento ou por estabelecimentos públicos ou privados relacionados ao manejo de animais, na forma do Anexo 3 do Anexo V .(Origem: PRT MS/GM 782/2017, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 19. As autoridades de saúde garantirão a divulgação atualizada dos dados públicos da notificação compulsória para profissionais de saúde, órgãos de controle social e população em geral. (Origem: PRT MS/GM 782/2017, Art. 3º)

Art. 20. A SVS/MS, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios divulgarão, em endereço eletrônico oficial, o número de telefone, fax, endereço de e-mail institucional ou formulário para notificação compulsória. (Origem: PRT MS/GM 782/2017, Art. 4º)

Art. 21. A SVS/MS publicará normas complementares relativas aos fluxos, prazos, instrumentos, definições de casos suspeitos e confirmados, funcionamento dos sistemas de informação em saúde e demais orientações técnicas para o cumprimento e operacionalização deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 782/2017, Art. 5º)

Anexo 1 do Anexo V

LISTA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Anexo 1)

Lista Nacional de Notificação Compulsória

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal*
		MS	SES	SMS	
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico				X
	b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes			X	
2	Acidente por animal peçonhento			X	
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			X	
4	Botulismo	X	X	X	
5	Cólera	X	X	X	
6	Coqueluche		X	X	
7	a. Dengue - Casos				X
	b. Dengue - Óbitos	X	X	X	
8	Difteria		X	X	
9	Doença de Chagas Aguda		X	X	
10	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)				X
11	a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"		X	X	
	b. Doença Meningocócica e outras meningites		X	X	
12	Doenças com suspeita de disseminação intencional: a. Antraz pneumônico b. Tularemia c. Varíola	X	X	X	
13	Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes: a. Arenavírus b. Ebola c. Marburg d. Lassa e. Febre purpúrica brasileira	X	X	X	
14	a. Doença aguda pelo vírus Zika				X
	b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante		X	X	
	c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika	X	X	X	
15	Esquistossomose				X
16	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no art. 2º desta portaria)	X	X	X	
17	Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação	X	X	X	
18	Febre Amarela	X	X	X	
19	a. Febre de Chikungunya				X
	b. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão	X	X	X	
	c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya	X	X	X	
20	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	X	X	X	
21	Febre Maculosa e outras Riquetisioses	X	X	X	
22	Febre Tifoide		X	X	
23	Hanseníase				X
24	Hantavirose	X	X	X	
25	Hepatites virais				X
26	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida				X
27	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV				X
28	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)				X
29	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	X	X	X	
30	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)				X
31	Leishmaniose Tegumentar Americana				X
32	Leishmaniose Visceral				X
33	Leptospirose			X	
34	a. Malária na região amazônica				X
	b. Malária na região extra Amazônica	X	X	X	
35	Óbito: a. Infantil b. Materno				X
36	Poliomielite por poliovirus selvagem	X	X	X	
37	Peste	X	X	X	
38	Raiva humana	X	X	X	
39	Síndrome da Rubéola Congênita	X	X	X	
40	Doenças Exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola	X	X	X	
41	Sífilis: a. Adquirida b. Congênita c. Em gestante				X
42	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X	X	
43	Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus a. SARS-CoV b. MERS- CoV	X	X	X	
44	Tétano: a. Acidental b. Neonatal			X	
45	Toxoplasmose gestacional e congênita				X
46	Tuberculose				X
47	Varicela - caso grave internado ou óbito		X	X	
48	a. Violência doméstica e/ou outras violências				X
	b. Violência sexual e tentativa de suicídio			X	

* Informação adicional:

Notificação imediata ou semanal seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS; Legenda: MS (Ministério da Saúde), SES (Secretaria Estadual de Saúde) ou SMS (Secretaria Municipal de Saúde)

A notificação imediata no Distrito Federal é equivalente à SMS.

Anexo 2 do Anexo V

FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER (E OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS) (Origem: PRT MS/GM 2406/2004, Anexo 1)

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

Ficha de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher
(e Outras Violências Interpessoais)

Ficha Nº

I Dados Gerais

1 Agressão contra mulher
☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

2 Gestante no momento da violência
☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 3 - Não se aplica ☐ 9 - Ignorado

3 Grupo
☐ 1 - Criança (0 a 9 anos) ☐ 2 - Adolescente (10 a 19 anos)
☐ 3 - Adulto (20 a 59 anos) ☐ 4 - Idoso (60 anos e mais)

4 Deficiente
☐ 1 - Físico ☐ 2 - Mental ☐ 3 - Físico e mental
☐ 4 - Sem sinais/evidências de deficiência ☐ 9 - Ignorado

5 Município de Notificação

6 UF

7 Código IBGE

8 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)

9 Código

II Dados do Paciente

10 Nome do Paciente

11 RG / CPF

12 Data de Nascimento

13 (ou) Idade
☐ Dia ☐ Mês ☐ Ano

14 Sexo
☐ 1 - Masculino
☐ 2 - Feminino
☐ 9 - Ignorado

15 Raça/Cor
☐ 1 - Branca ☐ 2 - Preta ☐ 3 - Amarela
☐ 4 - Parda ☐ 5 - Indígena ☐ 9 - Ignorado

16 stado Civil
☐ 1 - Solteiro ☐ 2 - Casado ☐ 3 - Viúvo
☐ 4 - Separado Judic. ☐ 5 - União Consensual ☐ 9 - Ignorado

17 Escolaridade (em anos de estudo concluídos)
☐ 1 - Nenhuma ☐ 2 - de 1 a 3 ☐ 3 - de 4 a 7
☐ 4 - de 8 a 11 ☐ 5 - 12 e mais ☐ 9 - Ignorado

18 Estuda atualmente
☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

19 Ocupação

20 C. B. O.

21 Nome da mãe ou responsável

22 Cartão SUS

23 Endereço completo

24 CEP

25 Município de residência

26 UF

27 Código IBGE

28 Bairro

29 Telefone

30 Zona
☐ 1 - Urbana ☐ 2 - Rural
☐ 3 - Urbana/rural ☐ 9 - Ignorado

III Dados da Ocorrência

31 Violência crônica ou de repetição
☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado

32 Se sim, início há
☐ Dia
☐ Mês
☐ Ano

33 Meio de agressão
☐ 1 - Arma branca
☐ 2 - Força corporal ☐ 3 - Outros
☐ 4 - Arma de fogo ☐ 9 - Ignorado

34 Tipo de ocorrência (violência)
☐ 1 - Física ☐ 3 - Psicológica
☐ 2 - Sexual ☐ 4 - Outras

35 Violência declarada/suspeita
☐ 1 - Exploração sexual de menores ☐ 2 - Abuso/violência psicológica ou moral ☐ 3 - Tráfico de mulheres ou menores ☐ 4 - Prostituição forçada
☐ 5 - Volência institucional ☐ 6 - Trabalho infantil ☐ 7 - Abandono/negligência ☐ 8 - Outro

36 Local da ocorrência
☐ 1 - Residência ☐ 2 - Habitação coletiva ☐ 3 - Via pública ☐ 4 - Ambiente de trabalho
☐ 5 - Escola ☐ 6 - Bar ou similar ☐ 7 -Outra iInstituição pública/privada ☐ 8 - Outro

IV Dados do Agressor

37 Número de envolvidos
☐ 1 - Um ☐ 2 - Dois ou mais ☐ 9 - Ignorado

38 Relação com a vítima
☐ 1 - Cônjuge/companheiro ☐ 2 - Pai ☐ 3 - Mãe ☐ 4 - Padrasto ☐ 5 - Madrasta
☐ 6 - Filho(a) ☐ 7 - Outros familiares ☐ 8 - Amigo/conhecido ☐ 9 - Relação trabalho ☐ 10 - Outro

V Evolução

39 Evolução do caso
☐ 1 - Alta
☐ 2 - Internado/transferido para outro hospital
☐ 3 - Óbito
☐ 4 - Ignorado

40 Encaminhamento
☐ 1 - Profilaxia DST/AIDS/Hepatite ☐ 2 - Contracepção de emergência ☐ 3 - Rede de apoio
☐ 4 - Atenção básica / PSF ☐ 5 - Acompanhamento psicossocial ☐ 6 - Orientação legal (BO/IML)
☐ 7 - Conselho Tutelar ☐ 8 - Vara da infância/juventude ☐ 9 - Comunic. de acid. trabalho
☐ 10 - Casa de proteção/abrigo ☐ 11- Outros

VI Danos

Danos ocorridos devido ou como consequência da violência/agressão.

41 Traumatismo genital
☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado

42 Outros traumatismo físicos
☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado

43 Aborto ou óbito fetal
☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado

44 Gravidez
☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado

45 Doença sexualmente transmissível/HIV
☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado

46 Tentativa de suicídio
☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado

47 Óbito
☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado

48 Outras
☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado

VII Observações

VIII Preenc.

Responsável pelo preenchimento

49 Nome

50 Data do preenchimento

(*) N. da COEDE: Republicada por ter saído com incorreção no DOU nº 214, de 8-11-2004, Seção 1, pág. 84.

Anexo 3 do Anexo V

DOENÇA OU AGRAVO EM ANIMAIS (Origem: PRT MS/GM 782/2017, Anexo 1)

Nº	DOENÇA OU AGRAVO EM ANIMAIS (Ordem alfabética)
I. Lista das doenças de notificação compulsória imediata, com base na vigilância animal:	
1	Febre Amarela
2	Raiva
3	Febre do Nilo Ocidental
4	Outras arboviroses de importância em saúde pública (Encefalomielite Equina do Oeste, do Leste e Venezuelana, Oropouche, Mayaro)
5	Peste
6	Influenza
II. Eventos de saúde pública (ESP), Epizootias de notificação compulsória imediata:	
1	Morte de primatas não humanos
2	Morte ou adoecimento de cães e gatos com sintomatologia neurológica
3	Morte de aves silvestres
4	Morte ou adoecimento de equídeos com sintomatologia neurológica
5	Morte de canídeos silvestres
6	Morte de quirópteros em áreas urbanas
7	Morte de roedores silvestres em áreas de ocorrência de peste
8	Morte de animais silvestres sem causa conhecida

Anexo VI

Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) (Origem: PRT MS/GM 1565/1994)

CAPÍTULO I

DO SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Art. 1º Este Anexo define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência, esclarece a distribuição da competência material e legislativa da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e estabelece procedimentos para articulação política e administrativa das três esferas de governo do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 1º)

Art. 2º Pela interdependência do seu conteúdo e do desenvolvimento de suas ações, a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica são consideradas, conceitualmente, como integrantes da Vigilância em Saúde, implicando compromisso solidário do Poder Público e da sociedade na proteção e defesa da qualidade de vida.(Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 2º)

§ 1º Operativamente, a atuação da vigilância sanitária requererá fundamentação epidemiológica eficiente, voltada para a prevenção ou detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Em face do disposto neste artigo todos os serviços do SUS participam da Vigilância em Saúde, mediante colaboração nas ações de saúde coletiva, e comunicação aos órgãos competentes, de fatos ou situações que possam exigir medidas corretivas. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 2º, § 2º)

Art. 3º Entende-se por vigilância sanitária o conjunto de ações capaz de: (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 3º)

I - eliminar, diminuir ou prevenir riscos e agravos à saúde do indivíduo e da coletividade; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 3º, I)

II - intervir nos problemas sanitários decorrentes da produção, distribuição, comercialização e uso de bens de capital e consumo, e da prestação de serviços de interesse da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 3º, II)

III - exercer fiscalização e controle sobre o meio ambiente e os fatores que interferem na sua qualidade, abrangendo os processos e ambientes de trabalho, a habitação e lazer. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 3º, III)

Parágrafo Único. As ações de vigilância sanitária enunciadas neste artigo incluem necessariamente: (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 3º, Parágrafo Único)

I - as medidas de interação da política de saúde com as políticas económicas e sociais cujos resultados constituem fatores determinantes e condicionantes do nível de saúde da população; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 3º, Parágrafo Único, a)

II - as medidas de interação dos profissionais de saúde em exercício nas atividades de Vigilância Sanitária com os órgãos e entidades, governamentais e não governamentais, de defesa do consumidor e da cidadania; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 3º, Parágrafo Único, b)

III - o controle de todas as etapas e processos, da produção ao uso de bens de capital e de consumo e de prestação de serviços que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde, com vista à garantia da sua qualidade; e (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 3º, Parágrafo Único, c)

IV - as ações destinadas à promoção e proteção da saúde do trabalhador submetido aos riscos e agravos advindos dos processos e ambiente de trabalho. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 3º, Parágrafo Único, d)

Art. 4º As bases de atuação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, são: (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 4º)

I - as recomendações emanadas do Conselho Nacional de Saúde, que deverão expressar o marco referencial do sistema; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 4º, I)

II - A organização do sistema de modo a garantir: (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 4º, II)

a) a efetiva descentralização da execução dos serviços e ações da União para os estados e municípios, e dos estados para os municípios e instâncias regionais; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 4º, II, a)

b) planejamento e definição de prioridades das ações a serem empreendidas em cada esfera de governo com base nas realidades locorregionais, compatibilizadas a nível estadual e nacional; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 4º, II, b)

c) colegiado e instâncias regionalizadas de representação técnica, administrativa e política que estabeleçam o planejamento e acompanhamento das ações de vigilância sanitária e compatibilizem os planos estaduais condicionando o planejamento a nível nacional; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 4º, II, c)

d) a inclusão, nos quadros de pessoal, de classes de servidores técnicos e administrativos que devam integrar as equipes multidisciplinares para atender à diversidade de funções no campo da defesa e proteção da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 4º, II, d)

e) a efetiva participação do conjunto das profissões de saúde nas ações e serviços de vigilância sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 4º, II, e)

III - a caracterização de uma Rede de Laboratórios Oficiais de Controle da Qualidade em saúde cuja a hierarquização e categorização constará de regimento próprio sendo representada por Conselho e sujeitos às seguintes exigências: (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 4º, III)

a) acessibilidade prioritária cios serviços técnicos dos órgãos e entidades do SUS bem como do Poder Judiciário, do Ministério Público e dos órgãos e entidades voltadas paras defesa do consumidor; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 4º, III, a)

b) atuação orientada e controlada, do ponto de vista técnico-científico, por conselhos de laboratórios. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 4º, III, b)

IV - a implantação de um Sistema Nacional de Informações em Vigilância Sanitária que permita: (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 4º, IV)

a) a coleta, o processamento, a consolidação e análise sistemática de informações pertinentes às atividades de fiscalização e controle da produção, armazenamento, distribuição, comercialização e consumo de produtos e serviços de interesse à saúde individual e coletiva, (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 4º, IV, a)

b) o monitoramento de fatores de risco à saúde a partir das informações disponíveis; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 4º, IV, b)

c) o planejamento e avaliação do impacto das ações de vigilância sanitária na manutenção e melhoria da qualidade de vida; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 4º, IV, c)

d) a democratização da informação com livre acesso a todos os participantes do Sistema de Vigilância, e particular e à toda sociedade em geral às informações disponíveis (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 4º, IV, d)

V - a garantia do direito individual e coletivo de acesso ao sistema de informações sobre vigilância em saúde, para o desenvolvimento de ações com efetiva participação do cidadão. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 4º, V)

Art. 5º A atuação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, far-se-á integradamente com o Sistema de Nacional de Vigilância Epidemiológica, e se orientará pelas seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 5º)

I - identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, em territórios definidos; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 5º, I)

II - formulação de política de saúde que leve em conta os fatores econômicos e sociais, determinantes de doenças e outros agravos à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 5º, II)

III - promoção e proteção da saúde mediante a realização integrada de ações educativas e de informação, da prevenção de danos e agravos à saúde individual e coletiva, do diagnóstico e da terapêutica; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 5º, III)

IV - a coleta sistemática, consolidação, análise e interpretação de dados e Informações sobre produção, armazenagem, distribuição e consumo de produtos e serviços, condições de vida e de ambiente de trabalho com vistas a formulação de políticas, planos e programas; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 5º, IV)

V - estímulo e fortalecimento da participação da comunidade nas ações preventivas e corretivas de iniciativa do Poder Público, que dizem respeito à saúde coletiva; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 5º, V)

VI - garantia de condições adequadas para o exercido de profissões relacionadas diretamente com a saúde, apara a prestação dos serviços de saúde de qualidade com acesso universalizado; e (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 5º, VI)

VII - avaliação da tecnologia em saúde, com ênfase na identificação de inadequações na produção e no uso de equipamentos, medicamentos, imunobiológicos e outros insumos paras saúde. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 5º, VII)

Art. 6º São os seguintes os campos onde se exercerá, nas três esferas de governo do SUS e segundo a respectiva competência legal, a ação da vigilância sanitária: (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 6º)

I - Proteção do ambiente e defesa do desenvolvimento sustentado; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 6º, I)

II - Saneamento básico; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 6º, II)

III - Alimentos, água e bebidas para consumo humano; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 6º, III)

IV - Medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse pata a saúde; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 6º, IV)

V - Ambiente e processos de trabalho, e saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 6º, V)

VI - Serviços de assistência à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 6º, VI)

VII - Produção, transporte, guarda e utilização de outros bens, substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radiativos; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 6º, VII)

VIII - Sangue e hemoderivados; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 6º, VIII)

IX - Radiações de qualquer natureza; e (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 6º, IX)

X - Portos, aeroportos e fronteiras. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 6º, X)

§ 1º A atuação política e administrativa prevista nos incisos deste artigo será realizada por iniciativa própria dos Órgãos incumbidos da Vigilância Sanitária, ou a partir de proposta ou notificação feita por outros órgãos e entidades públicas, e por qualquer cidadão, entidade de classe, associação comunitária ou órgão de defesa do consumidor. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 6º, § 1º)

§ 2º No tocante à matéria dos incisos I, II, III e X, a atuação dos órgãos e entidades do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e a decorrente de articulação intersetorial com órgãos e entidades de Outros Ministérios darão ênfase à preservação do equilíbrio dos ecossistemas regionais, protegendo-os da ação de fatores poluentes e da invasão de agentes biológicos. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 6º, § 2º)

§ 3º Além da realização e promoção de estudos e pesquisas interdisciplinares, da identificação de fatores potencialmente prejudiciais à qualidade de vida e da avaliação de resultados de interesse para a saúde, aos órgãos de vigilância sanitária cabe a aplicação de condicionamentos administrativos ao exercício de direitos individuais e coletivos. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 6º, § 3º)

Art. 7º Uma vez esgotada a eficácia das ações orientadoras, preventivas e persuasivas, o exercício do poder de polícia administrativa se efetivará, no campo da Vigilância Sanitária, subo enfoque do poder de autoridade derivado da lei. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 7º)

Art. 8º A Administração Pública responsável, em cada esfera de governo, pela função da vigilância sanitária, poderá impor condicionamentos administrativos ao exercício de direitos individuais e coletivos, sob as modalidades de limites, encargos e sujeições. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 8º)

§ 1º Os condicionamentos administrativos, sob as modalidades de limites, encargos e sujeições, derivam diretamente da lei ou são impostos pela Administração, com base em lei autorizativa. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Na realização da atividade administrativa ordenadora, o órgão competente do SUS observará o seguinte: (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 8º, § 2º)

I - não se adotarão medidas obrigatórias que envolvam ou impliquem risco à vida; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 8º, § 2º, a)

II - os condicionamentos administrativos, sob as modalidades de limites, encargos e sujeições, serão proporcionais aos fins que em cada situação se busquem; e (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 8º, § 2º, b)

III - se dará preferência, sempre, à colaboração voluntária do cidadão e da comunidade com as autoridades sanitárias. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 8º, § 2º, c)

Art. 9º Em consonância com o disposto nos incisos I a X do art. 6°, compete a cada uma das esferas de governo do SUS: (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 9º)

I - à União, coordenar o sistema nacional de vigilância sanitária, prestar cooperação técnica e financeira aos estados e municípios e executar ações de sua exclusiva competência; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 9º, I)

a) na execução de atividades de sua competência a União poderá contar com a cooperação de estados ou municípios. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 9º, I, a)

II - ao estado, coordenar, executar ações e implementar serviços de vigilância sanitária, em caráter complementar às atividades municipais e prestar apoio técnico e financeiro aos municípios; e (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 9º, II)

a) na execução de atividades de sua competência o estado poderá contar com a cooperação dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 9º, II, a)

III - ao município, executar ações e implementar serviços de vigilância sanitária, com a cooperação técnica e financeira da União e do estado. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 9º, III)

§ 1º A União e os estados promoverão a descentralização político-administrativa estabelecida no art. 4° Inciso II, alínea "a", de modo a que a articulação inter setorial prevista no § 2° do art. 6° se concretize efetivamente no âmbito do município e de instâncias regionais do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 9º, § 1º)

§ 2º No caso de município que não tenha condições organizativas para executar ações e serviços de Vigilância Sanitária, na forma instituída na Lei Orgânica da Saúde, a cooperação técnica a ser prestada pelo estado se efetivará mediante a execução dos serviços e ações correspondentes e o apoio para estabelecimento e desenvolvimento das condições técnico-científicas e administrativas necessárias para que o município possa assumir, plenamente, os encargos que legalmente lhe são atribuídos. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 9º, § 2º)

§ 3º Em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde que possam escapar ao controle da direção estadual ou municipal do SUS, ou que representem risco de disseminação estadual, regional ou nacional, a União e o Estado poderão executar ações de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica em qualquer localidade. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 9º, § 3º)

Art. 10. A vigilância sanitária a cargo da União, dos estados e dos municípios é exercida mediante a edição de normas, a execução de ações e implementação de serviços, e a articulação política e administrativa inter setorial. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 10)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300344

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

§ 1º Incluídos os casos de competência regulamentar e de normalização técnica e administrativa atribuída à Direção Nacional do SUS pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, a competência da União para legislar sobre vigilância sanitária limitar-se-á a estabelecer normas gerais, de alcance nacional, aos estados caberá suplementar a legislação genérica de caráter nacional, editando normas para aplicação no seu território, e aos Municípios caberá suplementar, no que couber, a legislação nacional e estadual para atender às necessidades e prioridades de interesse predominantemente local. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 10, § 1º)

§ 2º Na edição, interpretação e aplicação das normas e na execução de ações e implementação de serviços de vigilância sanitária, os órgãos e entidades do SUS, em cada esfera de governo, cuidarão para que a atuação do Poder Público se efetive da forma e do modo que melhor garantam a realização do fim público a que se dirige, com a menor restrição possível aos direitos e Interesses particulares do cidadão. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 10, § 2º)

Art. 11. Os preceitos da legislação federal expedida anteriormente à vigência da Constituição e da Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990, que conservam o caráter de normas gerais e não são confinantes com o novo texto constitucional e a legislação infraconstitucional, continuarão sendo de observância obrigatória em todas território nacional. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 11)

Parágrafo Único. As normas gerais da legislação federal referida neste artigo compreendem as normas consubstanciadas em leis anos decretos, regulamentos e em outros atos normativos expedidos pelas autoridades administrativas para explicitar a lei, bem como decisões dos órgãos singulares ou coletivos de jurisdição administrativa a que a lei atribua eficácia normativa. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 12. O controle desempenhado pelos órgãos e entidades federais, estaduais e municipais que compõe o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária se fará, quando for o caso, em consonância com as ações desenvolvidas no âmbito do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, objeto da Lei n°8.078, de 11 de setembro de 1990, de modo a compreender, sempre que couber, soluções Integradas e que se harmonizem com a política geral e setorial nas três esferas de governo. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 12)

Art. 13. O Secretário de Vigilância Sanitária se articulará com os setores competentes de outros Ministérios, notadamente os Ministérios do Trabalho; da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; do Meio Ambiente; da Educação; do Esporte; da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações; da Indústria, Comércio Exterior e Serviços e das Relações Exteriores; e o Departamento Nacional de Defesa do Consumidor, da Secretaria Nacional de Direito Econômico do Ministério da Justiça e Cidadania, visando: (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 13)

I - a definição de atribuições em campo de atuação administrativa concorrente; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 13, I)

II - a consolidação da legislação nacional sanitária expedida anteriormente à Constituição e à Lei Orgânica da Saúde vigentes, e que seja com estas compatível; (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 13, II)

III - a proposição de medidas que efetivem a descentralização politico-administrativa de outros serviços da União para os estados e municípios e dos estados para o municípios, bem como a delegação de competência para a prática de atos administrativos por autoridades federais situadas nos estados e municípios; e (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 13, III)

IV - a formação especificada recursos humanos para os serviços e ações de vigilância sanitária, com ênfase na interdisciplinaridade dos conhecimentos. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 13, IV)

V - o estabelecimento de planos de carreira e estatutos específicos para os recursos humanos que exerção atividade em serviços de vigilância sanitária, a nível federal, estadual e municipal que contemple a multidisciplinariedade e multiprofissionalidade das ações e equipes e regulamente as competências e responsabilidades individuais no exercício dessas atividades profissionais específicas. (Origem: PRT MS/GM 1565/1994, Art. 13, V)

CAPÍTULO II

DO SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA (VIGIPOS)

Art. 14. Fica instituído o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, para o monitoramento, análise e investigação dos eventos adversos e queixas técnicas relacionados aos serviços e produtos sob vigilância sanitária na fase de pós-comercialização/pós-uso. (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 1º)

Parágrafo Único. Para os efeitos deste Capítulo, são considerados produtos e serviços sob vigilância sanitária aqueles dispostos nos §§ 1º e 2º do art. 8º da Lei Nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 15. A gestão do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária será compartilhada entre o Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 2º)

Parágrafo Único. As responsabilidades específicas de cada esfera de gestão serão expressas nos Planos de Ação de Vigilância Sanitária e pactuadas nas respectivas Comissões Intergestores. (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 16. O sistema pelo qual serão registradas as notificações será aquele disponibilizado pela ANVISA. (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 3º)

Art. 17. Compete à ANVISA, em articulação com a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 4º)

I - coordenar o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária no âmbito nacional; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 4º, I)

II - articular com os demais integrantes do SUS, em especial com os do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, o planejamento, a execução e a avaliação das ações do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 4º, II)

III - assessorar e supervisionar as ações do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária nos estados, no Distrito Federal e nos municípios em relação à execução das ações que estão previstas nos seus Planos de Ação Anuais; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 4º, III)

IV - executar as ações do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária que não estão previstas nos Planos de Ação anuais dos estados, Distrito Federal e municípios; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 4º, IV)

V - propor os parâmetros de implantação do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária para a formalização dos Planos de Ação Anuais dos estados, Distrito Federal e municípios; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 4º, V)

VI - desenvolver e manter o sistema de informação para suporte às ações do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 4º, VI)

VII - gerenciar as notificações de eventos adversos e queixas técnicas relacionadas com os serviços e produtos sob vigilância sanitária, que tenham repercussão nacional, de forma integrada com as demais esferas de gestão do SUS, em particular as do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 4º, VII)

VIII - desenvolver ações para o controle de surtos relacionados ao uso de produtos sob vigilância sanitária de forma articulada com a vigilância epidemiológica e a assistência à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 4º, VIII)

IX - manter informados os demais órgãos do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária que tenham ligação direta com os estados e o Distrito Federal, sobre as etapas e conclusão de cada investigação; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 4º, IX)

X - identificar e divulgar sinais e/ou alertas relativos às notificações, quando cabível; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 4º, X)

XI - divulgar informações relevantes geradas no Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 4º, XI)

XII - comunicar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e ao Setor Regulado as ações relevantes executadas no âmbito do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 4º, XII)

XIII - incentivar os estados, Distrito Federal e municípios para promoção e divulgação do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária, com o intuito de consolidar a cultura da notificação pelos profissionais e instituições de saúde, outros órgãos, empresas e segmentos da sociedade civil organizada; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 4º, XIII)

XIV - assegurar a confidencialidade da identidade dos notificantes e pacientes/usuários; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 4º, XIV)

XV - desenvolver e apoiar a capacitação dos profissionais dos estados, Distrito Federal e municípios para realizar as ações do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 4º, XV)

XVI - propor e/ou executar estudos ou pesquisas de interesse nacional do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 4º, XVI)

XVII - prover infraestrutura necessária para a execução das ações do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária; e (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 4º, XVII)

XVIII - apoiar os estados, Distrito Federal e municípios na estruturação técnica, operacional e administrativa para execução das ações do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 4º, XVIII)

XIX - fortalecer o Sistema de Vigilância de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária em âmbito nacional para subsidiar a tomada de decisão, visando à promoção e à proteção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 4º, XIX)

Art. 18. São atribuições dos gestores estaduais, no seu âmbito de atuação e de acordo com os Planos de Ação de Vigilância Sanitária Anuais: (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 5º)

I - coordenar o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária nas respectivas unidades federativas; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 5º, I)

II - pactuar com os gestores municipais, as ações do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária, a serem executadas; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 5º, II)

III - articular com os órgãos do SUS, em especial, com os do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, o planejamento, a execução e a avaliação das ações do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária no seu território; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 5º, III)

IV - cooperar tecnicamente e supervisionar os Municípios na execução das ações do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária, previstas nos Planos de Ação Anuais; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 5º, IV)

V - executar as ações do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária não previstas nos Planos de Ação Anuais dos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 5º, V)

VI - cooperar com a ANVISA na informação para suporte às ações do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 5º, VI)

VII - fortalecer o Sistema de Vigilância de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária no seu Estado para subsídio à tomada de decisão, visando à promoção e à proteção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 5º, VII)

VIII - gerenciar as notificações de eventos adversos e queixas técnicas relacionadas com os serviços e produtos sob vigilância sanitária, que tenham repercussão estadual, de forma integrada com as demais esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 5º, VIII)

IX - desenvolver ações para o controle de surtos relacionados ao uso de produtos sanitários, objetos da vigilância sanitária, de forma articulada com a vigilância epidemiológica e a assistência à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 5º, IX)

X - manter informados os demais órgãos do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária que tenham ligação direta com o Estado, sobre as etapas e a conclusão de cada investigação; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 5º, X)

XI - identificar e divulgar sinais e ou alertas de alcance estadual, relativos às notificações, quando cabível; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 5º, XI)

XII - divulgar informações das notificações e investigações dos eventos adversos e queixas técnicas das áreas do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária, ocorridas no Estado; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 5º, XII)

XIII - comunicar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária na Secretaria Estadual de Saúde e ao Setor Regulado as ações relevantes executadas no âmbito do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 5º, XIII)

XIV - incentivar os Municípios para promoção e divulgação do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária, com o intuito de consolidar a cultura da notificação pelos profissionais e instituições de saúde, outros órgãos, empresas e segmentos da sociedade civil organizada; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 5º, XIV)

XV - assegurar a confidencialidade da identidade dos notificantes e pacientes/usuários; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 5º, XV)

XVI - desenvolver e apoiar a capacitação dos profissionais do seu Estado para executarem as ações do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 5º, XVI)

XVII - propor e/ou executar estudos ou pesquisas para o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária de interesse do Estado; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 5º, XVII)

XVIII - prover infraestrutura necessária para a execução das ações do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária; e (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 5º, XVIII)

XIX - apoiar os municípios na estruturação técnica, operacional e administrativa para execução das ações do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 5º, XIX)

Art. 19. São atribuições dos gestores municipais, no seu âmbito de atuação e de acordo com os Planos de Ação de Vigilância Sanitária Anuais: (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 6º)

I - coordenar o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária no Município; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 6º, I)

II - pactuar com o gestor estadual, as ações do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária, a serem executadas; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 6º, II)

III - articular, com os órgãos do SUS, em especial, com os do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, o planejamento, a execução e a avaliação das ações do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária no seu território; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 6º, III)

IV - cooperar tecnicamente com os órgãos do SUS, e, em especial, com os do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária na execução das ações do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 6º, IV)

V - executar as ações do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária previstas nos Planos de Ação Anuais dos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 6º, V)

VI - alimentar o sistema de informação para suporte às ações do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 6º, VI)

VII - fortalecer o Sistema de Vigilância de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária no seu Município para subsidiar a tomada de decisão, visando à promoção e à proteção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 6º, VII)

VIII - gerenciar as notificações de eventos adversos e queixas técnicas relacionadas com os serviços e produtos sob vigilância sanitária, que tenham repercussão municipal; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 6º, VIII)

IX - manter informados os demais órgãos do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária que tenham ligação direta com o Município, sobre as etapas e conclusão de cada investigação; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 6º, IX)

X - identificar e divulgar sinais e ou alertas de alcance municipal, relativos às notificações, quando cabível; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 6º, X)

XI - divulgar informações relevantes geradas no Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária ocorridas no Município; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 6º, XI)

XII - comunicar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária na Secretaria Municipal de Saúde e ao Setor Regulado as ações relevantes executadas no âmbito do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 6º, XII)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300345

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

XIII - promover e divulgar o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária, com o intuito de consolidar a cultura da notificação pelos profissionais e instituições de saúde, outros órgãos, empresas e segmentos da sociedade civil organizada; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 6º, XIII)

XIV - assegurar a confidencialidade da identidade dos notificantes e pacientes/usuários; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 6º, XIV)

XV - desenvolver e apoiar a capacitação dos profissionais do seu Município para executarem as ações do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 6º, XV)

XVI - auxiliar os profissionais da saúde, prestando informações sobre a segurança na utilização dos produtos e serviços; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 6º, XVI)

XVII - propor e/ou executar estudos ou pesquisas para o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária de interesse do Município; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 6º, XVII)

XVIII - divulgar os resultados das análises e investigações das notificações por meio de informes técnicos e boletins periódicos, garantindo a confidencialidade dos notificantes e pacientes/usuários; (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 6º, XVIII)

XIX - prover infraestrutura necessária para a execução das ações do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária; e (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 6º, XIX)

XX - prover estruturação técnica, operacional e administrativa para execução das ações do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária no âmbito local. (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 6º, XX)

Art. 20. As atribuições do Distrito Federal no Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária compreendem as referentes a estados e municípios, no que couber. (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 7º)

Art. 21. Os órgãos de vigilância epidemiológica e sanitária nas três esferas de gestão do SUS deverão desenvolver ações conjuntas que visem à promoção e à proteção da saúde da população, quando da ocorrência de eventos, com relevância epidemiológica, relacionados com os produtos sob vigilância sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 8º)

Art. 22. Caberá à ANVISA, em conjunto com a esfera estadual e esfera municipal de gestão do Sistema Único de Saúde, definir os procedimentos para instituição do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária no âmbito do SUS, bem como adotar medidas ou procedimentos para os casos não previstos neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1660/2009, Art. 9º)

Anexo VII

Sistema Nacional de Auditoria (SNA) (Origem: PRT MS/GM 1467/2006)

CAPÍTULO I

DO SISTEMA DE AUDITORIA DO SUS, VIA INTERNET, NO ÂMBITO DO SNA (SISAUD/SUS)

Art. 1º Fica instituído o Sistema de Auditoria do SUS (SISAUD/SUS) via internet, no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 1º)

Art. 2º O SISAUD/SUS, via internet, tem por objetivo geral a sistematização do acompanhamento, do controle e da produção das informações decorrentes das atividades de auditoria do componente federal do SNA e dos componentes estaduais e municipais em todo o território nacional que se habilitarem ao uso do Sistema.(Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 2º)

Art. 3º São os seguintes os objetivos específicos do SISAUD/SUS: (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 3º)

I - registrar, proteger e tratar as informações referentes às atividades de auditoria de saúde realizadas pelos componentes do SNA; (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 3º, I)

II - integrar, hierarquizar, descentralizar e uniformizar o processo de tratamento das informações no âmbito do SNA; (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 3º, II)

III - gerar informações baseadas no conhecimento, para a tomada de decisão, sobre processos de auditoria em trâmite no SNA e sobre a política de saúde estabelecida pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 3º, III)

IV - propiciar a otimização dos fluxos e a eficiência administrativa na gestão do SNA; (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 3º, IV)

V - subsidiar a prestação de informações aos órgãos de controle da administração e ao público em geral; e (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 3º, V)

VI - possibilitar o desenvolvimento e o aperfeiçoamento da gestão do SUS e dos processos de auditoria no âmbito do SNA. (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 3º, VI)

Art. 4º Para o cumprimento de suas finalidades, o SISAUD/SUS observará os seguintes requisitos físicos, lógicos e funcionais: (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 4º)

I - armazenamento de dados, em meio magnético, com suporte adequado para o volume referente às auditorias realizadas por componentes do SNA; (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 4º, I)

II - integração via internet com acesso facilitado às informações armazenadas em bases de dados alimentadas no âmbito do SNA; (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 4º, II)

III - registro, processamento e recuperação de informação, com estratégias de buscas automatizadas; (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 4º, III)

IV - processamento dos dados obtidos a partir das atividades de auditoria e organização das informações para a geração de relatórios técnicos pertinentes; (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 4º, IV)

V - processamento dos dados referentes à gestão de pessoal, processos e recursos físicos e financeiros do SNA, para a efetividade das ações de auditoria; (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 4º, V)

VI - processamento das informações em módulos gerencial e operacional, para potencializar o acesso ao conhecimento produzido no SNA; (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 4º, VI)

VII - gerenciamento da informação, para produção de respostas inovadoras a situações críticas em auditoria da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 4º, VII)

VIII - monitoramento e avaliação do uso da informação. (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 4º, VIII)

Parágrafo Único. As novas requisições que se fizerem necessárias ao aperfeiçoamento do SISAUD/SUS serão estabelecidas em regulamento. (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 5º O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) exercerá as funções de Gestor do SISAUD/SUS, com o conhecimento do DATASUS, cabendo ao primeiro: (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 5º)

I - desenvolver, gerenciar e aperfeiçoar o Sistema, de acordo com os objetivos fixados no art. 3º; (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 5º, I)

II - definir, juntamente com os componentes do SNA que se habilitarem ao uso do SISAUD/SUS, a forma e o conteúdo dos dados e das informações a serem armazenados e dos relatórios a serem gerados pelo Sistema; (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 5º, II)

III - autorizar aos servidores do Ministério da Saúde o acesso à operação do SISAUD/SUS e credenciar os componentes do SNA que possam fazer uso do Sistema; e (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 5º, III)

IV - publicar o regulamento do SISAUD/SUS. (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 5º, IV)

Parágrafo Único. O acesso ao SISAUD/SUS será definido em consonância com os objetivos dispostos neste ato e será realizado por meio do seguinte endereço eletrônico http://sna.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 6º Os servidores autorizados a operar o SISAUD/SUS respondem pelo registro, proteção ou tratamento das informações, de acordo com o nível de acesso concedido e em obediência ao disposto neste Anexo e ao que for regulamentado pelo Gestor do Sistema. (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 6º)

Art. 7º A implantação do SISAUD/SUS iniciar-se-á pelo DENASUS, componente federal do SNA, sendo estendida aos demais componentes do SNA, habilitados para esse fim. (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 7º)

Art. 8º O componente estadual ou municipal do SNA, cuja direção manifestar interesse em sua habilitação ao uso do SISAUD/SUS, deverá atender aos requisitos estabelecidos pelo DENASUS, componente federal do sistema. (Origem: PRT MS/GM 1467/2006, Art. 8º)

CAPÍTULO II

DO PROCEDIMENTO DE NOTIFICAÇÃO E OITIVA A RESPEITO DE RESULTADOS DE AUDITORIAS E OUTRAS ATIVIDADES DE CONTROLE REALIZADAS PELO DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS (DENASUS/SGEP/MS)

Art. 9º Este Capítulo dispõe sobre o procedimento de notificação e oitiva de agentes públicos, órgãos e entidades públicas e pessoas físicas e jurídicas privadas, além de outros interessados, a respeito de resultados de auditorias e outras atividades de controle realizadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/SGEP/MS), (Origem: PRT MS/GM 743/2012, Art. 1º)

Parágrafo Único. As notificações de que tratam este Capítulo ocorrerão na hipótese de constatação de não conformidade apontada no relatório preliminar elaborado pela unidade do DENASUS/SGEP/MS. (Origem: PRT MS/GM 743/2012, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 10. A notificação será expedida pelo dirigente da unidade do DENASUS/SGEP/MS responsável pela coordenação da atividade de controle ao seu destinatário em até 5 (cinco) dias contados da data de conclusão do relatório preliminar disponibilizado no SISAUD-SUS. (Origem: PRT MS/GM 743/2012, Art. 2º)

Parágrafo Único. O relatório preliminar conterá o registro de proposta de devolução de recursos financeiros, quando for o caso. (Origem: PRT MS/GM 743/2012, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 11. A notificação conterá a identificação completa do interessado e será postada via correios, com Aviso de Recebimento (AR), ou entregue diretamente ao órgão ou entidade auditado e às pessoas físicas passíveis de responsabilização mediante termo de recebimento. (Origem: PRT MS/GM 743/2012, Art. 3º)

§ 1º A notificação poderá ser realizada no local pela equipe de auditoria designada para realização da atividade de controle, por meio de Comunicado de Auditoria (CA) ou documento equivalente, mediante subscrição de recibo, devidamente identificado o recebedor, com o número de documento de identificação. (Origem: PRT MS/GM 743/2012, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Em caso de não se localizar a pessoa física passível de responsabilização ou em caso de recusa em assinar o termo de recebimento, a notificação se dará via edital, na forma do Anexo 1 do Anexo VII . (Origem: PRT MS/GM 743/2012, Art. 3º, § 2º)

Art. 12. Serão notificados: (Origem: PRT MS/GM 743/2012, Art. 4º)

I - o representante legal do órgão ou entidade auditado; (Origem: PRT MS/GM 743/2012, Art. 4º, I)

II - o agente passível de responsabilização pela conduta apontada como não conforme pelo relatório preliminar elaborado pela unidade do DENASUS/SGEP/MS; e (Origem: PRT MS/GM 743/2012, Art. 4º, II)

III - o ex-agente passível de responsabilização pela conduta apontada como não conforme pelo relatório preliminar elaborado pela unidade do DENASUS/SGEP/MS. (Origem: PRT MS/GM 743/2012, Art. 4º, III)

Parágrafo Único. Em caso de falecimento de ex-agente passível de responsabilização, será notificado o espólio na pessoa de seu representante legal, conforme art. 1.997 do Código Civil. (Origem: PRT MS/GM 743/2012, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 13. Os notificados poderão apresentar justificativa por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias, prorrogável uma única vez, mediante solicitação fundamentada e a critério da autoridade que expediu a notificação. (Origem: PRT MS/GM 743/2012, Art. 5º)

§ 1º O prazo previsto no "caput" será contado a partir da data de recebimento da notificação oficial, excluindo-se da contagem o dia do começo e incluindo-se o do vencimento. (Origem: PRT MS/GM 743/2012, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Em caso de notificação por edital, considera-se como data de recebimento da notificação oficial a data de publicação do edital no Diário Oficial da União (DOU). (Origem: PRT MS/GM 743/2012, Art. 5º, § 2º)

§ 3º Em caso de indeferimento da solicitação de prorrogação de prazo, o notificado poderá apresentar pedido de reconsideração à autoridade que expediu a notificação. (Origem: PRT MS/GM 743/2012, Art. 5º, § 3º)

§ 4º Se mantido o indeferimento pela autoridade que expediu a notificação, caberá recurso ao Diretor do DENASUS/SGEP/MS. (Origem: PRT MS/GM 743/2012, Art. 5º, § 4º)

Art. 14. Transcorrido o prazo assinalado no art. 13 sem que haja manifestação do notificado, o relatório final da atividade de controle será concluído, registrando-se a ausência de justificativa apesar da regular notificação do interessado. (Origem: PRT MS/GM 743/2012, Art. 6º)

Art. 15. O relatório final será o documento utilizado para dar conhecimento aos interessados sobre a conclusão da atividade de controle, inclusive em relação às justificativas apresentadas. (Origem: PRT MS/GM 743/2012, Art. 7º)

§ 1º Encerrada a atividade de controle, a unidade do DENASUS/SGEP/MS responsável por sua coordenação providenciará, no prazo de 10 (dez) dias, o encaminhamento do relatório final aos interessados, observados os critérios estabelecidos pela Direção do DENASUS/SGEP/MS. (Origem: PRT MS/GM 743/2012, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Tratando-se de ex-agente passível de responsabilização pela conduta apontada como não conforme, o relatório final será a ele encaminhado pelo dirigente da unidade do DENASUS/SGEP/MS responsável pela atividade de controle. (Origem: PRT MS/GM 743/2012, Art. 7º, § 2º)

Art. 16. Aplica-se o disposto neste Capítulo, no que couber, às demais atividades de controle realizadas pelo DENASUS/SGEP/MS que requeiram notificação, esta será realizada na forma deste Capítulo, sendo fixado o prazo de 5 (cinco) dias úteis para apresentação de justificativa, excluindo-se da contagem o dia do começo e incluindo-se o do vencimento. (Origem: PRT MS/GM 743/2012, Art. 8º)

Art. 17. Os procedimentos contidos neste Capítulo poderão ser aplicados pelos demais componentes do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), no que couber. (Origem: PRT MS/GM 743/2012, Art. 9º)

CAPÍTULO III

DA APURAÇÃO DE DENÚNCIAS RELACIONADAS COM O FUNCIONAMENTO DO SUS E DA COMISSÃO CORREGEDORA TRIPARTITE (CCT)

Seção I

Da apuração de denúncias relacionadas com o funcionamento do SUS

Art. 18. As denúncias sobre possíveis irregularidades no SUS, enviadas ao Ministério da Saúde, devem ser encaminhadas imediatamente ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). (Origem: PRT MS/GM 401/2001, Art. 1º)

Art. 19. Serão apuradas diretamente pelo DENASUS as denúncias: (Origem: PRT MS/GM 401/2001, Art. 2º)

I - referentes aos serviços de saúde sob gestão federal; (Origem: PRT MS/GM 401/2001, Art. 2º, I)

II - que envolvem os órgãos da estrutura regimental do Ministério da Saúde ou a ele vinculados; (Origem: PRT MS/GM 401/2001, Art. 2º, II)

III - referentes às gestões estadual e municipal do SUS; (Origem: PRT MS/GM 401/2001, Art. 2º, III)

IV - formuladas pelos gestores estaduais e municipais do SUS; (Origem: PRT MS/GM 401/2001, Art. 2º, IV)

V - encaminhadas pelos órgãos de controle interno e externo do Governo Federal; (Origem: PRT MS/GM 401/2001, Art. 2º, V)

VI - referentes às ações e aos serviços de saúde de abrangência nacional, de conformidade com a política nacional de saúde. (Origem: PRT MS/GM 401/2001, Art. 2º, VI)

Parágrafo Único. Poderá ser apurada, também, pelo DENASUS, a critério do seu dirigente, a ocorrência de qualquer fato que atente contra o regular funcionamento do SUS. (Origem: PRT MS/GM 401/2001, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 20. O DENASUS encaminhará imediatamente ao componente estadual ou municipal do SUS, para apuração, as denúncias de ocorrências não contidas nas hipóteses previstas no art. 19. (Origem: PRT MS/GM 401/2001, Art. 3º)

§ 1º O órgão destinatário concluirá o trabalho de apuração no prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data do recebimento do expediente, e remeterá ao DENASUS relatório circunstanciado dos fatos ocorridos e das recomendações formuladas. (Origem: PRT MS/GM 401/2001, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Ocorrendo descumprimento do prazo citado no art. 20, § 1º , o Diretor do DENASUS determinará a imediata apuração da denúncia. (Origem: PRT MS/GM 401/2001, Art. 3º, § 2º)

Art. 21. Fica fixado em 15 (quinze) dias o prazo para que as unidades locais do SNA enviem ao DENASUS respostas, informações ou esclarecimentos que lhes sejam solicitados, a contar da data do recebimento do pedido no órgão de destino. (Origem: PRT MS/GM 401/2001, Art. 4º)

Parágrafo Único. Vencido o prazo, sem atendimento do pedido, ou com atendimento insatisfatório a critério do Diretor do DENASUS, este procederá conforme estabelecido no art. 20, § 2º . (Origem: PRT MS/GM 401/2001, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 22. Para cumprimento do disposto no Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, o DENASUS executará auditoria programada relativamente ao componente federal do SNA, compreendendo Auditoria de Gestão e Auditoria Especializada. (Origem: PRT MS/GM 401/2001, Art. 5º)

§ 1º A Auditoria de Gestão abrange a verificação das estruturas administrativas, dos processos e métodos de trabalho, das ações finalísticas e dos resultados. (Origem: PRT MS/GM 401/2001, Art. 5º, § 1º)

§ 2º A Auditoria Especializada será organizada por campo de atuação médica, programa de saúde, ou por região geográfica, e observará os seguintes critérios, além de outros que se fizerem necessários em cada caso: (Origem: PRT MS/GM 401/2001, Art. 5º, § 2º)

I - abordagem crítica das ações e serviços de saúde, quanto a aplicação de recursos e a qualidade e eficácia da assistência; e (Origem: PRT MS/GM 401/2001, Art. 5º, § 2º, I)

II - impacto de atuação em face das prioridades estabelecidas nas políticas de saúde. (Origem: PRT MS/GM 401/2001, Art. 5º, § 2º, II)

Art. 23. Caberá aos responsáveis pelo SNA nos estados e municípios o encaminhamento ao DENASUS da relação dos auditores designados, dos cargos de direção e nomes dos ocupantes. (Origem: PRT MS/GM 401/2001, Art. 6º)

Art. 24. Os componentes do SNA manterão banco de dados das auditorias realizadas, que poderão ser acessados pelo Município, pelo Estado e também pelo DENASUS. (Origem: PRT MS/GM 401/2001, Art. 7º)

Art. 25. O Diretor do DENASUS encaminhará os resultados das auditorias aos dirigentes dos órgãos e entidades do Ministério da Saúde, competentes para a adoção das providências de correção das irregularidades apontadas, inclusive para apuração de responsabilidades, se couber, dando ciência ao denunciante, quando for o caso. (Origem: PRT MS/GM 401/2001, Art. 8º)

Art. 26. Sem prejuízo do cumprimento das obrigações legais inerentes à sua condição funcional, os servidores do SNA guardarão sigilo sobre o teor das denúncias que conhecerem e sobre a identidade dos denunciantes. (Origem: PRT MS/GM 401/2001, Art. 9º)

Art. 27. O Diretor do Departamento Nacional de Auditoria do SUS fica autorizado a expedir normas complementares para o cumprimento desta Seção. (Origem: PRT MS/GM 401/2001, Art. 10)

Seção II

Da Comissão Corregedora Tripartite - CCT

Art. 28. Fica instituída a Comissão Corregedora Tripartite (CCT), no âmbito do SNA, representativa do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Ministério da Saúde, que indicarão, cada qual, três membros para compô-la. (Origem: PRT MS/GM 2123/2007, Art. 1º)

Art. 29. A CCT será integrada por 9 (nove) membros titulares e respectivos suplentes, designados pelo Ministro de Estado da Saúde, sendo: (Origem: PRT MS/GM 2123/2007, Art. 2º)

I - três membros representantes do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2123/2007, Art. 2º, I)

a) um representante do Gabinete da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 2123/2007, Art. 2º, I, a)

b) um representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2123/2007, Art. 2º, I, b) (com redação dada pela PRT MS/GM 1552/2014)

c) um representante da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2123/2007, Art. 2º, I, c)

II - três membros representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); e (Origem: PRT MS/GM 2123/2007, Art. 2º, II)

III - três membros representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 2123/2007, Art. 2º, III)

Art. 30. Compete à CCT: (Origem: PRT MS/GM 2123/2007, Art. 3º)

I - velar pelo funcionamento harmônico e ordenado do SNA; (Origem: PRT MS/GM 2123/2007, Art. 3º, I)

II - identificar distorções no SNA e propor à direção correspondente do SUS a sua correção; (Origem: PRT MS/GM 2123/2007, Art. 3º, II)

III - resolver os impasses surgidos no âmbito do SNA; (Origem: PRT MS/GM 2123/2007, Art. 3º, III)

IV - requerer dos órgãos competentes providências para a apuração de denúncias de irregularidades que julgue procedentes; e (Origem: PRT MS/GM 2123/2007, Art. 3º, IV)

V - aprovar a realização de atividades de controle, avaliação e auditoria pelo nível federal ou estadual do SNA, conforme o caso, em estados ou municípios, quando o órgão a cargo do qual estiverem afetas mostrar-se omisso ou sem condições de executá-las. (Origem: PRT MS/GM 2123/2007, Art. 3º, V)

Parágrafo Único. Os membros do Conselho Nacional de Saúde poderão ter acesso aos trabalhos desenvolvidos pela CCT, sem participação de caráter deliberativo. (Origem: PRT MS/GM 2123/2007, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 31. É vedado aos dirigentes e servidores dos órgãos que compõem o SNA e aos membros e seus suplentes da CCT serem proprietário, dirigente, acionista ou sócio quotista de entidades que prestem serviços de saúde no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2123/2007, Art. 4º)

Art. 32. Fica criada a Câmara Técnica da CCT, constituída com representantes dos componentes Federal, Estadual e Municipal do Sistema Nacional de Auditoria para, quando necessário, auxiliar a CCT na condução do seu trabalho. (Origem: PRT MS/GM 2123/2007, Art. 5º)

Anexo 1 do Anexo VII

EDITAL DE NOTIFICAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 743/2012, Anexo 1)

EDITAL DE NOTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS

DIVISÃO/SERVIÇO DE AUDITORIA/MS NO ESTADO DE.....

EDITAL DE NOTIFICAÇÃO, de de de

Notificado: Sr.....

Pelo presente Edital, a fim de dar cumprimento ao contido no inciso LV do art. 5º, da CF/88 e no art. 10 do Decreto nº 1.651/95 e na forma da Portaria nº GM/MS....., de ...../...../2012, em virtude de impedimento na entrega da notificação por ofício, fica notificado o Sr (nome em caixa alta), CPF ....., para, no prazo de até 15 (quinze) dias corridos, contados da publicação deste Edital, sob pena de revelia, conhecer os autos da (nome e nº da atividade de controle), SIPAR nº ...../...../..... realizada no(a) (indicar a instituição/município/UF), para se quiser, apresentar justificativa, cujo relatório se encontra à disposição no endereço: .....

Transcorrido o prazo assinalado acima sem que haja manifestação, o relatório final da atividade será concluído.

Nome e cargo do responsável pela notificação.

Anexo VIII

Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Origem: PRT MS/GM 644/2006)

Art. 1º O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena observará o disposto neste Anexo.

TÍTULO I

DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

CAPÍTULO I

DO FÓRUM DE PRESIDENTES DOS CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE INDÍGENA

Art. 2º Fica instituído o Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, que tem por finalidade zelar pelo cumprimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde, das Leis Complementares Específicas a Saúde Indígena, promover o fortalecimento e a promoção do controle social em saúde e atuar na formulação e no controle da execução da política nacional de atenção a saúde indígena. (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 1º)

Art. 3º O Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena tem caráter consultivo, propositivo e analítico e será a instância máxima de assessoramento das Políticas de Saúde Indígena, da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS), no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, sem prejuízo das competências deliberativas do Conselho Nacional de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 2º)

Art. 4º O Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena atuará em consonância com as instâncias decisórias do SUS, com os Conselhos Distritais de Saúde Indígena e Conselhos Locais de Saúde Indígena, e com as diretrizes estabelecidas nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 3º)

Art. 5º Compete ao Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena: (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 4º)

I - acompanhar a execução da Política Nacional de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 4º, I)

II - apreciar e dar parecer sobre critérios que definam o padrão de qualidade, os parâmetros assistenciais e a melhor resolutividade das ações e dos serviços de Saúde Indígena, verificando avanços epidemiológicos, tecnológicos e científicos; (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 4º, II)

III - tomar conhecimento e opinar sobre critérios estabelecidos para contratação ou celebração de convênios com serviços públicos e privados; (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 4º, III)

IV - receber, apreciar e opinar sobre relatórios de movimentação de recursos da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), destinados a ações de Saúde Indígena, já analisados pelos setores técnicos de planejamento, orçamento e gestão; (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 4º, IV)

V - receber, apreciar e opinar sobre fatos, atos ou omissões que representem risco ou provoquem danos à saúde indígena, impetrados por qualquer pessoa, ente público ou privado; (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 4º, V)

VI - definir, acompanhar e monitorar as Políticas de capacitação das instâncias de Controle Social do Subsistema de Saúde Indígena, local, distrital e nacional; (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 4º, VI)

VII - definir um calendário de ações com base nos Planos Distritais de Saúde Indígena e acompanhar e assessorar as reuniões dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena e Conselho Locais de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 4º, VII)

VIII - acompanhar e monitorar a execução das proposições estabelecidas pela Conferência Nacional de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 4º, VIII)

IX - discutir questões referentes ao funcionamento regular dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena e Conselhos Locais de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 4º, IX)

X - propor recomendações para a SESAI, visando ao aperfeiçoamento das ações de controle social na Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 4º, X)

XI - socializar informações e decisões relativas à gestão participativa e ao controle social; (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 4º, XI)

XII - envolver dirigentes e técnicos no debate das questões relacionadas à gestão participativa e ao controle social; (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 4º, XII)

XIII - contribuir para a integração e a articulação das ações das diversas áreas da SESAI com o controle social nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas; e (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 4º, XIII)

XIV - contribuir na elaboração, na implantação e na implementação de normas, instrumentos e métodos necessários à implementação da gestão participativa e do controle social no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 4º, XIV)

Art. 6º O Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena será composto pelos presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena eleitos em seu distrito com mandato de 3 (três) anos. (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 5º)

§ 1º O Fórum contará com uma Coordenação Executiva composta por 3 representantes a serem definidos e eleitos pelo respectivo Fórum. (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O Fórum contará com uma Secretaria Executiva, tendo por finalidade a promoção do necessário apoio técnico-administrativo ao Fórum, fornecendo as condições para o cumprimento de suas atribuições. (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 5º, § 2º)

§ 3º A Coordenação de Apoio à Gestão e à Participação Social, Departamento de Saúde Indígena (COPAS/DESAI), prestará assessoria técnica e logística ao Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 5º, § 3º)

Art. 7º O Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena reunir-se-á ordinariamente, trimestralmente, com calendário definido após a regulamentação deste Anexo e, extraordinariamente, sempre que necessário, a ser convocado pela Coordenação-Executiva. (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 6º)

Art. 8º Os recursos para execução das ações conferidas ao Fórum serão oriundos do orçamento anual da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS). (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 7º)

Parágrafo Único. Esses recursos serão destinado às execuções das atribuições do Fórum, à capacitação permanente dos membros dos Conselhos Distritais e Locais e às reuniões dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde Indígena com base nas atividades de controle social definidas nos Planos Distritais de Saúde Indígena.(Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 9º A organização e o funcionamento do Fórum serão definidos em regimento interno que será elaborado e aprovado por seus membros. (Origem: PRT MS/GM 644/2006, Art. 8º)

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

Art. 10. Este Capítulo dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, coordenado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (SESAI/MS). (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 1º)

Art. 11. O controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena será efetivado por meio dos seguintes órgãos colegiados: (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 2º)

I - Conselhos Locais de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 2º, I)

II - Conselhos Distritais de Saúde Indígena; e (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 2º, II)

III - Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. Os Conselhos de Saúde Indígena e o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena serão constituídos por ato do Secretário da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS). (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 12. Os Conselhos Locais de Saúde Indígena, órgãos colegiados de caráter permanente e consultivo, serão constituídos no âmbito de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS) e compostos por representantes eleitos pelas respectivas comunidades para o exercício das seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 3º)

I - manifestar-se sobre as ações e os serviços de atenção à saúde indígena necessários às respectivas comunidades; (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 3º, I)

II - avaliar a execução das ações de atenção à saúde indígena nas comunidades; (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 3º, II)

III - eleger conselheiros representantes das comunidades indígenas para integrarem os Conselhos Distritais de Saúde Indígena; e (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 3º, III)

IV - encaminhar propostas aos Conselhos Distritais de Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 3º, IV)

§ 1º O número de membros de cada Conselho Local de Saúde Indígena será definido pelo respectivo Conselho Distrital de Saúde Indígena e homologado pelo dirigente titular do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS). (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os membros dos Conselhos Locais de Saúde Indígena serão designados pelo dirigente titular do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS) e homologados pelo Secretário Especial de Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 3º, § 2º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300347

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

§ 3º O Conselho Local de Saúde Indígena elaborará e aprovará seu regimento interno, o qual será homologado pelo dirigente titular do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS). (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 3º, § 3º)

Art. 13. Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena, órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, serão instituídos no âmbito de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS) e terão a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 4º)

I - cinquenta por cento de representantes dos usuários, eleitos pelas respectivas comunidades indígenas da área de abrangência de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 4º, I)

II - vinte e cinco por cento de representantes dos que compõem a força de trabalho que atua na atenção à saúde indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena e em órgãos do SUS que executam ações de apoio complementar no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), todos eleitos pelos representados; e (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 4º, II)

III - vinte e cinco por cento de representantes dos governos municipais, estaduais, distrital, federal e prestadores de serviços na área de saúde indígena, conforme o caso, nos limites de abrangência de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), indicados pelos dirigentes dos órgãos que representam. (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 4º, III)

§ 1º Os membros dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena serão designados pelo Secretário Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS). (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O Conselho Distrital de Saúde Indígena definirá o número de seus membros, bem como elaborará e aprovará seu regimento interno, os quais serão homologados pelo Secretário Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS). (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 4º, § 2º)

Art. 14. Compete aos Conselhos Distritais de Saúde Indígena: (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 5º)

I - participar na elaboração e aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena e acompanhar e avaliar sua execução; (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 5º, I)

II - avaliar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena; e (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 5º, II)

III - apreciar e emitir parecer sobre a prestação de contas dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS). (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 5º, III)

Parágrafo Único. As resoluções dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena serão homologadas pelo Secretário Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS). (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 15. Fica instituído, no âmbito da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS), o Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, de caráter permanente e consultivo, com as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 6º)

I - participar da formulação e do acompanhamento da execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 6º, I)

II - zelar pelo cumprimento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; e (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 6º, II)

III - promover o fortalecimento e a articulação do controle social no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e do SUS. (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 6º, III)

Parágrafo Único. O regimento interno do Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena será elaborado e aprovado pelo respectivo colegiado, o qual será homologado pelo Secretário Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS). (Origem: PRT MS/GM 755/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

TÍTULO II

DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA (SASISUS)

Seção I

Das Disposições Gerais

(Origem: PRT MS/GM 1800/2015, CAPÍTULO I)

Art. 16. Este Capítulo aprova as Diretrizes da Assistência Farmacêutica no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS). (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 1º)

Seção II

Dos Princípios

(Origem: PRT MS/GM 1800/2015, CAPÍTULO II)

Art. 17. As Diretrizes da Assistência Farmacêutica no SASISUS partem dos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 2º)

I - promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o seu acesso e uso racional; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 2º, I)

II - consideração das necessidades e realidades epidemiológicas de cada DSEI/SESAI/MS e orientação para a garantia dos medicamentos da atenção básica à população; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 2º, II)

III - valorização e incentivo das práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas que envolvam o conhecimento, o uso de plantas medicinais e demais costumes tradicionais utilizados no tratamento de doenças e outros agravos à saúde, articulando-as com as demais ações de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 2º, III)

IV - garantia da autonomia dos povos indígenas quanto à realização ou autorização de levantamentos e divulgação dos hábitos e costumes tradicionais, conhecimentos e práticas terapêuticas, com promoção do respeito às diretrizes, políticas nacionais e legislação relativa aos recursos genéticos, bioética e bens imateriais das sociedades tradicionais, como forma de preservação da cultura dos povos indígenas; e (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 2º, IV)

V - execução diferenciada das ações da assistência farmacêutica, através do reconhecimento das especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas e seus direitos territoriais. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 2º, V)

Seção III

Dos Eixos Estratégicos

(Origem: PRT MS/GM 1800/2015, CAPÍTULO III)

Art. 18. As Diretrizes da Assistência Farmacêutica no SASISUS possuem os seguintes eixos estratégicos: (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 3º)

I - Descentralização da Gestão; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 3º, I)

II - Recursos Humanos; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 3º, II)

III - Instalações Físicas; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 3º, III)

IV - Sistema de Informação; e (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 3º, IV)

V - Promoção do Uso Racional de Medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 3º, V)

Subseção I

Do Eixo da Descentralização da Gestão

(Origem: PRT MS/GM 1800/2015, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 19. No Eixo da Descentralização da Gestão, compete: (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 4º)

I - à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS): (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 4º, I)

a) coordenar e apoiar a organização da assistência farmacêutica no SASISUS; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 4º, I, a)

b) garantir recursos financeiros aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS) para a organização e estruturação dos serviços em assistência farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 4º, I, b)

c) apoiar e participar, junto aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), dos processos de negociação com os estados e municípios para definição e pactuação da rede de referência da atenção à saúde indígena, inclusive a assistência farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 4º, I, c)

II - aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS): (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 4º, II)

a) organizar suas redes de serviços de atenção básica de forma a promover o acesso dos povos indígenas aos medicamentos; e (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 4º, II, a)

b) definir procedimentos de referência e contrareferência com a rede de serviços do SUS para promover o acesso aos medicamentos que não estejam padronizados no componente básico da assistência farmacêutica do Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena vigente, com o objetivo de possibilitar os atendimentos de média e alta complexidade aos povos indígenas; e (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 4º, II, b)

III - aos postos de saúde localizados nas aldeias e aos Polos Base: ser a primeira referência para os atendimentos às comunidades indígenas, devendo a maioria dos agravos à saúde, cujos tratamentos dependam de medicamentos da atenção básica, serem resolvidas nesse nível. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 4º, III)

§ 1º As redes de serviço dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), integradas, hierarquizadas e articuladas com a rede do SUS, possibilitarão o desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica no nível local; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Na hipótese do inciso III, as demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos postos de saúde e Polos Base serão referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 4º, § 2º)

§ 3º O alinhamento com a política de assistência farmacêutica do SUS e a articulação com os estados e municípios devem permitir o fornecimento de medicamentos dos componentes estratégico e especializado aos povos indígenas. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 4º, § 3º)

Subseção II

Do Eixo de Recursos Humanos

(Origem: PRT MS/GM 1800/2015, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 20. No Eixo de Recursos Humanos, compete aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), em articulação com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) e com os gestores estaduais e municipais do SUS, realizar ações no sentido de promover o desenvolvimento, formação, valorização, fixação e capacitação de recursos humanos que atuem na assistência farmacêutica, para qualificação do serviço, observado o seguinte: (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 5º)

I - a capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deverá ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 5º, I)

II - serão promovidos cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização para gestores e profissionais que lidam com a assistência farmacêutica no SASISUS; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 5º, II)

III - será levada em consideração a atuação em contexto intercultural para a preparação de recursos humanos; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 5º, III)

IV - o contínuo desenvolvimento e capacitação do pessoal envolvido nos diferentes planos, programas e atividades que operacionalizam a assistência farmacêutica no SASISUS deverão configurar mecanismos de articulação intersetorial, de modo que os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS) e o nível central da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) possam dispor de recursos humanos em qualidade e quantidade, cujo provimento, adequado e oportuno, é de responsabilidade tanto da SESAI/MS como dos próprios Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS); e (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 5º, IV)

V - poderão ser empregados profissionais para auxiliar nas atividades e ações de assistência farmacêutica dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), de forma a contribuir com a qualidade dos serviços de saúde prestados. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 5º, V)

Subseção III

Do Eixo de Instalações Físicas

(Origem: PRT MS/GM 1800/2015, CAPÍTULO III, Seção III)

Art. 21. No Eixo das Instalações Físicas, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), apoiados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS), organizarão as instalações físicas da assistência farmacêutica de forma a obedecer às exigências e critérios legais, sanitários e de segurança, de modo a não afetar a identidade, qualidade, integridade e, quando for o caso, a esterilidade dos medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 6º)

§ 1º Nos planos e planejamentos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), recursos financeiros deverão estar previstos para aquisição, construção ou reforma de imóveis destinados para serem as instalações físicas da assistência farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 6º, § 1º)

§ 2º A estruturação das instalações físicas, incluindo a disponibilização de materiais de informática nas Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e farmácias, deve permitir a integração dos serviços e o desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica, permitindo, dessa forma, a garantia da qualidade dos medicamentos, o atendimento humanizado e a efetiva implantação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência à saúde indígena. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 6º, § 2º)

Subseção IV

Do Eixo do Sistema de Informação

(Origem: PRT MS/GM 1800/2015, CAPÍTULO III, Seção IV)

Art. 22. No Eixo do Sistema de Informação será adotado um sistema que permita o planejamento, o acompanhamento da aplicação dos recursos financeiros, o controle e avaliação, além de estabelecer o perfil de prescrição e de dispensação de medicamentos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), e que tenha as seguintes funcionalidades, dentre outras: (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 7º)

I - o controle de estoque; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 7º, I)

II - a rastreabilidade dos medicamentos distribuídos, dispensados e remanejados; e (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 7º, II)

III - possibilitar as dispensações, o conhecimento do perfil de consumo, o acompanhamento do uso dos medicamentos e, ainda, a geração de dados para o desenvolvimento de indicadores de assistência farmacêutica para auxiliar no planejamento, avaliação e monitoramento das ações nessa área. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 7º, III)

§ 1º Fica instituído o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica da Saúde Indígena (Hórus Indígena) como o sistema de informação oficial para a gestão da assistência farmacêutica na SASISUS; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 7º, § 1º)

§ 2º O Hórus Indígena será implantado e alimentado de forma contínua nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), de forma a subsidiar o planejamento, o monitoramento e avaliação das ações e, assim, fortalecer a gestão da assistência farmacêutica do SASISUS; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 7º, § 2º)

§ 3º A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS), os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), o Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS) e o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) deverão dar suporte ao Hórus Indígena e prover condições para seu o uso com rapidez e eficiência na operabilidade. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 7º, § 3º)

Subseção V

Do Eixo da Promoção do Uso Racional de Medicamentos

(Origem: PRT MS/GM 1800/2015, CAPÍTULO III, Seção V)

Art. 23. No Eixo da Promoção do Uso Racional de Medicamentos, compete aos DSEI/SESAI/MS: (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 8º)

I - dar especial destaque às ações educativas dos usuários acerca dos riscos da automedicação, da interrupção do tratamento, da troca do medicamento prescrito e outros problemas relacionados a medicamentos, bem como quanto à necessidade da apresentação da receita do profissional prescritor legalmente habilitado para o recebimento de medicamentos, sobretudo de fármacos sujeitos ao controle especial; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 8º, I)

II - levar em consideração as especificidade culturais, inclusive as barreiras da língua, para as atividades educativas de promoção do uso racional de medicamentos aos usuários dos serviços do SASISUS; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 8º, II)

III - desenvolver atividades educativas dirigidas aos profissionais prescritores dos medicamentos e aos dispensadores, incentivando as prescrições contendo fármacos que fazem parte do Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 8º, III)

IV - incentivar e valorizar as práticas farmacológicas tradicionais indígenas que envolvam o uso de plantas medicinais; e (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 8º, IV)

V - realizar ações de farmacovigilância, juntamente com as equipes multidisciplinares de saúde indígena, notificando os efeitos iatrogênicos e os desvios de qualidade dos medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 8º, V)

§ 1º Os materiais técnicos, informativos, educativos ou didáticos deverão ser elaborados de forma a favorecer o entendimento por parte dos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Para fins do disposto no inciso III, o farmacêutico deverá promover, junto às equipes multidisciplinares dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), ações, discussões e debates com os prescritores, sejam profissionais integrantes do SASISUS ou fora dele, acerca de alternativas terapêuticas que contemplem os medicamentos padronizados, caso as prescrições apresentem medicamentos não padronizados. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 8º, § 2º)

Seção IV

Do Planejamento da Assistência Farmacêutica no SASISUS

(Origem: PRT MS/GM 1800/2015, CAPÍTULO IV)

Subseção I

Das Disposições Gerais

(Origem: PRT MS/GM 1800/2015, CAPÍTULO IV, Seção I)

Art. 24. O planejamento das ações de assistência farmacêutica no SASISUS será iniciado por meio da realização de diagnóstico, cuja finalidade é conhecer a situação atual, além de identificar os fatores que interferem no desempenho das ações. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 9º)

§ 1º A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), ao realizarem atividades de planejamento, deverão contar com a presença de uma equipe multidisciplinar, incluindo necessariamente a participação do profissional farmacêutico que, dispondo dos conhecimentos técnicos inerentes à profissão, contribuirá para o correto emprego dos recursos públicos e possibilitará o controle, o aperfeiçoamento contínuo e a avaliação permanente das ações e resultados obtidos; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O planejamento deverá possibilitar o conhecimento da realidade na qual se deseja intervir, por meio da elaboração de objetivos claros, precisos, de acordo com prioridades e metas estabelecidas, além da definição de mecanismos de monitoramento e avaliação das ações de assistência farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 9º, § 2º)

Art. 25. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS) elaborarão o Plano de Ação, documento formulado a partir da identificação de problemas para os quais se elaboram objetivos, ações e atividades com o fim de resolvê-los, em conformidade com um Cronograma de Execução. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 10)

Parágrafo Único. O Plano de Ação deverá possibilitar o conhecimento dos problemas internos e externos, evitar o improviso, estabelecer prioridades e proporcionar eficiência, eficácia e efetividade nas ações programadas na área de assistência farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 10, Parágrafo Único)

Subseção II

Da Seleção de Medicamentos

(Origem: PRT MS/GM 1800/2015, CAPÍTULO IV, Seção II)

Art. 26. Ato do Ministro de Estado da Saúde aprovará o Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena, instrumento norteador da terapêutica medicamentosa no SASISUS. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 11)

§ 1º A seleção de medicamentos que comporão o Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena será baseada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, visando assegurar medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos, com a finalidade de racionalizar seu uso, harmonizar condutas terapêuticas, direcionar os processos de aquisição e formulação de políticas farmacêuticas; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 11, § 1º)

§ 2º Integrarão o Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena aqueles medicamentos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população indígena, segundo a situação epidemiológica da comunidade; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 11, § 2º)

§ 3º Os medicamentos que compõem o Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena deverão estar contemplados no Componente Básico da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) vigente; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 11, § 3º)

§ 4º A assistência farmacêutica do nível central se baseará no Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena para elaborar os processos de aquisição centralizados da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS). (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 11, § 4º)

Art. 27. Os medicamentos que compõem o Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena devem estar continuamente disponíveis aos indígenas que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 12)

Art. 28. Fica instituído o Comitê de Farmácia e Terapêutica no âmbito da Secretaria Especial de Saúde Indígnea (SESAI/MS), com a competência precípua de selecionar os medicamentos que compõem o Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 13)

§ 1º Serão criados os Comitês Distritais de Farmácia e Terapêutica, que terão entre suas competências a elaboração e a revisão dos Elencos de Medicamentos Padronizados de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), respeitadas as especificidades e necessidades locais; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 13, § 1º)

§ 2º O rol das competências, a composição e a organização dos Comitês de Farmácia e Terapêutica em âmbito Nacional e Distrital serão instituídos por meio de ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 13, § 2º)

Art. 29. Para atender ao perfil epidemiológico local, bem como as sazonalidades das doenças em cada região, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS) poderão adotar relações de medicamentos específicos e complementares ao Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena, desde que baseado no Componente Básico da RENAME vigente. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 14)

Subseção III

Da Programação

(Origem: PRT MS/GM 1800/2015, CAPÍTULO IV, Seção III)

Art. 30. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), baseados no histórico de consumo, definirão as prioridades e as quantidades de medicamentos a serem adquiridas, levando em consideração: (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 15)

I - o perfil epidemiológico local; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 15, I)

II - a população assistida; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 15, II)

III - o estoque atual; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 15, III)

IV - os serviços ofertados; e (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 15, IV)

V - os dados de consumo e de demanda não atendida. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 15, V)

§ 1º Para fins do disposto neste artigo, deverão ser consolidadas e avaliadas as informações e os dados dos relatórios do sistema Hórus Indígena; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 15, § 1º)

§ 2º Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS) deverão definir as reais necessidades de medicamentos de forma a não superestimar ou subestimar as quantidades de medicamentos a serem adquiridas; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 15, § 2º)

§ 3º Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS) consolidarão os dados de consumo de medicamentos de cada unidade que presta atendimentos de saúde à população indígena. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 15, § 3º)

Art. 31. Compete à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) o acompanhamento e a avaliação da programação realizada pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS). (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 16)

Subseção IV

Da Aquisição

(Origem: PRT MS/GM 1800/2015, CAPÍTULO IV, Seção IV)

Art. 32. Os processos de aquisição serão conduzidos a nível central pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) e, de forma a contemplar as necessidades e realidades epidemiológicas locais, pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS). (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 17)

§ 1º A aquisição de medicamentos pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), por meios licitatórios próprios, dependerá de prévia autorização da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 17, § 1º)

§ 2º As aquisições de que tratam este artigo serão realizadas em estrita observância à legislação vigente para licitações da Administração Pública. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 17, § 2º)

Subseção V

Do Armazenamento

(Origem: PRT MS/GM 1800/2015, CAPÍTULO IV, Seção V)

Art. 33. Os serviços dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS) deverão dispor de áreas suficientes de armazenamento dos produtos que possibilitem o estoque ordenado dos diferentes tipos de medicamentos e materiais, assegurando as condições adequadas para manutenção da integridade. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 18)

Parágrafo Único. Dependendo dos tipos de produtos a serem armazenados e das condições de conservação exigidas, deve-se dispor de áreas específicas para estocagem de produtos de controle especial, tais como área para termolábeis, psicofármacos, imunobiológicos, inflamáveis, materiais médicos-hospitalares e outros produtos existentes. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 18, Parágrafo Único)

Art. 34. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), com apoio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS), organizarão as instalações físicas da assistência farmacêutica nas unidades onde haja recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos de forma a obedecer às exigências e critérios sanitários e de segurança, além de observar aos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 19)

I - estar estruturadas para propiciar a recepção, estocagem, conservação, guarda e controle de estoque de medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 19, I)

II - estar localizadas em lugares de fácil acesso para o recebimento e distribuição dos medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 19, II)

III - dispor de espaço suficiente para circulação e movimentação de pessoas, produtos, equipamentos e veículos; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 19, III)

IV - estar em condições adequadas de temperatura, ventilação, luminosidade e umidade; e (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 19, IV)

V - estar em conformidade com a conservação ambiental. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 19, V)

Parágrafo Único. Projetos de reformas ou de obras poderão ser elaborados, ficando a cargo da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) a autorização da execução, respeitadas as questões orçamentárias. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 35. As validades dos medicamentos serão monitoradas constantemente, de modo que informações sejam coletadas em tempo hábil para a tomada de decisões ou providências. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 20)

§ 1º No caso de medicamento próximo ao vencimento, deverão ser priorizados os remanejamentos ou transferências entre os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), na intenção de utilizar o produto na saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 20, § 1º)

§ 2º Os medicamentos de que trata o § 1º poderão ser disponibilizados a serviços pertencentes a outros órgãos, tais como Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, hospitais, instituições filantrópicas ou entidades que prestam atendimentos de saúde à população; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 20, § 2º)

§ 3º Todos os casos de remanejamentos ou transferências deverão ser devidamente documentados e justificados. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 20, § 3º)

Art. 36. Para o adequado descarte de resíduos de serviços de saúde, cabe aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS) elaborar e implantar Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, conforme as normas vigentes. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 21)

Subseção VI

Da Distribuição

(Origem: PRT MS/GM 1800/2015, CAPÍTULO IV, Seção VI)

Art. 37. Os serviços de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS) deverão estar organizados para o suprimento de medicamentos às unidades de saúde em quantidade, qualidade e tempo oportuno. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 22)

§ 1º A distribuição de medicamentos deve garantir rapidez e segurança na entrega, eficiência no controle e na informação; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 22, § 1º)

§ 2º Os fluxos de distribuição de medicamentos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS) e Polos Base deverão ser estabelecidos de forma a permitir o acesso do indígena ao medicamento na aldeia; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 22, § 2º)

§ 3º Cabe à área de assistência farmacêutica dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), juntamente com o setor de operações logísticas, o planejamento da distribuição com elaboração de cronograma de entrega, normas e procedimentos, além do acompanhamento e controle; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 22, § 3º)

§ 4º A periodicidade com que os medicamentos serão distribuídos às unidades de saúde indígena será definida pela assistência Farmacêutica dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), e variará em função da programação, da capacidade de armazenamento e de suprimento, da demanda local, do tempo de aquisição, da disponibilidade de transporte e de recursos humanos, entre outros. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 22, § 4º)

Art. 38. A logística de distribuição levará em consideração as condições locais de transporte como, por exemplo, estradas e rios. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 23)

Parágrafo Único. Os meios de transporte utilizados atenderão às exigências e critérios sanitários e de segurança, de modo a não afetar a identidade, qualidade, integridade e, quando for o caso, a esterilidade dos medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 23, Parágrafo Único)

Subseção VII

Da Dispensação

(Origem: PRT MS/GM 1800/2015, CAPÍTULO IV, Seção VII)

Art. 39. Compete aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS): (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 24)

I - estabelecer os fluxos para a dispensação, devendo ser observado que somente poderá ser dispensado medicamento mediante apresentação de prescrição; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 24, I)

II - implantar serviço de atenção farmacêutica nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), priorizando grupos de pacientes acometidos com doenças crônicas e degenerativas como, por exemplo, diabetes e hipertensão; e (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 24, II)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300349

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

III - regularizar: (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 24, III)

a) o responsável técnico farmacêutico perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado no qual está localizada a unidade farmacêutica que presta serviços à comunidade indígena; e (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 24, III, a)

b) as farmácias junto à Vigilância Sanitária local. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 24, III, b)

Art. 40. O ato da dispensação, além da entrega do medicamento ao paciente, deverá englobar orientações quanto ao correto uso do medicamento, cuidados no uso, posologia, dosagem, duração do tratamento, indicações, contraindicações, benefícios, riscos, interação com alimentos ou outros fármacos, efeitos colaterais e conservação adequada do produto na moradia do indígena. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 25)

§ 1º As informações transmitidas ao paciente indígena devem ser claras, objetivas, considerando as especificidades culturais e as barreiras da língua, podendo, para isso, ser utilizados recursos linguísticos como, por exemplo, uso de figuras de fácil compreensão; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 25, § 1º)

§ 2º O farmacêutico deverá prestar orientação farmacêutica no ato da dispensação para contribuir com a adesão ao tratamento e, em consequência, com qualidade na terapêutica medicamentosa ao indígena; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 25, § 2º)

§ 3º A dispensação ao paciente indígena englobará também o acompanhamento e avaliação do uso de medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 25, § 3º)

§ 4º Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS) estabelecerão mecanismos que permitam a farmacovigilância. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 25, § 4º)

Art. 41. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS) utilizarão cadastro dos usuários que contenha dados sobre o paciente, informação sobre os tratamentos prescritos, medicamentos dispensados, bem como o registro de ocorrências no uso dos medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 26)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos de saúde indígena que tiverem o Hórus Indígena implantado registrarão no sistema todas as dispensações, sobretudo as dispensações de Medicamentos Sujeitos a Controle Especial. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 26, Parágrafo Único)

Seção V

Do Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena

Art. 42. Fica aprovado o Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena, constante do Anexo 1 do Anexo VIII , destinado aos atendimentos de saúde da atenção básica voltados para a população indígena. (Origem: PRT MS/GM 1059/2015, Art. 1º)

Art. 43. O Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena, constante do Anexo 1 do Anexo VIII , foi atualizado de acordo com os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1059/2015, Art. 2º)

I - consideração apenas de medicamentos elencados no Componente Básico da RENAME vigente, considerados de uso consagrado nos atendimentos de atenção básica à população indígena de acordo com a prática clínica local; (Origem: PRT MS/GM 1059/2015, Art. 2º, I)

II - seleção de medicamentos registrados no Brasil, em conformidade com a legislação sanitária vigente; (Origem: PRT MS/GM 1059/2015, Art. 2º, II)

III - consideração do perfil de morbimortalidade e especificidades da população indígena; (Origem: PRT MS/GM 1059/2015, Art. 2º, III)

IV - consideração apenas de medicamentos com um único princípio ativo, admitindo-se combinações em doses fixas; e (Origem: PRT MS/GM 1059/2015, Art. 2º, IV)

V - identificação do princípio ativo por sua Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, pela Denominação Comum Internacional (DCI). (Origem: PRT MS/GM 1059/2015, Art. 2º, V)

Art. 44. O Ministério da Saúde realizará Ata de Registro de Preços para a aquisição dos medicamentos relacionados no Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena constante do Anexo 1 do Anexo VIII . (Origem: PRT MS/GM 1059/2015, Art. 3º)

§ 1º Os processos de aquisição serão conduzidos a nível central pela SESAI/MS e, de forma a contemplar as necessidades e realidades epidemiológicas locais, pelos DSEI/SESAI/MS. (Origem: PRT MS/GM 1059/2015, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A aquisição de medicamentos pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), por meios licitatórios próprios, dependerá de prévia autorização da SESAI/MS. (Origem: PRT MS/GM 1059/2015, Art. 3º, § 2º)

§ 3º As aquisições de que tratam os §1º e §2º serão realizadas em estrita observância à legislação vigente para licitações da Administração Pública. (Origem: PRT MS/GM 1059/2015, Art. 3º, § 3º)

Seção VI

Da Aquisição de Medicamentos e Insumos

Art. 45. Esta Seção dispõe sobre a aquisição, pela SESAI/MS ou DSEI/SESAI/MS, dos medicamentos e insumos constantes da RENAME, incluindo os medicamentos dos Componentes Básico, Estratégico e Especializado da Assistência Farmacêutica, de responsabilidade dos estados, Distrito Federal e municípios, para atendimento aos povos indígenas e cria Grupo de Trabalho para avaliação e elaboração de proposta de incorporação de novos medicamentos e insumos para atendimento à saúde indígena no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2974/2013, Art. 1º)

Art. 46. A aquisição de que trata esta Seção apenas será realizada na hipótese de indisponibilidade da oferta dos medicamentos e insumos pelos entes federados para atendimento aos povos indígenas, desde que devidamente justificado e aprovado pela área técnica de assistência farmacêutica da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) ou de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS). (Origem: PRT MS/GM 2974/2013, Art. 2º)

Art. 47. Para fins do disposto nesta Seção, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS) ficam autorizados a adquirir medicamentos e insumos de que trata o art. 45 para atendimento aos povos indígenas, mediante descontos dos respectivos valores dos montantes a serem transferidos do Ministério da Saúde às Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios no âmbito da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 2974/2013, Art. 3º)

Art. 48. Toda aquisição realizada nos termos desta Seção será comunicada no prazo até 30 (trinta) dias de sua realização pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) e pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS) à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS). (Origem: PRT MS/GM 2974/2013, Art. 4º)

Parágrafo Único. Compete à SCTIE/MS, por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS), após o recebimento das comunicações de que trata o "caput", adotar as providências necessárias para o desconto dos valores gastos com os medicamentos e insumos adquiridos. (Origem: PRT MS/GM 2974/2013, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 49. Os recursos financeiros para o custeio do disposto nesta Seção são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.423.2065.20YP - Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 2974/2013, Art. 5º)

Art. 50. Fica criado Grupo de Trabalho para avaliação e elaboração de proposta de incorporação de novos medicamentos e insumos para atendimento à saúde indígena no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2974/2013, Art. 6º)

Art. 51. O Grupo de Trabalho de que trata o art. 50 será composto por representantes dos seguintes órgãos: (Origem: PRT MS/GM 2974/2013, Art. 7º)

I - 2 (dois) representantes do DAF/SCTIE/MS; e (Origem: PRT MS/GM 2974/2013, Art. 7º, I)

II - 2 (dois) representantes do Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGESI/SESAI/MS). (Origem: PRT MS/GM 2974/2013, Art. 7º, II)

§ 1º O Grupo de Trabalho será coordenado por um dos representantes do DAF/SCTIE/MS, conforme indicação do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 2974/2013, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Cada representante titular terá um suplente, que o substituirá em seus impedimentos eventuais ou permanentes. (Origem: PRT MS/GM 2974/2013, Art. 7º, § 2º)

§ 3º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos ao Coordenador do Grupo de Trabalho. (Origem: PRT MS/GM 2974/2013, Art. 7º, § 3º)

Art. 52. O Grupo de Trabalho poderá convidar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, bem como especialistas em assuntos afetos ao tema, cuja presença seja considerada necessária para o exercício de suas funções. (Origem: PRT MS/GM 2974/2013, Art. 8º)

Art. 53. Compete ao DAF/SCTIE/MS fornecer o apoio administrativo necessário ao desenvolvimento dos trabalhos e a convocação das reuniões, elaboração de atas e encaminhamento dos documentos produzidos. (Origem: PRT MS/GM 2974/2013, Art. 9º)

Art. 54. As funções desempenhadas no âmbito do Grupo de Trabalho não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 2974/2013, Art. 10)

Seção VII

Das Disposições Finais

(Origem: PRT MS/GM 1800/2015, CAPÍTULO V)

Art. 55. Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto das Diretrizes da Assistência Farmacêutica no SASISUS, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das prioridades estabelecidas neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 27)

TÍTULO III

DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE INDÍGENA E DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO DE SEUS PROJETOS ARQUITETÔNICOS

Art. 56. Este Título define os Subtipos de Estabelecimentos de Saúde Indígena e estabelece as diretrizes para elaboração de seus projetos arquitetônicos, no âmbito do SASISUS. (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 1º)

Art. 57. O SASISUS é composto pelos seguintes Subtipos de Estabelecimentos de Saúde Indígena: (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 2º)

I - Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI); (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 2º, I)

II - Polo Base (PB); (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 2º, II)

III - Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI); e (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 2º, III)

IV - Casa de Saúde Indígena (CASAI). (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 2º, IV)

Art. 58. Os DSEI são espaços territoriais, etnoculturais e populacionais, onde vivem povos indígenas e são desenvolvidas ações de atenção básica de saúde indígena e saneamento básico, respeitando os saberes e as práticas de saúde indígena tradicionais, mediante a organização da rede de atenção integral, hierarquizada e articulada com o SUS, dentro de determinada área geográfica sob sua responsabilidade, podendo abranger mais de um Município e/ou um Estado. (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 3º)

Parágrafo Único. A Sede do DSEI é a unidade de coordenação das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, que desenvolve também atividades de saneamento básico, gestão, apoio técnico e apoio ao controle social visando à integralidade da saúde dos povos indígenas. (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 59. Os PB são subdivisões territoriais dos DSEI, sendo base para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) organizarem técnica/administrativamente a atenção à saúde de uma população indígena adstrita, configurando-se como primeira referência para os agentes indígenas de saúde e saneamento que atuam nas aldeias, podendo sua sede estar localizada numa aldeia indígena ou em uma área urbana de Município. (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 4º)

§ 1º A Sede de Polo Base Tipo I (PB-I), localizada em aldeia, é a unidade destinada concomitantemente à administração e organização dos serviços de atenção à saúde indígena e saneamento, bem como à execução direta desses serviços em área de abrangência do Polo Base, definida dentro do território do DSEI. (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 4º, § 1º)

§ 2º A Sede de Polo Base Tipo II (PB-II), localizada em área urbana, é a unidade destinada exclusivamente à administração e organização dos serviços de atenção à saúde indígena e saneamento desenvolvida em área de abrangência do Polo Base, definida dentro do território do DSEI. (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 4º, § 2º)

Art. 60. A UBSI é o estabelecimento de saúde localizado em aldeia, destinado à execução direta dos serviços de atenção à saúde e saneamento com uma estrutura definida e adaptada a partir das necessidades das comunidades assistidas. (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 5º)

§ 1º A UBSI Tipo I será construída em aldeias que possuam população mínima de referência entre 50 (cinquenta) e 250 (duzentos e cinquenta) indígenas, que possuem Agente Indígena de Saúde (AIS), e se situem a uma distância mínima do PB de referência que pode ser percorrida em até 2 (duas) horas por meio de acesso fluvial ou terrestre. (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 5º, § 1º)

§ 2º A UBSI Tipo II será construída em aldeias que possuam população mínima de referência entre 251 (duzentos e cinquenta e um) e 500 (quinhentos) indígenas e se situem a uma distância mínima entre unidades básicas de saúde tipo II, tipo III ou de Sede de PB-I que possa ser percorrida em até 1 (uma) hora por meio de acesso fluvial ou terrestre. (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 5º, § 2º)

§ 3º A UBSI Tipo III será construída em aldeias que possuam população mínima de referência acima de 501 (quinhentos e um) indígenas e se situem a uma distância mínima entre unidades básicas de saúde tipo III ou de Sede de PB-I que possa ser percorrida em até 3 (três) horas por meio de acesso fluvial ou terrestre e deverá ofertar atendimento de profissional de nível superior (geralmente é médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, farmacêutico ou dentista que integram as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena) de no mínimo 20 (vinte) dias mensais. (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 5º, § 3º)

Art. 61. A CASAI é o estabelecimento responsável pelo apoio, acolhimento e assistência aos indígenas referenciados à Rede de Serviços do SUS para realização de ações complementares de atenção básica e de atenção especializada, sendo destinada também aos acompanhantes, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 6º)

Art. 62. A construção, reforma e ampliação de quaisquer dos Subtipos de Estabelecimentos de Saúde Indígena de que trata este Título deverão considerar o seguinte: (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 7º)

I - população assistida; (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 7º, I)

II - atividades desenvolvidas no estabelecimento; (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 7º, II)

III - categoria e número de profissionais atuantes; (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 7º, III)

IV - características demográficas, geográficas e etnoculturais da população assistida; (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 7º, IV)

V - perfil epidemiológico da população da área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 7º, V)

VI - condições de acesso à população assistida; e (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 7º, VI)

VII - organização dos serviços de atenção à saúde indígena. (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 7º, VII)

§ 1º Os projetos de arquitetura para construção, ampliação e reforma de quaisquer dos subtipos de estabelecimentos de saúde do SASISUS deverão observar os critérios de que trata o Anexo 2 do Anexo VIII e serão justificados em razão: (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 7º, § 1º)

I - das atividades desenvolvidas; (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 7º, § 1º, I)

II - das características geográficas; (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 7º, § 1º, II)

III - do número de habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 7º, § 1º, III)

IV - do número de EMSI atuantes; (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 7º, § 1º, IV)

V - da dispersão ou concentração da população; (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 7º, § 1º, V)

VI - das condições de acesso; e (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 7º, § 1º, VI)

VII - do perfil epidemiológico de sua área de abrangência. (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 7º, § 1º, VII)

§ 2º Compete aos DSEI a elaboração de propostas de construção, reforma e ampliação de Subtipos de Estabelecimentos de Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 7º, § 2º)

§ 3º Na elaboração de projetos para estabelecimentos da rede física do SASISUS a serem implantados em Municípios, deverá ser observados o Código de Edificação e a Lei de Uso do Solo local, bem como atendidas as normas técnicas vigentes e os Critérios para Elaboração de Projetos de que trata o Anexo 3 do Anexo VIII .(Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 7º, § 3º)

Art. 63. Os Subtipos de Estabelecimentos de Saúde Indígena de que trata este Título deverão ser cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e no Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI), de acordo com as tipologias e características específicas para o desenvolvimento da atenção à saúde dos povos indígenas. (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 8º)

Parágrafo Único. As regras para inclusão dos subtipos de estabelecimentos de saúde indígena no SCNES constará em Portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 64. Compete à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS): (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 9º)

I - elaborar e aprovar projetos padrão/referência para os Subtipos dos Estabelecimentos de Saúde Indígena definidos neste Título; (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 9º, I)

II - analisar a pertinência das propostas de construção, reforma e ampliação de estabelecimentos de saúde indígena pleiteadas pelos DSEI, por intermédio do Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI/SESAI/MS); e (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 9º, II)

III - analisar os projetos arquitetônicos quanto ao comprimento das especificações técnicas das propostas de construção, reforma e ampliação dos Subtipos de Estabelecimentos de Saúde Indígena, por intermédio do Departamento de Edificações e Saneamento em Saúde Indígena (DSESI/SESAI/MS). (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Art. 9º, III)

Anexo 1 do Anexo VIII

ELENCO NACIONAL DE MEDICAMENTOS DA SAÚDE INDÍGENA (Origem: PRT MS/GM 1059/2015, Anexo I)

ELENCO NACIONAL DE MEDICAMENTOS DA SAÚDE INDÍGENA

Item	Medicamentos	Concentração	Apresentação
1	aciclovir	200mg	comprimido
2	aciclovir	50mg/g	creme
3	ácido acetil salicílico	100mg	comprimido
4	ácido fólico	5mg	comprimido
5	ácido fólico	0,2mg/mL	solução oral
6	ácido salicílico	5%	pomada
7	albendazol	40mg/mL	suspensão oral
8	albendazol	400mg	comprimido mastigável
9	alendronato de sódio	70mg	comprimido
10	alopurinol	100mg	comprimido
11	alopurinol	300mg	comprimido
12	amiodarona, cloridrato de	200mg	comprimido
13	amitriptilina, cloridrato de	25mg	comprimido
14	amoxicilina	500mg	comprimido ou cápsula
15	amoxicilina	50mg/mL	pó para suspensão oral
16	amoxicilina + clavulanato de potássio	(50mg + 12,5mg)/mL	suspensão oral
17	amoxicilina + clavulanato de potássio	500mg + 125mg	comprimido
18	anlodipino, besilato de	5mg	comprimido
19	anlodipino, besilato de	10mg	comprimido
20	atenolol	50mg	comprimido
21	atenolol	100mg	comprimido
22	azitromicina	500mg	comprimido
23	azitromicina	40mg/mL	pó para suspensão oral
24	babosa (Aloe vera (L.) Burm. F.)	200 mg/mL	creme
25	beclometasona, dipropionato de	50mcg/dose	aerossol nasal
26	beclometasona, dipropionato de	250mcg/dose	aerossol oral
27	benzilpenicilina benzantina	1.200.000UI	pó para suspensão injetável
28	benzilpenicilina benzantina	600.000UI	pó para suspensão injetável
29	benzilpenicilina procraína + benzilpenicilina potássica	300.000UI + 100.000UI	pó para suspensão injetável
30	benzoilmetronidazol	40mg/mL	suspensão oral
31	betametasona, acetato de + betametasona, fosfato dissódico de	(3mg + 3mg)/mL	suspensão injetável
32	biperideno, cloridrato de	2mg	comprimido
33	budesonida	32mcg	aerossol nasal
34	budesonida	64mcg	aerossol nasal
35	captopril	25mg	comprimido
36	carbamazepina	200mg	comprimido
37	carbamazepina	20mg/mL	suspensão oral
38	carbonato de cálcio + colecalciferol	500mg + 200UI	comprimido
39	carbonato de Lítio	300mg	comprimido
40	carvedilol	3,125mg	comprimido
41	carvedilol	12,5mg	comprimido
42	Cáscara Sagrada (rhamnus purshiana DC.)	500 mg	cápsula
43	cefalexina	500mg	cápsula ou comprimido
44	cefalexina	50mg/mL	suspensão oral
45	cetoconazol	2%	xampu
46	cianocobalamina	1000 MCG SOL INJ CT 50 AMP VD AMB X 1 ML	solução injetável
47	ciprofloxacino, cloridrato de	500mg	comprimido
48	claritromicina	500mg	cápsula ou comprimido
49	claritromicina	50mg/mL frasco 60 mL	suspensão oral
50	clonazepam	2,5mg/mL frasco 20 mL	solução oral
51	cloreto de sódio	0,9% Bolsa ou frasco de 500mL	solução injetável
52	cloreto de sódio	0,9% Bolsa 100mL	solução injetável
53	cloreto de sódio	0,9% frasco 30 mL	solução nasal
54	clorexidina, gliconato de	0,12% frasco 250 mL	solução bucal
55	cloridrato ou hemitartarato epinefrina	1mg/mL ampola 1 mL	solução injetável
56	clorpromazina, cloridrato de	25mg	comprimido
57	clorpromazina, cloridrato de	100mg	comprimido
58	dexametasona	0,1% frasco 5 mL	colírio ou pomada oftálmica
59	dexametasona	0,1% bisnaga 10g	creme
60	dexametasona	0,1mg/mL frasco 120 mL	elixir
61	dexametasona	4mg	comprimido
62	dexclorfeniramina, maleato de	0,4mg/mL frasco 120 mL	solução oral ou xarope
63	dexclorfeniramina, maleato de	2mg	comprimido
64	diazepam	5mg	comprimido
65	diazepam	10mg	comprimido
66	digoxina	0,25mg	comprimido
67	digoxina	0,05 mg/mL frasco 60 mL	elixir
68	dipirona	500mg/mL ampola 2 mL	solução injetável
69	dipirona	500mg	comprimido
70	dipirona	500mg/mL frasco 10 mL	solução oral
71	doxazosina, mesilado de	2mg	comprimido
72	enalapril, maleato de	10mg	comprimido
73	enalapril, maleato de	5mg	comprimido
74	enalapril, maleato de	20mg	comprimido
75	eritromicina, estolato de	500mg	comprimido
76	eritromicina, estolato de	50mg/mL frasco 100 mL	suspensão oral
77	espironolactona	25mg	comprimido
78	etinilestradiol + levonorgestrel	0,03mg + 0,15mg	comprimido ou drágea
79	fenitoína sódica	100mg	comprimido
80	fenitoína sódica	20mg/mL frasco 120 mL	suspensão oral
81	fenobarbital	100mg	comprimido
82	fenobarbital	40mg/mL frasco 20 mL	solução oral
83	finasterida	5mg	comprimido
84	fluconazol	150mg	cápsula
85	fluoxetina, cloridrato de	20mg	comprimido ou cápsula
86	furosemida	40mg	comprimido
87	Furosemida	10mg/mL frasco 2 mL	solução injetável
88	gentamicina, sulfato de	5mg/mL frasco 5 mL	colírio
89	gentamicina, sulfato de	5mg/g bisnaga 3,5 mg	pomada oftálmica
90	glibenclamida	5mg	comprimido
91	glicerol	120mg/ml frasco 500 mL	enema
92	glicerol	72mg	supositório
93	gliclazida	30mg	comprimido de liberação controlada
94	glicose	5% bolsa ou frasco 500 mL	solução injetável
95	guaco (mikania glomerata Spreng.)	5%	xarope
96	haloperidol	5mg	comprimido
97	haloperidol	2mg/mL	solução oral
98	hidroclorotiazida	25mg	comprimido
99	hidrocortisona	500mg	pó para suspensão injetável
100	hidróxido de alumínio	61,5mg	suspensão oral
101	hipromelose	0,30%	colírio
102	hortelã (mentha x piperita L.)	160 mg	cápsula
103	ibuprofeno	600mg	comprimido
104	ibuprofeno	300mg	comprimido
105	ibuprofeno	50mg/mL	solução oral
106	ipratrópio, brometo de	0,25mg/mL (equivalente a 0,202mg/mL de ipratrópio)	solução inalante
107	isoflavona de soja (glycine max (L.) Merr.)	150 mg	cápsula
108	isossorbida, dinitrato de	5mg	comprimido sublingual
109	isossorbida, mononitrato de	20mg	comprimido
110	itraconazol	10mg/mL	solução oral
111	itraconazol	100mg	cápsula
112	ivermectina	6mg	comprimido
113	lactulose	667 mg/ml	xarope
114	levotiroxina sódica	25mcg	comprimido
115	levotiroxina sódica	50mcg	comprimido
116	levotiroxina sódica	100mcg	comprimido
117	lidocaína, cloridrato de	2%	solução injetável
118	lidocaína, cloridrato de	2%	gel
119	lidocaína, cloridrato de + epinefrina, hemitartarato de	2% + 1:80.000	solução injetável
120	loratadina	10mg	comprimido
121	loratadina	1mg/ml	xarope
122	losartana potássica	50mg	comprimido
123	medroxiprogesterona, acetato de	150 mg/mL	suspensão injetável
124	medroxiprogesterona, acetato de	50 mg/mL	suspensão injetável
125	metformina, cloridrato de	500mg	comprimido
126	metformina, cloridrato de	850mg	comprimido
127	metildopa	250mg	comprimido
128	metoclopramida, cloridrato de	10mg	comprimido
129	metoclopramida, cloridrato de	4mg/mL	solução oral
130	metoclopramida, cloridrato de	5mg/mL	solução injetável
131	metoprolol, succinato de	25mg	comprimido de liberação controlada
132	metoprolol, succinato de	50mg	comprimido de liberação controlada
133	metronidazol	250mg	comprimido
134	metronidazol	400mg	comprimido
135	metronidazol	100mg/g	gel vaginal
136	miconazol, nitrato de	2%	creme
137	miconazol, nitrato de	2%	creme vaginal
138	nifedipino	10mg	comprimido
139	nistatina	100.000UI/mL	suspensão oral
140	nitrofurantoína	100mg	cápsula
141	nitrofurantoína	5mg/mL	suspensão oral
142	noretisterona	0,35 mg	comprimido
143	noretisterona, enantato de + Estradiol, valerato de	(50mg + 5mg)/mL	solução injetável
144	nortriptilina	25mg	cápsula
145	óleo mineral	-	óleo
146	omeprazol	20mg	cápsula
147	ondansetrona	4mg	comprimido dispersível
148	ondansetrona	8mg	Comprimido
149	paracetamol	500mg	comprimido
150	paracetamol	200mg/mL	solução oral
151	pasta d'água	talco+glicerina+óxid de zinco+água de cal 25%+25%+25%+25%	pasta
152	permaganato de potássio	100mg	pó ou comprimido
153	permetrina	1%	loção
154	permetrina	5%	loção
155	piridoxina, cloridrato de	40mg	comprimido
156	prednisolona, fosfato sódico de	4,02mg/mL (equivalente a 3mg de prednisolona/mL)	solução oral
157	prednisona	5mg	comprimido
158	prednisona	20mg	comprimido
159	prilocaína, cloridrato de + felipressina	3% + 0,03UI/mL	solução injetável
160	prometazina, cloridrato de	25mg	comprimido
161	prometazina, cloridrato de	25mg/mL	solução injetável

162	propranolol, cloridrato de	40mg	comprimido
163	ranitidina, cloridrato de	150mg	comprimido
164	ranitidina, cloridrato de	15mg/mL	xarope
165	ranitidina, cloridrato de	25mg/mL	solução injetável
166	retinol, palmitato de	150.000UI/mL	solução oleosa
167	sais para reidratação oral	27,9g	pó para solução oral
168	salbutamol, sulfato de	120,5mcg/dose (equivalente a 100mcg/dose de salbutamol)	aerossol oral
169	salbutamol, sulfato de	6mg/ml	solução inalante
170	sinvastatina	10mg	comprimido
171	sinvastatina	20mg	comprimido
172	sulfadiazina de prata	1%	creme
173	sulfametoxazol + trimetoprima	400mg + 80mg	comprimido
174	sulfametoxazol + trimetoprima	(40mg + 8mg)/mL	suspensão oral
175	sulfato ferroso	40mg	comprimido
176	sulfato ferroso	25mg/mL	solução oral
177	sulfato ferroso	5mg/mL	xarope
178	tiamina, cloridrato de	300mg	comprimido
179	timolol, maleato de	0,50%	colírio
180	Unha de gato (uncaria tomentosa (Willd. ex Roem. & Schult.))	100 mg	cápsula
181	valproato de sódio ou ácido valpróico	57,624mg/mL (equivalente a 50mg de ácido valpróico/mL)	solução oral ou xarope
182	valproato de sódio ou ácido valpróico	576mg (equivalente a 500mg de ácido valpróico)	comprimido
183	varfarina sódica	1mg	comprimido

Anexo 2 do Anexo VIII

CRITÉRIOS PARA PROJETOS DE SUBTIPOS DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE INDÍGENA (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Anexo 1)

CRITÉRIOS PARA PROJETOS DE SUBTIPOS DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE INDÍGENA

1.1 Unidade Básica de Saúde Indígena

Atividades desenvolvidas:

1. Recepção ao usuário;
2. Acolhimento multiprofissional;
3. Ações de educação em saúde e de educação ambiental;
4. Realização de procedimentos médicos e de enfermagem;
5. Atendimento de urgências básicas;
6. Ações coletivas de saúde bucal;
7. Atendimento odontológico individual;
8. Acompanhamento dos tratamentos de longa duração;
9. Atenção aos agravos à saúde;
10. Ações do Programa Nacional de Imunizações;
11. Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional;
12. Ações de Atenção Psicossocial;
13. Ações do Programa AIDS e DST;
14. Ações de prevenção e controle das hepatites virais;
15. Ações do Programa Nacional de controle da Tuberculose;
16. Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis;
17. Ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher;
18. Ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança;
19. Ações de hanseníase e doenças em eliminação;
20. Ações de controle de endemias;
21. Práticas de cuidados indígenas;
22. Outras ações de atenção básica preconizadas pelo Ministério da Saúde;
23. Coleta de material para exame;
24. Preparo e leitura de lâminas;
25. Armazenagem e dispensação de medicamentos;
26. Desinfecção e esterilização de materiais;
27. Ações de saneamento;
28. Execução do censo sanitário em sua área de abrangência;
29. Guarda de ferramentas e de material de manutenção do sistema de abastecimento de água;
30. Armazenamento temporário dos resíduos gerados no estabelecimento;
31. Armazenamento, conservação e aplicação de imunobiológicos;
32. Comunicação entre comunidades e estabelecimentos de saúde;
33. Registros de ações em saúde e manutenção de arquivo de prontuários;
34. Alimentação dos sistemas de informação;
35. Comunicação com a rede de referência de média e alta complexidade;
36. Ações de vigilância em saúde;
37. Ações administrativas e de organização dos serviços;
38. Realização de reuniões;
39. Ações de educação permanente em saúde.

Nota: Outras atividades não listadas acima podem ser previstas de acordo com a necessidade da região.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE INDÍGENA TIPO I				
ATIVIDADES	AMBIENTE	ÁREA MÍNIMA	MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTOS	OBSERVAÇÕES
ATENDIMENTO EM SAÚDE				
4, 5, 9, 22	Sala de procedimentos	9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local, balança, mesa para exames, mesa auxiliar para instrumental, armário vitrine com portas, balde porta detritos com pedal, balança, negatoscópio, instrumentais cirúrgicos (caixa básica), refletor parabólico de luz fria.	Prever bancada com pia e lavatório
Apoio Administrativo				
2, 11, 22, 28, 36, 37, 38, 39	Sala de apoio ao AIS	7,50m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local e mesa para exames.	Prever instalação de um lavatório.
27, 28, 36, 37, 38, 39.	Sala de apoio ao AISAN	7,50m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	Prever acesso externo para uso exclusivo do agente indígena de saneamento.
29.	Depósito do AISAN	4,00m	Armários em quantidade de acordo com a demanda local.	Prever acesso externo para uso exclusivo do agente indígena de saneamento.
32	Sala de comunicação	4,00m	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	Prever dois acessos, um pelo interior e outro pelo exterior da edificação.
3, 6, 21, 22, 38, 39.	Varanda coberta	12,00m²-Dimensão mínima de 2,50m.	Escovódromo e mobiliário para a espera de usuários	
	Sanitário para público adaptado para deficientes físicos	2,55m²		
	Depósito para material de limpeza	2,00m²		Prever a instalação de um tanque
APOIO TÉCNICO				
21	Sala para práticas de cuidados indígenas	7,50m²		Prever instalação de um lavatório. Este ambiente poderá ser suprimido caso não esteja de acordo com as necessidades e características culturais da localidade.
26	Central de Material Esterilizado Simplificado. Composto por: - Sala de lavagem e	Sala de lavagem e descontaminação com 4,80m² Sala de esterilização e estocagem com 4,80m²	Mobiliário: Autoclave e armários em quantidade de acordo com a demanda local. Bancadas: Sala de lavagem e descontaminação: bancada com pia de lavagem e outra pia para despejo com tubulação de no mínimo	A sala de lavagem e a sala de esterilização devem ser interligadas através de um guiche.
	descontaminação - Sala de esterilização e estocagem		75 mm. Sala de esterilização e estocagem de material: bancada com cuba de no mínimo 30 cm de profundidade. Os materiais utilizados devem ser não porosos, anticorrosivos e antiaderentes.	
30.	Abrigo para resíduos sólidos			Cada local deve elaborar o seu Plano e Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde em conformidade com a RDC 306/2004 da ANVISA. Deverá ser previsto abrigo externo para os contenedores, com dimensões adequadas, ventilação natural e acesso restrito.

Notas:
I. Os ambientes descritos acima representam a programação mínima para os projetos arquitetônicos.
II. Havendo necessidade de acréscimo de ambientes, o DSEI deverá justificar tal modificação.
III. Caso necessário, prever uma área externa para embarque e desembarque de veículos de remoção.
IV. As unidades de saúde em aldeias com acesso fluvial deverão ser equipadas com portos de embarque e desembarque
V. Em caso de necessidade de pernoite por parte das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, devem ser previstos alojamentos com número de leitos suficientes para abrigar toda a equipe e outros profissionais da saúde em trânsito, devendo conter, no mínimo, banheiros masculinos e femininos, copa/cozinha, depósito para material de limpeza e área de serviço.
VI. Em caso de necessidade deverão ser previstos: depósito de combustível, sala de apoio logístico, sala para equipamento de geração de energia elétrica alternativa e alojamentos para usuários e acompanhantes. Estes ambientes deverão, preferencialmente, localizar-se separadamente da unidade de saúde.
VII. As edificações deverão seguir as normas técnicas vigentes.
VIII. As salas de atendimento em saúde devem estar localizadas em áreas que possam proporcionar o melhor conforto térmico possível.
IX. A Sala para práticas de cuidados indígenas poderá ser suprimida caso não esteja de acordo com as necessidades e características culturais da localidade

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE INDÍGENA TIPO II				
ATIVIDADES	AMBIENTE	ÁREA MÍNIMA	MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTOS	OBSERVAÇÕES
ATENDIMENTO EM SAÚDE				
2, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ,15, 16, 17, 18, 19, 21, 22.	Quarto individual de curta duração com banheiro adaptado para deficientes físicos	Quarto: 10m². Banheiro adaptado para deficientes físicos com 2,55m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local, balança, mesa para exames, armário vitrine com portas, balde porta detritos com pedal, balança, negatoscópio, refrigerador para guarda de vacinas.	Prever a instalação de um lavatório.
2, 7.	Consultório odontológico	9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local, balde porta detritos com pedal, conjunto odontológico, aparelho de raios-X odontológico, cadeira.	Prever instalação de um lavatório e uma bancada com pia. Instalar pontos de água, esgoto e elétrica de acordo com os equipamentos. O compressor deve ser localizado externamente, dentro de um abrigo.
4, 5, 9, 21.	Sala de procedimentos	9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local, balança, mesa para exames, mesa auxiliar para instrumental, armário vitrine com portas, balde porta detritos com pedal, balança, negatoscópio, instrumentais cirúrgicos - caixa básica, refletor parabólico de luz fria.	Prever bancada com pia e lavatório.
APOIO ADMINISTRATIVO				
1	Área de recepção e registro de pacientes	5,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
2, 11, 28, 36, 37, 38,	Sala de apoio ao AIS	7,50m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local e mesa para exames.	Prever a instalação de um lavatório.
27, 28, 36, 37, 38, 39	Sala de apoio ao AISAN	7,50m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	Prever acesso externo para uso exclusivo do agente indígena de saneamento.
29.	Depósito do AISAN	4,00m²	Armários em quantidade de acordo com a demanda local.	Prever acesso externo para uso exclusivo do agente indígena de saneamento.
32.	Sala de comunicação	4,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	Prever dois acessos, um pelo interior e outro pelo exterior da edificação.
1, 3, 6, 38, 39.	Varanda coberta	12,00m² - Dimensão mínima de 2,50m.	Escovódromo e mobiliário para a espera de usuários.	
	Copa	4,00m²	Sem recomendações específicas	
	Sanitário masculino para público adaptado para deficientes físicos	2,55m²		
	Sanitário feminino para público adaptado para deficientes físicos	2,55m²		
	Depósito para material de limpeza	2,00m²		Prever a instalação de um tanque
APOIO TÉCNICO				
21	Sala para práticas de cuidados indígenas	7,50m²	Prever mobiliário de acordo com as características culturais da localidade.	Prever a instalação de um lavatório. Este ambiente poderá ser suprimido caso não esteja de acordo com as necessidades e características culturais da localidade.
26.	Central de Material Esterilizado Simplificado. Composto por: - Sala de lavagem e descontaminação -Sala de estereliza-ção e estocagem	Sala de lavagem e descontaminação com 4,80m² Sala de esterilização e estocagem com 4,80m²	Mobiliário: Autoclave e armários em quantidade de acordo com a demanda local. Bancadas: Sala de lavagem e descontaminação: bancada com pia de lavagem e outra pia para despejo com tubulação de no mínimo 75 mm. Sala de esterilização e estocagem de material: bancada com cuba de no mínimo 30 cm de profundidade. Os materiais utilizados devem ser não porosos, anticorrosivos e antiaderentes.	A sala de lavagem e a sala de esterilização devem ser interligadas através de um guichê.
30.	Abrigo para resíduos sólidos			Cada local deve elaborar o seu Plano e Gerenciamento de Resíduos de Serviços DE Saúde em conformidade com a RDC 306/2004 da ANVISA. Deverá ser previsto abrigo externo para os contenedores, com dimensões adequadas, ventilação natural e acesso restrito.

Notas:
I. Os ambientes descritos acima representam a programação mínima para os projetos arquitetônicos.
II. Havendo necessidade de acréscimo de ambientes, o DSEI deverá justificar tal modificação.
III. Caso seja necessário, poderá ser incluído no projeto uma Sala de Endemias, com área mínima de 6,00m², com lavatório e bancada com cuba. Esta sala deverá ser destinada para o preparo e leitura de lâminas (atividades 20 e 24).
IV. Prever uma área externa para embarque e desembarque de veículos de remoção.
V. As unidades de saúde em aldeias com acesso fluvial deverão ser equipadas com portos de embarque e desembarque
VI. Em caso de necessidade de pernoite por parte das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, devem ser previstos alojamentos masculino e feminino com número de leitos suficientes para abrigar toda a equipe e outros profissionais da saúde em trânsito, devendo conter, no mínimo, banheiros masculinos e femininos, copa/cozinha, depósito para material de limpeza e área de serviço.
VII. Em caso de necessidade deverão ser previstos: depósito de combustível, sala de apoio logístico, sala para equipamento de geração de energia elétrica alternativa e alojamentos para usuários e acompanhantes. Estes ambientes deverão, preferencialmente, localizar-se separadamente da unidade de saúde.
VIII. As edificações deverão seguir as normas técnicas vigentes.
IX. As salas de atendimento em saúde devem estar localizadas em áreas que possam proporcionar o melhor conforto térmico possível.
X. As salas de apoio técnico devem possuir um acesso restrito, evitando um fluxo de pacientes nas áreas próximas. Por se tratar de um ambiente onde são depositados materiais com possíveis agentes infecciosos, sua utilização deve ser exclusiva por parte dos funcionários da unidade.
XI. A Sala para práticas de cuidados indígenas poderá ser suprimida caso não esteja de acordo com as necessidades e características culturais da localidade

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE INDÍGENA TIPO III				
ATIVIDADES	AMBIENTE	ÁREA MÍNIMA	MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTOS	OBSERVAÇÕES
ATENDIMENTO EM SAÚDE				
2, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ,15, 16, 17, 18, 19, 21, 22.	Consultório indiferenciado	7,50m², com dimensão mínima de 2,20m	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local, balança, mesa para exames, mesa auxiliar para instrumental, armário vitrine com portas, balde porta detritos com pedal, balança, negatoscópio, instrumentais cirúrgicos - caixa básica, refletor parabólico de luz fria.	Prever a instalação de um lavatório.

2, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ,15, 16, 17, 18, 19, 21, 22.	Quarto individual de curta duração com banheiro adaptado para deficientes físicos.	Quarto: 10m². Banheiro adaptado para deficientes físicos com 2,55m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local, balança, mesa para exames, armário vitrine com portas, balde porta detritos com pedal, balança, negatoscópio, refrigerador para guarda de vacinas.	Prever a instalação de um lavatório
2, 7.	Consultório odontológico	9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local, balde porta detritos com pedal, conjunto odontológico, aparelho de raios-X odontológico, cadeira.	Prever instalação de um lavatório e uma bancada com pia. Instalar pontos de água, esgoto e elétrica de acordo com os equipamentos. O compressor deve ser localizado externamente, dentro de um abrigo.
4, 5, 9, 21.	Sala de curativos/suturas	9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local, balança, mesa para exames, mesa auxiliar para instrumental, armário vitrine com portas, balde porta detritos com pedal, balança, negatoscópio, instrumentais cirúrgicos - caixa básica, refletor parabólico de luz fria.	Prever bancada com pia e lavatório.
4, 23.	Sala de procedimentos	9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local, balança, mesa para exames, mesa auxiliar para instrumental, armário vitrine com portas, balde porta detritos com pedal, balança, negatoscópio, instrumentais cirúrgicos - caixa básica, refletor parabólico de luz fria.	Prever bancada com pia e lavatório.
10, 31	Sala de imunização	7,50m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local, cadeira para vacinação, refrigerador para guarda de vacinas.	Prever instalação de um lavatório e uma bancada com pia. Prever local para refrigerador e freezer
APOIO ADMINISTRATIVO				
33, 34, 35, 37.	Sala de apoio administrativo	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
1.	Área de recepção e registro de pacientes	5,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
2, 11, 28, 36, 37.	Sala de apoio ao AIS	7,50m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
27, 28, 36, 37	Sala de apoio ao AISAN	7,50m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	Prever acesso externo para uso exclusivo do agente indígena de saneamento.
29.	Depósito do AISAN	4,00m²	Armários em quantidade de acordo com a demanda local.	Prever acesso externo para uso exclusivo do agente indígena de saneamento.
3, 6, 21, 38, 39.	Sala de atividades coletivas	12,00m²	Sem recomendações específicas.	
25.	Sala de armazenagem e distribuição de medicamentos	9,00m²	Armários não apoiados nas paredes e em quantidade de acordo com a demanda local.	A ventilação deve ser feita através de janelas com tela e/ou refrigeração. As prateleiras não devem estar encostadas nas paredes.
	Almoxarifado	Dimensionar conforme necessidade local	Sem recomendações específicas.	
32.	Sala de comunicação	4,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	Prever dois acessos, um pelo interior e outro pelo exterior da edificação.
1, 3, 6, 38, 39.	Varanda coberta	12,00m²- Dimensão mínima de 2,50m	Escovódromo e mobiliário para a espera de usuários.	
	Área para guarda de macas e cadeira de rodas	4,00m² - Dimensão mínima de 2,0m	Sem recomendações específicas	Prever um vão livre de 1,20m para acesso.
	Sanitário masculino adaptado para deficientes físicos	2,55m²	Sem recomendações específicas	
	Sanitário feminino adaptado para deficientes físicos	2,55m²	Sem recomendações específicas	
	Sanitário masculino para funcionários adaptado para deficientes físicos	2,55m²	Sem recomendações específicas	
	Sanitário feminino para funcionários adaptado para deficientes físicos	2,55m	Sem recomendações específicas	
	Depósito para material de limpeza	2,00m²	Sem recomendações específicas	
	Copa	4,00m²	Sem recomendações específicas	
APOIO TÉCNICO				
21	Sala para práticas de cuidados indígenas	7,50m²	Prever mobiliário de acordo com as características culturais da localidade.	Prever instalação de um lavatório. Este ambiente poderá ser suprimido caso não esteja de acordo com as necessidades e características culturais dos indígenas.
26	Central de Material Esterilizado Simplificado.	Sala de lavagem e descontaminação com 4,80m² Sala de esterilização e estocagem com 4,80m²	Mobiliário: Autoclave e armários em quantidade de acordo com a demanda local.	A sala de lavagem e a sala de esterilização devem ser interligadas através de um guichê.
	Composto por: - Sala de lavagem e descontaminação		Bancadas: Sala de lavagem e descontaminação: bancada com pia de lavagem e outra pia para despejo com tubulação de no mínimo 75 mm. Sala de esterilização e estocagem de material: bancada com cuba de no mínimo	
	- Sala de esterilização e estocagem		30 cm de profundidade. Os materiais utilizados devem ser não porosos, anticorrosivos e antiaderentes.	
30.	Abrigo para resíduos sólidos			Cada local deve elaborar o seu Plano e Gerenciamento de Resíduos de Serviços DE Saúde em conformidade com a RDC 306/2004 da ANVISA. Deverá ser previsto abrigo externo para os contenedores, com dimensões adequadas, ventilação natural e acesso restrito.

Notas:
I. Os ambientes descritos acima representam a programação mínima para os projetos arquitetônicos.
II. Havendo necessidade de acréscimo de ambientes, o DSEI deverá justificar tal modificação.
III. Caso seja necessário, poderá ser incluído no projeto uma Sala de Endemias, com área mínima de 6,00m², com lavatório e bancada com cuba. Esta sala deverá ser destinada para o preparo e leitura de lâminas (atividade 20 e 24).
IV. Prever uma área externa para embarque e desembarque de veículos de remoção.
V. As unidades de saúde em aldeias com acesso fluvial deverão ser equipadas com portos de embarque e desembarque.
VI. Em caso de necessidade de pernoite por parte das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, devem ser previstos alojamentos masculino e feminino com número de leitos suficientes para abrigar toda a equipe e outros profissionais da saúde em trânsito, devendo conter, no mínimo, banheiros masculinos e femininos, copa/cozinha, depósito para material de limpeza e área de serviço.
VII. Em caso de necessidade deverão ser previstos: depósito de combustível, sala de apoio logístico, sala para equipamento de geração de energia elétrica alternativa e alojamentos para usuários e acompanhantes. Estes ambientes deverão, preferencialmente, localizar-se separadamente da unidade de saúde.
VIII. As edificações deverão seguir as normas técnicas vigentes.
IX. As salas de atendimento em saúde devem estar localizadas em áreas que possam proporcionar o melhor conforto térmico possível.
X. As salas de apoio técnico devem possuir um acesso restrito, evitando um fluxo de pacientes nas áreas próximas. Por se tratar de um ambiente onde são depositados materiais com possíveis agentes infecciosos, sua utilização deve ser exclusiva por parte dos funcionários da unidade.
XI. A Sala para práticas de cuidados indígenas poderá ser suprimida caso não esteja de acordo com as necessidades e características culturais da localidade.
1.2 Sede de Polo Base
Atividades desenvolvidas:
1. Recepção ao usuário;
2. Acolhimento multiprofissional;
3. Ações de educação em saúde e de educação ambiental;
4. Realização de procedimentos médicos e de enfermagem;
5. Atendimento de urgências básicas;
6. Ações coletivas de saúde bucal;
7. Atendimento odontológico individual;
8. Acompanhamento dos tratamentos de longa duração;
9. Atenção aos agravos à saúde;

10. Ações do Programa Nacional de Imunizações;
11. Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional;
12. Ações de Atenção Psicossocial;
13. Ações do Programa AIDS e DST;
14. Ações de prevenção e controle das hepatites virais;
15. Ações do Programa Nacional de controle da Tuberculose;
16. Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis;
17. Ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher;
18. Ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança;
19. Ações de hanseníase e doenças em eliminação;
20. Ações de controle de endemias;
21. Práticas de cuidados indígenas;
22. Outras ações de atenção básica preconizadas pelo Ministério da Saúde;
23. Coleta de material para exame;
24. Preparo e leitura de lâminas;
25. Armazenagem e dispensação de medicamentos;
26. Desinfecção e esterilização de materiais;
27. Ações de saneamento;
28. Execução do censo sanitário em sua área de abrangência;
29. Guarda de ferramentas e de material de manutenção do sistema de abastecimento de água;
30. Armazenamento temporário dos resíduos gerados no estabelecimento;
31. Armazenamento, conservação e aplicação de imunobiológicos;
32. Comunicação entre comunidades e estabelecimentos de saúde;
33. Registros de ações em saúde e manutenção de arquivo de prontuários;
34. Alimentação dos sistemas de informação;
35. Comunicação com a rede de referência de média e alta complexidade;
36. Ações de vigilância em saúde;
37. Ações administrativas e de organização dos serviços;
38. Análise e sistematização de dados;
39. Armazenamento e controle dos materiais de consumo necessários às ações do polo base e demais estabelecimentos da rede.
40. Realização de reuniões.
41. Ações de educação permanente.
42. Manter o paciente em repouso pós-aplicação.

Nota: Outras atividades não listadas acima podem ser previstas de acordo com a necessidade da região.

SEDE DE POLO BASE TIPO I - ADMINISTRATIVO E ASSISTENCIAL				
ATIVIDADES	AMBIENTE	ÁREA MÍNIMA	MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTOS	OBSERVAÇÕES
ATENDIMENTO EM SAÚDE				
2, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ,15, 16, 17, 18, 19, 21, 22.	Consultório indiferenciado	7,50m², com dimensão mínima de 2,20m	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local, balança, mesa para exames, mesa auxiliar para instrumental, armário vitrine com portas, balde porta detritos com pedal, balança, negatoscópio, instrumentais cirúrgicos - caixa básica, refletor parabólico de luz fria	Prever a instalação de um lavatório.
2, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ,15, 16, 17, 18, 19, 21, 22.	Consultório indiferenciado	7,50m², com dimensão mínima de 2,20m	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local, balança, mesa para exames, mesa auxiliar para instrumental, armário vitrine com portas, balde porta detritos com pedal, balança, negatoscópio, instrumentais cirúrgicos - caixa básica, refletor parabólico de luz fria.	Prever a instalação de um lavatório.
2, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ,15, 16, 17, 18, 19, 21, 22.	Quarto individual de curta duração com banheiro adaptado para deficientes físicos	Quarto: 10m². Banheiro adaptado para deficientes físicos com 2,55m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local, balança, mesa para exames, armário vitrine com portas, balde porta detritos com pedal, balança, negatoscópio, refrigerador para guarda de vacinas.	Prever a instalação de um lavatório.
2, 7.	Consultório odontológico	9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local, balde porta detritos com pedal, conjunto odontológico, aparelho de raios-X odontológico, cadeira.	Prever instalação de um lavatório e uma bancada com pia. Instalar pontos de água, esgoto e elétrica de acordo com os equipamentos. O compressor deve ser localizado externamente, dentro de um abrigo.
4, 23.	Sala de procedimentos	9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local, balança, mesa para exames, mesa auxiliar para instrumental, armário vitrine com portas, balde porta detritos com pedal, balança, negatoscópio, instrumentais cirúrgicos - caixa básica, refletor parabólico de luz fria.	Prever bancada com pia e lavatório.
10, 31	Sala de imunização	7,50m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local, cadeira para vacinação, refrigerador para guarda de vacinas.	Prever instalação de um lavatório e uma bancada com pia. Prever local para refrigerador e freezer
42	Sala de observação	8,50m² por leito	Cama hospitalar fawler com colchão, maca de transporte, suporte de hamper, suporte de soro de chão, balde porta detritos.	Prever instalação de lavatório.
APOIO ADMINISTRATIVO				
20, 36, 37, 38.	Sala de administração e gerência	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
33, 37, 38.	Sala de apoio administrativo	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
35.	Sala para referência	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
34, 38.	Sala para técnico SIASI	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
20, 36, 37, 38.	Sala de técnicos em saneamento	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
1.	Área de recepção e registro de pacientes	5,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
2, 11, 28, 36, 37	Sala de apoio ao AIS	7,50m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	Prever este ambiente somente quando localizado em terras indígenas.
20, 27, 28, 36, 37.	Sala de apoio ao AISAN	7,50m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	Prever este ambiente somente quando localizado em terras indígenas. Prever acesso externo para uso exclusivo do agente indígena de saneamento.
29.	Depósito do AISAN	4,00m²	Armários em quantidade de acordo com a demanda local.	Prever este ambiente somente quando localizado em terras indígenas. Prever acesso externo para uso exclusivo do agente indígena de saneamento.
3, 6, 21.	Sala de atividades coletivas	12,00m²	Sem recomendações específicas	
25, 39.	Sala de armazenagem e distribuição de medicamentos	9,00m²	Armários não apoiados nas paredes e em quantidade de acordo com a demanda local.	A ventilação deve ser feita através de janelas com tela e/ou refrigeração. As prateleiras não devem estar encostadas nas paredes.
39.	Almoxarifado	Dimensionar conforme necessidade local	Sem recomendações específicas	
32.	Sala de comunicação	4,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	Prever dois acessos, um pelo interior e outro pelo exterior da edificação.

	Sala de motoristas	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
2	Sala para Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 22,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
1, 3, 6.	Varanda coberta	12,00m² - Dimensão mínima de 2,50m.	Escovódromo e mobiliário para a espera de usuários.	
	Área para guarda de macas e cadeira de rodas	4,00m² - Dimensão mínima de 2,0m	Sem recomendações específicas	Prever um vão livre de 1,20m para acesso
	Sanitário masculino adaptado para deficientes físicos	2,55m²	Sem recomendações específicas	
	Sanitário feminino adaptado para deficientes físicos	2,55m²	Sem recomendações específicas	
	Sanitário masculino adaptado para deficientes físicos	2,55m²	Sem recomendações específicas	
	Sanitário feminino adaptado para deficientes físicos	2,55m²	Sem recomendações específicas	
	Depósito para material de limpeza	2,00m²	Sem recomendações específicas	Prever a instalação de um tanque
	Copa	4,00m²	Sem recomendações específicas	
APOIO TÉCNICO				
26.	Central de Material Esterilizado Simplificado. Composto por: - Sala de lavagem e descontaminação	Sala de lavagem e descontaminação com 4,80m²	Mobiliário: Autoclave e armários em quantidade de acordo com a demanda local.	A sala de lavagem e a sala de esterilização devem ser interligadas através de um guichê.
	- Sala de esterilização e estocagem	Sala de esterilização e estocagem com 4,80m²	Bancadas: Sala de lavagem e descontaminação: bancada com pia de lavagem e outra pia para despejo com tubulação de no mínimo 75 mm. Sala de esterilização e estocagem de material: bancada com cuba de no mínimo 30 cm de profundidade. Os materiais utilizados devem ser não porosos, anticorrosivos e antiaderentes.	
30.	Abrigo para resíduos sólidos			Cada local deve elaborar o seu Plano e Gerenciamento de Resíduos de Serviços DE Saúde em conformidade com a RDC 306/2004 da ANVISA. Deverá ser previsto abrigo externo para os contenedores, com dimensões adequadas, ventilação natural e acesso restrito.

Notas:

I. Os ambientes descritos acima representam a programação mínima para os projetos arquitetônicos.

II. Havendo necessidade de diminuição ou acréscimo de ambientes, o DSEI deverá justificar tal modificação.

III. Caso seja necessário, poderá ser incluído no projeto uma Sala de Endemias, com área mínima de 6,00m², com lavatório e bancada com cuba. Esta sala deverá ser destinada para preparo e leitura de lâminas (atividades 20 e 24).

IV. Prever uma área externa para embarque e desembarque de veículos de remoção.

V. As unidades de saúde em aldeias com acesso fluvial deverão ser equipadas com portos de embarque e desembarque

VI. Em caso de necessidade de pernoite por parte das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, devem ser previstos alojamentos com número de leitos suficientes para abrigar toda a equipe e outros profissionais da saúde em trânsito, devendo conter, no mínimo, banheiros masculinos e femininos, copa/cozinha, depósito para ma terial de limpeza e área de serviço.

VII. Em caso de necessidade deverão ser previstos: depósito de combustível, sala de apoio logístico, sala para equipamento de geração de energia elétrica alternativa e alojamentos para usuários e acompanhantes. Estes ambientes deverão, preferencialmente, localizar-se separadamente da unidade de saúde.

VIII. As edificações deverão seguir as normas técnicas vigentes.

IX. As salas de atendimento em saúde devem estar localizadas em áreas que possam proporcionar o melhor conforto térmico possível.

X. As salas de apoio técnico devem possuir um acesso restrito, evitando um fluxo de pacientes nas áreas próximas. Por se tratar de um ambiente onde são depositados materiais com possíveis agentes infecciosos, sua utilização deve ser exclusiva por parte dos funcionários da unidade.

SEDE DE POLO BASE TIPO II - ADMINISTRATIVO				
ATIVIDADES	AMBIENTE	ÁREA MÍNIMA	MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTO	OBSERVAÇÕES
APOIO ADMINISTRATIVO				
20, 36, 37, 38.	Sala de administração e gerência	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
33, 37, 38.	Sala de apoio administrativo	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
35.	Sala para referência	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
34, 38.	Sala para técnico SIASI	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
20, 36, 37, 38.	Sala de técnicos em saneamento	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
2	Sala para Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 22,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
40, 41.	Sala de atividades coletivas	12,00m²	Sem recomendações específicas.	
25, 39.	Sala de armazenagem e distribuição de medicamentos	9,00m²	Armários não apoiados nas paredes e em quantidade de acordo com a demanda local.	A ventilação deve ser feita através de janelas com tela e/ou refrigeração. As prateleiras não devem estar encostadas nas paredes.
39.	Almoxarifado	Dimensionar conforme necessidade local.	Sem recomendações específicas.	
32, 35.	Sala de comunicação	4,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	Prever dois acessos, um pelo interior e outro pelo exterior da edificação.
	Sala de motoristas	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
29, 39.	Depósito para material de saneamento	21,00m²	Sem recomendações específicas.	Dimensões mínimas de 3,00 x 7,00. Com acesso pela menor dimensão.
	Sanitário masculino para público adaptado para deficientes físicos	2,55m²	Sem recomendações específicas.	
	Sanitário feminino para público adaptado para deficientes físicos	2,55m²	Sem recomendações específicas.	
	Sanitário masculino para funcionários adaptado para deficientes físicos	2,55m²	Sem recomendações específicas.	
	Sanitário feminino para funcionários adaptado para deficientes físicos	2,55m²	Sem recomendações específicas.	
	Depósito para material de limpeza	2,00m²	Sem recomendações específicas.	
	Copa	4,00m²	Sem recomendações específicas.	
30.	Abrigo para resíduos sólidos			Cada local deve elaborar o seu Plano e Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde em conformidade com a RDC 306/2004 da ANVISA. Deverá ser previsto abrigo externo para os contenedores, com dimensões adequadas, ventilação natural e acesso restrito.

Notas:
I. Os ambientes descritos acima representam a programação mínima para os projetos arquitetônicos.
II. Havendo necessidade de diminuição ou acréscimo de ambientes, o DSEI deverá justificar tal modificação.
III. As unidades de saúde em aldeias com acesso fluvial deverão ser equipadas com portos de embarque e desembarque.
IV. Em caso de necessidade de pernoite por parte das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, devem ser previstos alojamentos com número de leitos suficientes para abrigar toda a equipe e outros profissionais da saúde em trânsito, devendo conter, no mínimo, banheiros masculinos e femininos, copa/cozinha, depósito para material de limpeza e área de serviço.
V. Em caso de necessidade deverão ser previstos: depósito de combustível, sala de apoio logístico, sala para equipamento de geração de energia elétrica alternativa e alojamentos para usuários e acompanhantes. Estes ambientes deverão, preferencialmente, localizar-se separadamente da unidade de saúde.
VI. As edificações deverão seguir as normas técnicas vigentes.
1.3 Casa de Saúde Indígena (CASAI) Atividades desenvolvidas:
1. Recepção aos pacientes encaminhados e aos seus acompanhantes;
2. Acolhimento multiprofissional;
3. Alojamento dos pacientes;
4. Alimentação de pacientes e seus acompanhantes;
5. Alimentação de trabalhadores;
6. Assistência de enfermagem 24 horas;
7. Ações de assistência social;
8. Ações de atenção psicossocial;
9. Ações de vigilância alimentar e nutricional;
10. Ações de incentivo ao lazer e à produção artesanal para pacientes e acompanhantes;
11. Ações coletivas de saúde bucal;
12. Ações de educação em saúde e educação ambiental;
13. Coleta de material para exames complementares de diagnóstico;
14. Desenvolvimento de práticas indígenas de cuidado;
15. Comunicação com a rede de referência de média e alta complexidade;
16. Comunicação entre comunidades e estabelecimentos de saúde;
17. Marcação e acompanhamento dos pacientes para consultas, exames e internações;
18. Armazenamento e dispensação de medicamentos;
19. Armazenamento e controle de material de consumo;
20. Planejamento, monitoramento, avaliação e registro das ações administrativas e de saúde;
21. Arquivo de prontuários de pacientes;
22. Alimentação dos sistemas de informação;
23. Ações de vigilância em saúde;
24. Realização de reuniões;
25. Ações de educação permanente;
26. Repouso dos profissionais plantonistas;
27. Repouso de pacientes e acompanhantes;
28. Lavagem de roupas de seus acompanhantes;
29. Lavagem de roupa de cama e outros tecidos de uso da CASAI;
30. Desinfecção e esterilização de materiais;
31. Ações de manutenção e limpeza do estabelecimento de saúde;
32. Alojamento para acompanhantes;
33. Transporte de usuários referenciados;
34. Embarque e desembarque de pacientes;
35. Oferta de serviço de segurança e de bombeiro civil;
36. Armazenamento temporário dos resíduos gerados no estabelecimento.

CASA DE SAÚDE INDÍGENA - CASAI				
ATIVIDADES	AMBIENTE	ÁREA MÍNIMA	MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTOS	OBSERVAÇÕES
ATENDIMENTO EM SAÚDE				
3, 6, 14, 32.	Enfermaria - adulto masculino com banheiro adaptado para deficientes físicos	- Quarto de 1 leito: 10,00m² - Quarto de 2 leitos: 14,00m² - Enfermaria de 3 a 6 leitos: 6,00m² por leito. - Banheiro adaptado para deficientes físicos 4,80m².	Cama hospitalar fawler com colchão, maca para transporte, mesa de cabeceira, suporte de soro de chão, armário, balde porta detritos com pedal.	Número máximo de leitos por enfermaria: 6. Distância entre leitos paralelos = 1m Distância entre leito e paredes: cabeceira = inexistente; pé do leito = 1,2m; lateral = 0,5m As modificações para atender às características de cada etnia devem ser consideradas e justificadas pelo DSEI.
3, 6, 14, 32.	Enfermaria - adulto feminina com banheiro adaptado para deficientes físicos	- Quarto de 1 leito: 10,00m² - Quarto de 2 leitos: 14,00m² - Enfermaria de 3 a 6 leitos: 6,00m² por leito. - Banheiro adaptado para deficientes físicos: 4,80m².	Cama hospitalar fawler com colchão, maca para transporte, mesa de cabeceira, suporte de soro de chão, armário, balde porta detritos com pedal.	Número máximo de leitos por enfermaria: 6. Distância entre leitos paralelos = 1m Distância entre leito e paredes: cabeceira = inexistente; pé do leito = 1,2m; lateral = 0,5m As modificações para atender às características de cada etnia devem ser consideradas e justificadas pelo DSEI.
2, 3, 6, 7, 8, 9, 14.	Quarto individual de curta duração com banheiro adaptado para deficientes físicos	10m² para quarto com 1 leito. Banheiro adaptado para deficientes físicos com 2,55m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local, balança, mesa para exames, armário vitrine com portas, balde porta detritos com pedal, balança, negatoscópio, refrigerador para guarda de vacinas.	Prever a instalação de um lavatório.
3, 6, 14.	Quarto de isolamento com banheiro adaptado para deficientes físicos e antecâmara	- Quarto de isolamento: 10,00m². Banheiro adaptado para deficientes físicos: 4,80m². Antecâmara: 1,80m²	Antecâmara: armário para paramentação dos profissionais, e pia. Quarto de isolamento: cama hospitalar fawler com colchão, suporte de hamper, suporte de soro de chão, mesa para refeição, armário, balde porta detritos com pedal, régua de gases.	Prever na antecâmara: lavatório, mobiliário para guarda de equipamentos de proteção individual (EPI) e visores na porta de acesso a antecâmara e ao quarto de isolamento.
6, 14.	Sala de curativos/suturas	9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local, balança, mesa para exames, mesa auxiliar para instrumental, armário vitrine com portas, balde porta detritos com pedal, balança, negatoscópio, instrumentais cirúrgicos - caixa básica, refletor parabólico de luz fria.	Prever bancada com pia e lavatório.
6, 14, 13.	Sala de procedimentos	9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acoro com a demanda local, balança, mesa para exames, mesa auxiliar para instrumental, armário vitrine com portas, balde porta detritos com pedal, balança, negatoscópio, instrumentais cirúrgicos - caixa básica, refletor parabólico de luz fria.	Prever bancada com pia e lavatório.
6.	Posto de enfermagem	6,00m²	Mesa de trabalho, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	Prever um posto para cada 30 leitos de enfermaria.
APOIO ADMINISTRATIVO				
20, 23.	Coordenação	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
20, 22, 23.	Sala de apoio administrativo	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
15, 17.	Sala para referência	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
1.	Sala de recepção e registro de pacientes	12,00.m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
21.	Sala de arquivo de prontuários	6,00m²	Armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
26.	Quarto para plantonista com banheiro	Quarto - 9,00m² WC - 3,60m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
26, 33.	Sala para motoristas	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
12, 24, 25.	Sala de reunião e educação em saúde	12,00m²	Sem recomendações específicas.	
18, 19.	Sala para armazenamento e distribuição de medicamentos	9,00m²	Armários não apoiados nas paredes e em quantidade de acordo com a demanda local.	A ventilação deve ser feita através de janelas com tela e/ou refrigeração. As prateleiras não devem estar encostadas nas paredes.
19.	Almoxarifado	Dimensionar conforme necessidade local.	Sem recomendações específicas.	Seu dimensionamento e a presença de área coberta para carga e descarga deverão ser justificadas, considerando as características específicas dos materiais a serem armazenados.
16.	Sala de comunicação	4,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	Prever dois acessos, um pelo interior e outro pelo exterior da edificação.
10, 11, 12, 14.	Varanda coberta	12,00m² - Dimensão mínima de 2,50m.	Escovódromo e mobiliário para a espera de usuários.	
	Área para guarda de macas e cadeira de rodas	4,00m² - Dimensão mínima de 2,0m	Sem recomendações específicas.	Prever um vão livre de 1,20m para acesso
4.	Refeitório para pacientes e acompanhantes	1,00m² por comensal	Sem recomendações específicas.	
5.	Refeitório para trabalhadores	1,00m² por comensal	Sem recomendações específicas.	
	Vestiário masculino para trabalhadores	Área mínima de 3,60m² para até 6 funcionários. Acima disso, área mínima de 0,50m² por funcionário	Sem recomendações específicas.	Prever 1 bacia sanitária, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 10 funcionários.
	Vestiário feminino para trabalhadores	Área mínima de 3,60m² para até 6 funcionários. Acima disso, área mínima de 0,50m² por funcionário.	Sem recomendações específicas.	Prever 1 bacia sanitária, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 10 funcionários.
	Sanitário masculino para público adaptado para deficientes físicos	2,55m²	Sem recomendações específicas.	

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300357

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

	Sanitário feminino para público adaptado para deficientes físicos	2,55m²	Sem recomendações específicas.	
	Sanitário masculino para trabalhadores adaptado para deficientes físicos	2,55m²	Sem recomendações específicas.	
	Sanitário feminino para trabalhadores adaptado para deficientes físicos	2,55m²	Sem recomendações específicas.	
31.	Depósito para material de limpeza		Sem recomendações específicas.	Prever a instalação de um tanque.
	Copa	4,00m²	Sem recomendações específicas.	
	Sala do técnico em manutenção	7,50m²	Sem recomendações específicas.	
APOIO TÉCNICO				
30.	Central de Material Esterilizado Simplificado. Composto por: - Sala de lavagem e descontaminação	Sala de lavagem e descontaminação com 4,80m² Sala de esterilização e estocagem com 4,80m²	Mobiliário: Autoclave e armários em quantidade de acordo com a demanda local.	Autoclave e armários em quantidade de acordo com a demanda local.
	Sala de esterilização e estocagem		Bancadas: Sala de lavagem e descontaminação: bancada com pia de lavagem e outra pia para despejo com tubulação de no mínimo 75 mm. Sala de esterilização e estocagem de material: bancada com cuba de no	
			mínimo 30 cm de profundidade. Os materiais utilizados devem ser não porosos, anticorrosivos e antiaderentes.	
29.	Processamento de roupas	Até 100 kg de roupa/dia=26 m², sendo este número maior, consultar a Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.	Devem-se usar sempre máquinas de lavar de porta dupla ou de barreira, onde a roupa suja é inserida pela porta da máquina situada	Prever: - Sala para recebimento, pesagem, classificação e lavagem (área "suja") com DML e banheiro: 25% da área total. - Sala de processamento composto, para: centrifugação,
			do lado da sala de recebimento, pesagem e classificação por um operador e, depois de lavada, retirada do lado limpo através de outra porta. A comunicação entre as duas áreas é feita somente por visores e interfones.	secagem, costura, passagem, separação e dobragem das roupas (área limpa):, com DML: 45% da área total. - Área para armazenagem e distribuição: 30% da área total.
4, 5.	Cozinha para o preparo de refeições	Até 200 refeições por turno, 0,45m² por refeição. Sendo este número maior, consultar a Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.		- Despensa de alimentos e utensílios: Prever acondicionamento adequado a cada alimento (em temperatura ambiente, câmara para alimentos resfriados e congelados), conforme RDC 216 de 15 de setembro de 2004 ANVISA; - Área para guarda de utensílios
				- Áreas para pré-preparo, preparo e cocção de alimentos: Prever bancada com cuba. - Áreas para porcionamento de dietas normais e especiais. - Área de distribuição de alimentos e utensílios (copa e balcão).
				- Área para recepção, lavagem e guarda de louças, bandejas e talheres: Prever bancada com cuba. - Vestuário masculino e feminino exclusivo para profissionais da cozinha.
36.	Abrigo para resíduos sólidos			Cada local deve elaborar o seu Plano e Gerenciamento de Resíduos de Serviços DE Saúde em conformidade com a RDC 306/2004 da ANVISA. Deverá ser previsto abrigo externo
				para os contenedores, com dimensões adequadas, ventilação natural e acesso restrito.
APOIO ACOMPANHANTES				
32	Alojamento para acompanhantes com banheiro	5,00m² por pessoa	Camas, redes e armários de acordo com a demanda local.	A área total do alojamento poderá ser dividida em função de separação por sexo e/ou etnia. As modificações devido as características específicas devem ser consideradas e justificadas pelos DSEIs.
26, 27.	Redário	Dimensionar conforme necessidade local	Sem recomendações específicas.	Área externa para redes.
4, 14.	Área para preparo de alimentos pelos indígenas	Dimensionar conforme necessidade local	Sem recomendações específicas.	Prever área coberta e espaço adequado para preparo de comidas indígenas.
28.	Lavanderia para acompanhantes	12,00m²	Tanques e máquinas de lavar roupa.	Prever instalações para Tanques e máquinas de lavar roupa. Área coberta para secagem de roupas.

Notas:

I. Os ambientes descritos acima representam a programação mínima para os projetos arquitetônicos.

II. Havendo necessidade de diminuição ou acréscimo de ambientes, o DSEI deverá justificar tal modificação.

III. Prever uma área externa para embarque e desembarque de veículos de remoção.

IV. Em caso de necessidade poderão ser previstos sala para equipamento de geração de energia elétrica e sala pra segurança e bombeiro civil (atividade 35).

V. As edificações deverão seguir as normas técnicas vigentes.

VI. As salas de apoio técnico devem possuir um acesso restrito, evitando um fluxo de pacientes nas áreas próximas. Por se tratar de um ambiente onde são depositados materiais com possíveis agentes infecciosos, sua utilização deve ser exclusiva por parte dos funcionários da unidade.

1.4 Sede do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).

SEDE DO DSEI				
ATIVIDADES	AMBIENTE	ÁREA MÍNIMA	MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTOS	OBSERVAÇÕES
APOIO ADMINISTRATIVO				
	Recepção/Espera	12,00m²		
	Gabinete	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
	Secretaria Gabinete	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
	SERH Chefia	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
	SERH Secretaria	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
	SERH Técnicos	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
	SELOG Chefia	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
	SELOG Secretaria	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
	SELOG Técnicos	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
	DIASI Secretaria	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
	DIASI Chefia	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
	DIASI Técnicos	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
	DIASI Sala Reunião	12,00m²	Mesa de reunião e armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
	SESANI Secretaria	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	

	SESANI Chefia/Supervisores	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
	SESANI Técnicos	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local	
	SEOFI Chefia	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
	SEOFI Secretaria	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
	SEOFI Técnicos	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
	Ouvidoria	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
	SEAD	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
	Arquivo	Dimensionar de acordo com a necessidade local.	Sem recomendações específicas.	
	Almoxarifado	Dimensionar de acordo com a necessidade local.	Sem recomendações específicas.	
	Transportes	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m².	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
	CPL	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m².		
	CAF - Sala de estocagem de medicamentos	Dimensionar de acordo com a necessidade local.	Armários não apoiados nas paredes e em quantidade de acordo com a demanda local.	A ventilação deve ser feita através de janelas com tela. As prateleiras não devem estar encostadas nas paredes.
	Trabalhador/ Equipamentos	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
	Protocolo	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
	Patrimônio	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
	Copa	5,00m²	Sem recomendações específicas.	
	Banheiro masculino para público adaptado para deficientes físicos	2,55m²	Sem recomendações específicas.	
	Banheiro feminino para público adaptado para deficientes físicos	2,55m²	Sem recomendações específicas.	
	Banheiro masculino para trabalhadores adaptado para deficientes físicos	2,55m²	Sem recomendações específicas.	
	Banheiro feminino para trabalhadores adaptado para deficientes físicos	2,55m²	Sem recomendações específicas.	
	Auditório	Dimensionar de acordo com a demanda local	Sem recomendações específicas.	
	CONDISI	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
	Sala das equipes de Polo Base	5,50m² por pessoa, sendo a área mínima de 9,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	
	Depósito para material de limpeza	2,00m².	Sem recomendações específicas.	Prever a instalação de um tanque.
	Sala de comunicação	4,00m²	Mesa de trabalho com cadeira, armários em quantidade de acordo com a demanda local.	Prever dois acessos, um pelo interior e outro pelo exterior da edificação.

Notas:

I. Os ambientes descritos acima representam a programação mínima para os projetos arquitetônicos.

II. Havendo necessidade de diminuição ou acréscimo de ambientes, o DSEI deverá justificar tal modificação.

III. As edificações deverão seguir as normas técnicas vigentes.

Anexo 3 do Anexo VIII

Critérios para elaboração de Projetos (Origem: PRT MS/GM 1801/2015, Anexo 2)

Critérios para elaboração de Projetos

Na elaboração de projetos para estabelecimentos de rede física do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverão, quando implantados na sede dos municípios, obrigatoriamente cumprir o código de edificação e lei de uso do solo local e atender às normas técnicas vigentes. São listados a seguir alguns critérios:

1. Localização:

Em áreas urbanas, buscar localização que apresente condições apropriadas de infraestrutura (água, esgoto, energia elétrica, transporte e comunicação), evitando a proximidade de depósitos de lixo ou de qualquer outra edificação que seja geradora de ruído ou contaminação. (Sede DSEI, CASAI, PBII)

Em áreas indígenas, buscar localização que facilite o acesso à edificação, evitando proximidade a terrenos com acentuado aclive, bem como zonas passíveis de alagamento. Avaliar topografia, tipo de solo e o escoamento de águas pluviais, assim como a existência de vegetação ou cursos d'água nas redondezas.

2. Condições ambientais de conforto:

Os projetos arquitetônicos deverão considerar soluções adequadas ao conforto ambiental, procurando aproveitar ao máximo as características naturais do local onde se pretenda construir. Desta forma, deve-se avaliar as temperaturas médias, a umidade relativa do ar, o regime de chuvas, a direção dos ventos dominantes e a vegetação presente nas áreas adjacentes ao terreno.

A escolha da implantação da edificação e da localização de suas aberturas deve favorecer tanto a melhor orientação solar (conforto térmico e iluminação natural) quanto à necessidade de ventilação natural nos ambientes internos. A luz solar deve ser a principal fonte de iluminação dos ambientes, seguindo as normas existentes sobre os níveis de iluminamento de cada ambiente de trabalho. Também é importante que os beirais e outros dispositivos de sombreamento sejam dimensionados e utilizados corretamente.

Recomenda-se apresentar soluções construtivas que visem minimizar a carga térmica da edificação e a consequente redução do consumo de energia elétrica. Para isso, deve ser realizado um estudo sobre o comportamento térmico dos materiais e componentes construtivos empregados principalmente nas paredes externas e nas coberturas.

3. Circulação e acessos:

É aconselhável que haja uma restrição em relação ao número de acessos aos estabelecimentos de saúde indígena, mantendo assim um maior controle de entrada de usuários. Deve ser facilitada a entrada de pessoas com dificuldade de locomoção ou com alguma enfermidade sem a ajuda de terceiros.

Os corredores destinados à circulação de usuários em cadeira de rodas, macas ou camas devem ter uma largura mínima de 2,00m para os maiores de 11,00m. Nos demais casos, a largura mínima deverá ser de 1,20m. Havendo desníveis de piso superiores a 1,50cm, deve-se utilizar rampa unindo-os.

As portas de acesso a usuários devem ter um vão livre mínimo de 0,80 x 2,10m, inclusive os sanitários. Todas as portas destinadas à passagem de macas devem ter um vão livre mínimo de 1,10 x 2,10m.

As portas dos sanitários de pessoas com necessidades especiais devem abrir para fora e permitir a retirada da folha pelo lado de fora, conforme especificado na Norma Técnica Brasileira (NBR) 9050, e devem ser instalados puxadores horizontais, de comprimento 40 cm, localizados a uma distância de 10 cm da face onde se encontra a dobradiça, à altura de 90 cm em relação ao piso. As maçanetas devem ser do tipo alavanca.

4. Controle de infecção:

Trata-se da capacidade de um projeto arquitetônico evitar a propagação de agentes infecciosos, através de padrões de circulação, sistema de transporte de materiais, sistema de renovação e controle das correntes de ar, facilidades de limpeza das superfícies, materiais e instalações.

4.1. Zoneamento das unidades em relação ao risco de infecção:

Os ambientes dos estabelecimentos de saúde indígena podem ser classificados em três áreas:

Área crítica: onde existe o risco de transmissão de infecção ou onde se encontram usuários imunodeprimidos. Por exemplo: quarto de isolamento.

Área semicrítica: para usuários com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas. Por exemplo: Enfermarias, consultório indiferenciado.

Área não crítica: onde não são realizados atendimentos em saúde. Por exemplo: salas administrativas.

4.2. Circulações:

O transporte de material contaminado se acondicionado dentro da técnica adequada pode ser realizado através de quaisquer ambientes e cruzar com material esterilizado ou usuário, sem risco algum. Circulações exclusivas para elementos sujos e limpos é medida dispensável.

4.3. Acabamentos de paredes, pisos, tetos e bancadas:

Os requisitos de limpeza e sanitização de pisos, paredes, tetos, pias e bancadas devem seguir as normas contidas no manual Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde 2ª edição, Ministério da Saúde / Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. Brasília-DF, 1994 ou o que vier a substituí-lo.

Os materiais adequados para o revestimento de paredes, pisos e tetos de ambientes de áreas críticas e semicríticas devem ser resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes.

4.4. Área crítica:

Os materiais, cerâmicos e outros não podem possuir índice de absorção de água superior a 4%, individualmente ou depois de instalados no ambiente, além do que o rejunte de suas peças, quando existir, também deve ser de material com esse mesmo índice de absorção. O uso de cimento sem qualquer aditivo antiabsorvente para rejunte de peças cerâmicas ou similares é vedado tanto nas paredes quanto nos pisos das áreas criticas.

Devem ser sempre priorizados materiais de acabamento que tornem as superfícies monolíticas com o menor número possível de ranhuras ou frestas, mesmo após o uso e limpeza frequente.

As tintas elaboradas a base de epóxi, PVC, poliuretano ou outras destinadas a áreas molhadas podem ser utilizadas nas áreas críticas tanto nas paredes, tetos quanto nos pisos, desde que sejam resistentes à lavagem, ao uso de desinfetantes e não sejam aplicadas com pincel. Quando utilizadas no piso, devem resistir também à abrasão e impactos a que serão submetidas.

Não deve haver tubulações aparentes nas paredes e tetos. Quando estas não forem embutidas, devem ser protegidas em toda sua extensão por um material resistente a impactos, a lavagem e ao uso de desinfetantes.

O uso de divisórias removíveis não é permitido, entretanto paredes pré-fabricadas podem ser usadas, desde que, quando instaladas, tenham acabamento monolítico, ou seja, não possuam ranhuras ou perfis estruturais aparentes e sejam resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes. Nas áreas semicríticas as divisórias só podem ser utilizadas se forem, também, resistentes ao uso de desinfetantes e a lavagem com água e sabão.

4.5. Área semicrítica:

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Devem ser sempre priorizados materiais de acabamento que tornem as superfícies monolíticas, com o menor número possível de ranhuras ou frestas, mesmo após o uso e limpeza frequente.

Não deve haver tubulações aparentes nas paredes e tetos. Quando estas não forem embutidas, devem ser protegidas em toda sua extensão por um material resistente a impactos, a lavagem e ao uso de desinfetantes.

4.6. Rodapés:

A execução da junção entre o rodapé e o piso deve ser de tal forma que permita a completa limpeza do canto formado. Rodapés com arredondamento acentuado, além de serem de difícil execução ou mesmo impróprios para diversos tipos de materiais utilizados para acabamento de pisos em nada facilitam o processo de limpeza do local.

4.7. Esquadrias:

Considerar um máximo aproveitamento do espaço ocupado pela janela, dando preferência a utilização de janelas tipo de correr.

Devem ser evitadas emendas nas peças e nos encontros dos montantes verticais e horizontais. As peças devem ter vedação perfeita contra ventos e chuvas.

5. Instalações:

5.1. Instalações elétricas:

As instalações elétricas deverão ser executadas de acordo com as Normas Técnicas Brasileiras vigentes (NBR's 13534, 5410, 5419 (aterramento), 6689, 14136) com as exigências da concessionária de luz local e recomendações da boa técnica.

Os circuitos devem ser separados conforme classe de emergência.

Devem ser previstos locais de fácil acesso para desativar alguns circuitos sem que seja necessário interromper a alimentação de toda a edificação.

As tomadas deverão ser construídas e instaladas de tal maneira que um derramamento de líquido não possa provocar um curto-circuito.

A iluminação nas áreas de trabalho deverá apresentar nível de iluminação entre 200 e 500 lux, conforme NBR 5413 (iluminação de interiores).

As tomadas deverão ser embutidas em pontos acima das bancadas. Todas as tomadas altas e interruptores deverão ser instalados a 1,10 m do piso, pelo seu eixo horizontal, com exceção das tomadas de ar condicionado cuja altura deverá ser especificada no projeto elétrico a ser desenvolvido.

Todas as tomadas deverão seguir o novo padrão brasileiro (NBR 14136/2002).

5.2. Instalações hidráulicas:

As instalações hidráulicas deverão ser executadas de acordo com o projeto específico de instalações de água e esgotamento sanitário e ainda, de acordo com as Normas Técnicas Brasileiras vigentes (principalmente as NBR's 5626 e 8160), com as exigências da concessionária local e recomendações da boa técnica. Água fria: as tubulações a serem instaladas deverão ser embutidas nas alvenarias. A rede deverá atender a todos os pontos necessários, considerando-se as instalações previstas, devendo-se considerar as alturas e as necessidades de cada equipamento, conforme projeto hidráulico de água fria a ser desenvolvido.

5.3. Instalações de esgoto e águas pluviais:

As instalações de esgoto e águas pluviais deverão ser executadas de acordo com as Normas Técnicas Brasileiras vigentes:

NBR - 10844 - Instalações prediais de águas pluviais;

NBR - 8160 - Sistemas prediais de esgoto sanitário - Projeto e Execução;

NBR - 5626 - Instalações prediais de água fria;

NBR- 7198 - Projeto e Execução de Instalações prediais de água quente; e

NBR - 6493 - Emprego de cores para identificação de tubulações e cores.

5.4. Sistema de proteção contra incêndio:

Deverão ser observadas as seguintes normas:

NR-23 (Portaria SIT-nº 24/2001) - Proteção Contra Incêndio para Locais de Trabalho;

NBR 13434-1/04 e NBR 13434-2/04 (Sinalização de Emergência/Segurança);

NBR 12693 - Proteção por Extintores de Incêndio Portáteis; e

NR 23, da Portaria 3214 do Ministério do Trabalho.

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017

Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, incisos I e II, da Constituição, resolve:

Art. 1º As ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) obedecerão ao disposto nesta Portaria.

TÍTULO I

DA PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE

CAPÍTULO I

DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Seção I

Do Programa Academia da Saúde

Art. 2º Fica instituído o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 1º)

Art. 3º O Programa Academia da Saúde tem como objetivo principal contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados. (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 2º)

Parágrafo Único. Os polos do Programa Academia da Saúde são espaços públicos construídos para o desenvolvimento das ações do programa, segundo os eixos descritos no art. 7º e em conformidade com os objetivos, princípios e diretrizes previstos nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 4º São diretrizes do Programa Academia da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 3º)

I - configurar-se como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, complementar e potencializador das ações de cuidados individuais e coletivos na atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 3º, I)

II - referenciar-se como um programa de promoção da saúde, prevenção e atenção das doenças crônicas não transmissíveis; e (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 3º, II)

III - estabelecer-se como espaço de produção, ressignificação e vivência de conhecimentos favoráveis à construção coletiva de modos de vida saudáveis. (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 3º, III)

Art. 5º São princípios do Programa Academia da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 4º)

I - participação popular e construção coletiva de saberes e práticas em promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 4º, I)

II - intersetorialidade na construção e desenvolvimento das ações; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 4º, II)

III - interdisciplinaridade na produção do conhecimento e do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 4º, III)

IV - integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 4º, IV)

V - intergeracionalidade, promovendo o diálogo e troca entre gerações; e (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 4º, V)

VI - territorialidade, reconhecendo o espaço como local de produção da saúde. (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 4º, VI)

Parágrafo Único. O Programa Academia da Saúde também segue os princípios, diretrizes e objetivos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 6º São objetivos específicos do Programa Academia da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 5º)

I - ampliar o acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 5º, I)

II - fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 5º, II)

III - desenvolver a atenção à saúde nas linhas de cuidado, a fim de promover o cuidado integral; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 5º, III)

IV - promover práticas de educação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 5º, IV)

V - promover ações intersetoriais com outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e outros equipamentos sociais do território; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 5º, V)

VI - potencializar as ações nos âmbitos da atenção básica, da vigilância em saúde e da promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 5º, VI)

VII - promover a integração multiprofissional na construção e na execução das ações; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 5º, VII)

VIII - promover a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 5º, VIII)

IX - ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 5º, IX)

X - aumentar o nível de atividade física da população; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 5º, X)

XI - promover hábitos alimentares saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 5º, XI)

XII - promover mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 5º, XII)

XIII - potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas que favoreçam a promoção da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 5º, XIII)

XIV - contribuir para ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de lazer, como proposta de inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população. (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 5º, XIV)

Art. 7º As atividades desenvolvidas no âmbito do Programa Academia da Saúde serão desenvolvidas conforme os seguintes eixos: (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 6º)

I - práticas corporais e atividades físicas; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 6º, I)

II - produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 6º, II)

III - promoção da alimentação saudável; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 6º, III)

IV - práticas integrativas e complementares; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 6º, IV)

V - práticas artísticas e culturais; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 6º, V)

VI - educação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 6º, VI)

VII - planejamento e gestão; e (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 6º, VII)

VIII - mobilização da comunidade. (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 6º, VIII)

Art. 8º O Programa Academia da Saúde será implantado pelas Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, com o apoio das Secretarias Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 7º)

Art. 9º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 8º)

I - elaborar diretrizes para implantação e funcionamento do Programa Academia da Saúde em âmbito nacional no SUS; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 8º, I)

II - elaborar normas técnicas do Programa Academia da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 8º, II)

III - definir recursos orçamentários e financeiros para a implantação do Programa Academia da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 8º, III)

IV - estimular pesquisas nas áreas de interesse para o Programa Academia da Saúde, em especial aquelas consideradas estratégicas para formação e desenvolvimento tecnológico para a promoção da saúde e produção do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 8º, IV)

V - estabelecer diretrizes para a educação permanente na área da promoção da saúde e da produção do cuidado, em consonância com as políticas de saúde vigentes; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 8º, V)

VI - manter articulação com os Estados para estimular a implantação de apoio aos Municípios para execução do Programa Academia da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 8º, VI)

VII - apoiar os Estados e o Distrito Federal no âmbito do Programa Academia da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 8º, VII)

VIII - promover articulação intersetorial para a efetivação do Programa Academia da Saúde com as outras políticas correlatas em âmbito nacional; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 8º, VIII)

IX - realizar monitoramento das propostas habilitadas para construção de polos do Programa Academia da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 8º, IX)

X - propor instrumentos e indicadores para acompanhamento e avaliação do impacto da implantação do Programa Academia da Saúde no Distrito Federal e nos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 8º, X)

XI - divulgar o Programa Academia da Saúde nos diferentes espaços colegiados do SUS e da sociedade; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 8º, XI)

XII - identificar experiências exitosas e promover o intercâmbio das tecnologias produzidas entre o Distrito Federal e os Municípios com o Programa Academia da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 8º, XII)

XIII - fortalecer a construção de Comunidade de Práticas no SUS. (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 8º, XIII)

Art. 10. Compete às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 9º)

I - apoiar os Municípios situados no respectivo Estado na implantação e no desenvolvimento do Programa Academia da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 9º, I)

II - promover articulação intersetorial para a implantação do Programa Academia da Saúde no âmbito estadual; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 9º, II)

III - definir recursos orçamentários e financeiros para a construção de polos e para a manutenção do Programa Academia da Saúde, conforme pactuação e quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 9º, III)

IV - pactuar, junto aos Municípios, os instrumentos e indicadores complementares para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação do Programa Academia da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 9º, IV)

V - estimular pesquisas nas áreas de interesse para o Programa Academia da Saúde, em especial aquelas consideradas estratégicas para formação e desenvolvimento tecnológico para a promoção da saúde e produção do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 9º, V)

VI - identificar experiências exitosas e promover o intercâmbio das tecnologias produzidas entre os Municípios; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 9º, VI)

VII - monitorar e avaliar o Programa Academia da Saúde no âmbito distrital e estadual junto aos Municípios; e (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 9º, VII)

VIII - divulgar o Programa Academia da Saúde nos diferentes espaços colegiados do SUS e da sociedade. (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 9º, VIII)

Art. 11. Compete às Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 10)

I - implantar o Programa Academia da Saúde no âmbito distrital e municipal; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 10, I)

II - executar os recursos financeiros de investimento repassados pelo Ministério da Saúde para a construção de polos do Programa Academia da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 10, II)

III - inserir o Programa Academia da Saúde no Plano Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 10, III)

IV - definir recursos orçamentários e financeiros para a construção de polos e manutenção do Programa Academia da Saúde, conforme pactuação e quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 10, IV)

V - apresentar o Programa Academia da Saúde ao respectivo Conselho de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 10, V)

VI - elaborar fluxos para o funcionamento do Programa Academia da Saúde na rede distrital ou municipal e propor fluxos regionais de saúde na Comissão Intergestores Regional; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 10, VI)

VII - promover articulação intersetorial para a efetivação do Programa Academia da Saúde no âmbito distrital e municipal; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 10, VII)

VIII - estimular alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 10, VIII)

IX - estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde na área da promoção da saúde e produção do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 10, IX)

X - estabelecer instrumentos de gestão e indicadores complementares para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação do Programa Academia da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 10, X)

XI - garantir o registro das atividades desenvolvidas no Programa; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 10, XI)

XII - utilizar o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) para envio de informações das atividades ao Ministério da Saúde ou outro sistema de informação vigente, observando-se os prazos determinados na Seção IV do Capítulo III do Título VII da Portaria de Consolidação nº 1; (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 10, XII)

XIII - estimular pesquisas nas áreas de interesse para o Programa Academia da Saúde, em especial aquelas consideradas estratégicas para a formação e o desenvolvimento tecnológico para a promoção da saúde e produção do cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 10, XIII)

XIV - divulgar o Programa Academia da Saúde nos diferentes espaços colegiados do SUS e da sociedade. (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 10, XIV)

Art. 12. O Programa Academia da Saúde é um serviço da Atenção Básica e deve promover a articulação com toda a rede de atenção à saúde do SUS, bem como com outros serviços sociais realizados na respectiva região. (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 11)

Art. 13. As atividades do Programa Academia da Saúde também serão desenvolvidas por profissionais da Atenção Básica, inclusive aqueles que atuam na Estratégia Saúde da Família e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, quando houver. (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 12)

Parágrafo Único. Além dos profissionais mínimos da equipe, o Distrito Federal e os Municípios poderão acrescentar profissional(ais) de outras áreas de conhecimento para o desenvolvimento de atividades afins aos objetivos, princípios e diretrizes do Programa Academia da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 12, Parágrafo Único)

Art. 14. Fica recomendado ao Distrito Federal e aos Municípios a constituição de grupo de apoio à gestão para cada polo implantado, formado pelos profissionais que atuam no Programa Academia da Saúde e na Atenção Básica da área de abrangência do polo, por representantes do controle social e por profissionais de outras áreas envolvidas no Programa, a fim de garantir a gestão compartilhada do espaço e a organização das atividades. (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 13)

Art. 15. O Programa Academia da Saúde será desenvolvido nos espaços dos polos, não havendo impedimento para extensão das atividades a outros equipamentos da saúde ou sociais. (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 14)

Art. 16. Os recursos destinados à infraestrutura do polo do Programa Academia da Saúde poderão ser provenientes de recursos próprios da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme pactuação. (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 15)

Art. 17. É livre à iniciativa privada a reprodução total ou parcial de quaisquer das modalidades dos polos do Programa Academia da Saúde em espaços próprios, não havendo, porém, disponibilização de recursos financeiros de investimento e de custeio do Poder Público para tais fins. (Origem: PRT MS/GM 2681/2013, Art. 16)

Subseção I

Das Disposições Gerais

(Origem: PRT MS/GM 1707/2016, CAPÍTULO I)

Art. 18. Ficam definidos as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos; fica unificado o repasse do incentivo financeiro de custeio por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável); e ficam definidos os critérios de similaridade entre Programas em desenvolvimento no Distrito Federal e nos municípios e o Programa Academia da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 1º)

Art. 19. O Programa Academia da Saúde será desenvolvido nas seguintes modalidades de polos, a serem construídas pelo Distrito Federal e pelos municípios interessados, observadas as estruturas do Anexo I : (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 2º)

I - Modalidade Básica; (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 2º, I)

II - Modalidade Intermediária; e (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 2º, II)

III - Modalidade Ampliada. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 2º, III)

§ 1º Os polos do Programa Academia da Saúde serão construídos pelo município ou Distrito Federal interessado, em conformidade com as estruturas físicas mínimas definidas no Anexo I . (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 2º, § 1º)

§ 2º É facultada aos municípios e Distrito Federal a inclusão de equipamentos na área descoberta, dispostos no Anexo II , não podendo os mesmos serem substituídos por outros tipos. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 2º, § 2º)

§ 3º É vedada a substituição dos equipamentos previstos no Anexo II por outros não previstos na regulamentação do Programa Academia da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 2º, § 3º)

§ 4º Os polos do Programa Academia da Saúde deverão ser construídos na área de abrangência territorial do estabelecimento de saúde de referência no âmbito da Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 2º, § 4º)

§ 5º Para fins do disposto no § 4º, o polo da Modalidade Básica, tendo em vista sua estrutura reduzida, deverá ser construído em um raio de até 100 (cem) metros do estabelecimento de saúde de referência. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 2º, § 5º)

§ 6º O polo do Programa Academia da Saúde deverá ser identificado utilizando padrões visuais do Programa Academia da Saúde, apresentados no Manual de Identidade Visual (MIV) do Programa Academia da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/academiadasaude. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 2º, § 6º)

Art. 20. As ações desenvolvidas em cada polo do Programa Academia da Saúde deverão somar, no mínimo, 40 (quarenta) horas semanais, com garantia de funcionamento do polo em, pelo menos, 2 (dois) turnos diários, em horários definidos a partir da necessidade da população e do território. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 3º)

Art. 21. O gestor de saúde poderá ampliar, a qualquer momento, o número de profissionais vinculados ao Programa Academia da Saúde, respeitando a lista do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 4º)

Art. 22. O gestor de saúde deverá estimular que as equipes da Atenção Básica, especialmente as equipes do NASF, quando houver, desenvolvam ações no polo de forma compartilhada com o(s) profissional(is) do Programa Academia da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 5º)

Art. 23. Os municípios e Distrito Federal interessados em implantar o Programa Academia da Saúde, a partir da data de publicação da Portaria nº 1707/GM/MS, de 23 de setembro de 2016, farão jus aos seguintes incentivos financeiros: (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 6º)

I - de investimento, para construção de polos do Programa Academia da Saúde, regido pela Subseção II da Seção I do Capítulo I do Título I; e (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 6º, I)

II - de custeio, para a manutenção dos polos do Programa Academia da Saúde, regido pelo Seção VI do Capítulo II do Título II da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 6º, II)

Subseção II

Do Incentivo Financeiro de Investimento do Programa Academia da Saúde

(Origem: PRT MS/GM 1707/2016, CAPÍTULO II)

Art. 24. O ente federativo habilitado poderá solicitar ao DAB/SAS/MS a alteração do local ou endereço da construção do polo do Programa Academia da Saúde, desde que: (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 13)

I - o pedido de alteração de endereço seja efetuado antes do recebimento da 2ª parcela do incentivo de investimento; (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 13, I)

II - realize a inserção no SISMOB dos documentos e informações relativas aos novos endereços; e (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 13, II)

III - realize a inserção no SISMOB, caso o novo endereço de construção do polo do Programa Academia da Saúde acarrete também a mudança do seu estabelecimento de referência no âmbito da Atenção Básica, dos seguintes documentos e informações: (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 13, III)

a) novo número de habitantes a serem cobertos pelo polo do Programa Academia da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 13, III, a)

b) número registrado no SCNES do novo estabelecimento de referência no âmbito da Atenção Básica da área de abrangência do polo. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 13, III, b)

Parágrafo Único. O novo local ou endereço para o qual é solicitada a construção do polo do Programa Academia da Saúde deverá estar em conformidade com as estruturas e respectivas áreas definidas no Anexo I e com a modalidade contemplada na proposta. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 25. As informações de monitoramento sobre o início, a execução, o andamento e a conclusão da obra do polo do Programa Academia da Saúde serão inseridas no SISMOB pelo ente federativo habilitado, sendo de responsabilidade do gestor de saúde a permanente e contínua atualização desses dados no mínimo uma vez a cada 30 (trinta) dias, responsabilizando-se ainda pela veracidade e qualidade dos dados fornecidos. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 14)

§ 1º Na hipótese de inexistência de modificação das informações descritas neste artigo até 60 (sessenta) dias após a última inserção de dados, o ente federativo habilitado, ainda assim, fica obrigado a acessar o SISMOB para registro dessa atividade pelo próprio sistema informatizado. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 14, § 1º)

§ 2º O monitoramento de que trata o "caput" não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 14, § 2º)

Art. 26. Caso o gestor de saúde responsável não providenciar a regularização da alimentação ou atualização das informações no SISMOB por 60 (sessenta) dias consecutivos, o DAB/SAS/MS adotará as medidas necessárias à suspensão do repasse dos recursos financeiros do Ministério da Saúde ao respectivo ente federativo para a execução do respectivo programa ou estratégia, a qual perdurará até o saneamento da mencionada irregularidade. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 15)

Parágrafo Único. Regularizada a causa que ensejou a suspensão do repasse de recursos financeiros de que trata o "caput", o DAB/SAS/MS providenciará a regularização das transferências dos recursos. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 27. Com o término da obra objeto do incentivo financeiro de investimento de que trata esta Subseção, o ente federativo habilitado assumirá a manutenção preventiva do respectivo polo do Programa Academia da Saúde pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, como condição para continuar no Programa e, depois desse prazo, para receber eventuais novos recursos financeiros. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 16)

Art. 28. As despesas para construção dos polos do Programa Academia da Saúde são de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 17)

§ 1º A complementação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde é de responsabilidade conjunta dos estados e dos municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva CIB. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 17, § 1º)

§ 2º Caso o custo final da construção do polo do Programa Academia da Saúde seja superior ao incentivo financeiro de investimento repassado pelo Ministério da Saúde para cada modalidade, nos termos desta Subseção, a respectiva diferença de valores deverá ser custeada pelo próprio município, pelo Distrito Federal ou pelo estado, conforme pactuação. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 17, § 2º)

Subseção III

Dos Critérios de Similaridade entre Programa em Desenvolvimento no Distrito Federal e nos Municípios e o Programa Academia da Saúde

(Origem: PRT MS/GM 1707/2016, CAPÍTULO IV)

Art. 29. Poderão pleitear o credenciamento ao recebimento do incentivo financeiro de custeio de que trata a Seção VI do Capítulo II do Título II da Portaria de Consolidação nº 6, na condição de programa similar ao Programa Academia da Saúde, conforme disposto no art. 136, III da Portaria de Consolidação nº 6, as iniciativas locais que: (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 25)

I - estejam em desenvolvimento sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde ou da Secretaria de Saúde do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 25, I)

II - possuam profissional(is) em atuação no programa similar conforme lista de códigos da CBO descrita no Anexo III, sendo pelo menos 1 (um) profissional com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais ou 2 (dois) profissionais com carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais cada, o(s) qual(is) desenvolverá(ão) atividades no programa similar ao Programa Academia da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 25, II)

III - desenvolvam as ações previstas no art. 7º; (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 25, III)

IV - possuam estrutura física construída ou adaptada exclusivamente para o Programa, semelhante ou igual a uma das modalidades de polo do Programa Academia da Saúde prevista no art. 19 e localizada em território coberto pelas ações da Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 25, IV)

V - ofertem ações por, no mínimo, 40 (quarenta) horas semanais, com garantia de funcionamento do polo em, pelo menos, 2 (dois) turnos diários, em horários definidos a partir da necessidade da população e do território. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 25, V)

Parágrafo Único. Não serão consideradas estruturas físicas semelhantes às modalidades de polo do Programa Academia da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 25, Parágrafo Único)

I - estabelecimentos de ensino; (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 25, Parágrafo Único, I)

II - locais de práticas religiosas; (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 25, Parágrafo Único, II)

III - equipamentos esportivos, tais como ginásios, quadras esportivas e poliesportivas; (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 25, Parágrafo Único, III)

IV - clubes municipais ou comunitários de esporte, lazer e recreação; (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 25, Parágrafo Único, IV)

V - centro de treinamento desportivo; (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 25, Parágrafo Único, V)

VI - centro social urbano; (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 25, Parágrafo Único, VI)

VII - conjunto de equipamentos para exercícios físicos resistidos dispostos em praças, parques e clubes; e (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 25, Parágrafo Único, VII)

VIII - parques, praças e clubes em geral. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 25, Parágrafo Único, VIII)

Art. 30. Para pleitear o credenciamento ao recebimento do incentivo financeiro de custeio de que trata a Seção VI do Capítulo II do Título II da Portaria de Consolidação nº 6 destinado ao custeio de polos similares aos do Programa Academia da Saúde, serão observados os procedimentos dispostos no art. 137 da Portaria de Consolidação nº 6, no que couber. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 26)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300361

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Parágrafo Único. No momento da solicitação de recebimento do incentivo financeiro de custeio, na forma do "caput", o município ou Distrito Federal deverá informar o(s) SCNES do(s) polo(s) ou ao Estabelecimento de Atenção Básica onde a estrutura de apoio ao Programa esteja localizada. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 26, Parágrafo Único)

Art. 31. A habilitação ao credenciamento do incentivo financeiro de custeio de polos similares aos do Programa Academia da Saúde ocorrerá nos moldes do Anexo LXXV . (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 27)

Art. 32. Para a manutenção do recebimento do incentivo financeiro de custeio, pelo Distrito Federal e municípios, destinado aos polos similares aos do Programa Academia da Saúde, será observado o disposto nos arts. 140 e 141 da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 28)

Subseção IV

Das Disposições Transitórias

(Origem: PRT MS/GM 1707/2016, CAPÍTULO V)

Art. 33. Para as propostas de construção, ainda não concluídas, de polos do Programa Academia da Saúde habilitadas em 2013, 2014 e 2015, nos termos da Portaria nº 2.684/GM/MS, de 2013, serão observados os prazos dispostos no art. 805 da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 29)

Art. 34. Para as propostas de construção de polos do Programa Academia da Saúde habilitadas em 2011 e 2012, nos termos da Portaria nº 2.684/GM/MS, de 8 de novembro de 2013, o repasse dos recursos financeiros será realizado mediante cumprimento § 4º do art. 19, das alíneas "c" e "d" do inciso II, alíneas "c" e "d" do inciso III e § 2º, todos do art. 804 da Portaria de Consolidação nº 6, bem como o art. 806 da Portaria de Consolidação nº 6 e os arts. 24, 25, 26, 27 e 28 , e, ainda, inserir no Sistema de Cadastro de Propostas Fundo a Fundo, disponível no endereço eletrônico www.fns.saude.gov.br, os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 30)

I - ordem de Serviço, assinada por profissional habilitado pelo CREA ou CAU, ratificada pelo gestor local e encaminhada à CIB ou CGSES/DF através de oficio, para solicitar a segunda parcela; e (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 30, I)

II - atestado de Conclusão da Edificação, assinada por profissional habilitado pelo CREA ou CAU, ratificada pelo gestor local e encaminhada à CIB ou CGSES/DF através de Oficio, para solicitação da terceira parcela. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 30, II)

Parágrafo Único. O repasse da segunda e terceira parcelas de que tratam os incisos II e III do art. 804 da Portaria de Consolidação nº 6 apenas ocorrerá após análise e aprovação pelo DAB/SAS/MS das informações e dos documentos inseridos no Sistema do Fundo Nacional de Saúde e no SISMOB pelo ente federativo. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 30, Parágrafo Único)

Art. 35. Os polos do Programa da Academia da Saúde habilitados ao recebimento do incentivo de custeio nos termos da Portaria nº 2.684/GM/MS, de 8 de novembro de 2013 e da Portaria nº 183/GM/MS, de 30 de janeiro de 2014, serão regidos nos termos da regulamentação inaugurada com a publicação da Portaria nº 1.707/GM/MS, de 23 de setembro de 2016. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 31)

§ 1º Todos os polos custeados e habilitados nos termos da Portaria nº 2.684/GM/MS, de 2013, e da Portaria nº 183/GM/MS, de 30 de janeiro de 2014, passarão a receber, a partir da publicação da Portaria nº 1.707/GM/MS, de 23 de setembro de 2016, o incentivo financeiro de custeio de que trata a Seção VI do Capítulo II do Título II da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 31, § 1º)

§ 2º Os entes federativos com polos custeados fundo a fundo no Piso Varável da Vigilância em Saúde deverão proceder com o cadastro de proposta de custeio no sistema do Ministério da Saúde informado no endereço eletrônico www.saude.gov.br/academiadasaude, para fins de unificação do banco de informação. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 31, § 2º)

§ 3º O Distrito Federal e os municípios que se enquadrem na hipótese do § 2º e possuam mais de um polo custeados, nos termos da Portaria nº 2.684/GM/MS, de 2013, poderão cadastrar proposta de custeio para os demais polos, observado o disposto nos arts. 137, 138 e 139 da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 31, § 3º)

Subseção V

Das Disposições Finais

(Origem: PRT MS/GM 1707/2016, CAPÍTULO VI)

Art. 36. O Distrito Federal e os municípios observarão o prazo que consta na Seção IV do Capítulo III do Título VII da Portaria de Consolidação nº 1, e suas alterações, para a operacionalização da estratégia e-SUSAB, por meio da utilização dos sistemas Coleta de Dados Simplificados (e-SUS CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (e-SUSAB PEC) e do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 32)

Art. 37. O monitoramento e a avaliação das atividades realizadas no âmbito do Programa Academia da Saúde ficarão a cargo do Ministério da Saúde, por meio da SAS/MS e da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, podendo essas ações serem realizadas por meio de: (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 33)

I - indicadores e instrumentos de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 33, I)

II - registro da produção dos profissionais de saúde no desenvolvimento de ações do Programa Academia da Saúde nos sistemas de informação do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 33, II)

III - instrumentos para identificar o grau de satisfação e adesão dos usuários; e (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 33, III)

IV - inquéritos de base populacional. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 33, IV)

Art. 38. Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobra de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 34)

Art. 39. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, distrital e municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 35)

Art. 40. Nos casos em que se verificar que não houve a execução do objeto originalmente pactuado e que os recursos financeiros transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde foram executados, total ou parcialmente, em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 36)

Art. 41. Os recursos financeiros para a execução das atividades previstas no âmbito do Programa Academia da Saúde são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, podendo onerar uma ou mais das seguintes fontes orçamentárias abaixo: (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 37)

I - em relação ao incentivo financeiro de investimento para construção de polos do Programa Academia da Saúde, o Programa de Trabalho 10.301.2015.20YL - Estruturação das Academias da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 37, I)

II - em relação ao incentivo financeiro de custeio dos polos do Programa Academia da Saúde e dos polos habilitados em programa em desenvolvimento no Distrito Federal e no município identificado como similar ao Programa Academia da Saúde, o Programa de Trabalho 10.301.2015.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 37, II)

Art. 42. O repasse dos recursos financeiros referentes ao Programa Academia da Saúde ficará condicionado à existência de disponibilidade orçamentária anual do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 38)

CAPÍTULO II

DO SANGUE, COMPONENTES E HEMODERIVADOS

Art. 43. Os procedimentos operacionais pertinentes ao sangue, componentes e hemoderivados observarão o disposto no Anexo IV;

Seção I

Do Ressarcimento de Custos Operacionais de Sangue e Hemocomponentes ao SUS, Quando Houver Fornecimento aos Não-Usuários do SUS e Instituições Privadas de Saúde

Art. 44. Fica aprovada, na forma do Anexo V , a tabela de referência para fins de ressarcimento aos serviços de hemoterapia públicos do Sistema Único de Saúde (SUS), de procedimentos para atendimento hemoterápico aos não-usuários do SUS e instituições privadas de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1469/2006, Art. 1º)

Art. 45. Ficam aprovados, na forma do Anexo VI , os instrumentos/indicadores de controle e avaliação de serviços prestados aos não usuários do SUS e a instituições privadas de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1469/2006, Art. 2º)

Art. 46. Fica estabelecido, em conformidade com o Anexo VII , o formato de abatimento da produção direcionada para atendimento hemoterápico aos não-usuários do SUS e a instituições privadas de saúde daquela apresentada mensalmente ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 1469/2006, Art. 3º)

Art. 47. Os Serviços de Hemoterapia Públicos que prestam ou venham prestar atendimento não-SUS apresentarão, mensalmente, à Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (CGSH/DAHU/SAS/MS), o demonstrativo de que trata o Anexo VII . (Origem: PRT MS/GM 1469/2006, Art. 4º)

Parágrafo Único. Em conformidade com a Resolução RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, para efetivação do atendimento hemoterápico aos não-usuários do SUS e a instituições privadas de saúde pelos serviços de hemoterapia públicos, deverão ser firmados contratos interinstitucionais considerando os níveis de complexidade da unidade contratante. (Origem: PRT MS/GM 1469/2006, Art. 4º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO III

DA SAÚDE MENTAL

Seção I

Do Programa De Volta Para Casa e Comissão de Acompanhamento

Art. 48. São considerados egressos e possíveis beneficiários para efeito da Lei nº 10.708, todas as pessoas portadoras de transtorno mental que estejam comprovadamente internadas em hospital psiquiátrico por período ininterrupto igual ou superior a dois anos, as quais deverão estar incluídas no Cadastro de Beneficiários Potenciais do Programa "De Volta Para Casa". (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 1º)

Parágrafo Único. Este critério aplica-se também às situações previstas nos § 1º e § 3º, do artigo 3º, da Lei nº 10.708/2003. (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 49. São documentos e procedimentos necessários para inclusão no Cadastro de Beneficiários Potenciais do Programa "De Volta Para Casa": (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 2º)

I - relação de beneficiários potenciais colhidas pelo gestor local nas unidades prestadoras, num prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da publicação da Portaria nº 2077/GM/MS, de 31 de outubro de 2003; (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 2º, I)

II - relatório da área de controle e avaliação atestando a conferência dos dados constantes na relação do Inciso I; e (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 2º, II)

III - relação de possíveis beneficiários encaminhados pelos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, num prazo de 30 (trinta) dias, para Secretaria Estadual de Saúde a contar da data de publicação da Portaria nº 2077/GM/MS, de 31 de outubro de 2003. (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 2º, III)

§ 1º As relações referidas nos incisos I e III deverão conter as seguintes informações: nome e CNPJ da instituição, nome do paciente, data de nascimento, RG ou certidão de nascimento (se houver), CPF (se houver), diagnóstico, data de início da internação. (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 2º, § 1º)

§ 2º As relações acima referidas deverão ser encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde/Coordenação de Saúde Mental para conhecimento e registro, e à Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, para análise e validação pela Comissão de Acompanhamento do Programa "De Volta Para Casa" (CAP-MS), de que trata o art. 58. (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 2º, § 2º)

Art. 50. Da habilitação dos Municípios, tendo em vista atender ao inciso IV do art. 3º, da Lei nº 10.708/2003, são pré-condições cumulativas: (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 3º)

I - o Município ofertar ações de saúde que atendam às necessidades dos beneficiários, conforme certificação pela Comissão Estadual pela comissão de acompanhamento (CAP-SES), de que trata o art. 58; (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 3º, I)

II - os Municípios terem aderido formalmente ao Programa, por meio de envio de Termo de Adesão Anexo VIII ; e (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 3º, II)

III - formalização da habilitação pelo Ministério da Saúde por meio de portaria. (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 3º, III)

Art. 51. Serão considerados Municípios prioritários para habilitação no Programa aqueles que possuem ações desenvolvidas, ou em desenvolvimento, de reintegração social para pessoas acometidas por transtorno mental, que tenham moradores em serviços residenciais terapêuticos, e equipe de saúde estruturada para apoiar esta ação e que cumpram as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 4º)

I - apresentam alta concentração de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos que atendem aos requisitos de temporalidade do tratamento; (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 4º, I)

II - tenham hospitais em processo de descredenciamento do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 4º, II)

III - que estejam destinados a acolher pacientes de programas de desinstitucionalização egressos de hospitais localizados em outros Municípios. (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 4º, III)

Art. 52. A solicitação de inclusão no Programa "De Volta Para Casa", preenchida e assinada pelo paciente Anexo IX ou seu representante legal, quando necessário Anexo X é documento indispensável para iniciar o processo, e será dirigido à Secretaria Municipal de Saúde, de Município habilitado; (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 5º)

Parágrafo Único. O fluxo da solicitação à Secretaria Municipal de Saúde obedecerá à seguinte sequência: (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 5º, Parágrafo Único)

I - avaliação da solicitação por parte de uma equipe de saúde designada pelo gestor municipal conforme Instrução Normativa Anexo XI e utilizando como base roteiro específico para avaliação proposto em manual do Programa "De Volta Para Casa" a ser expedido pela Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 5º, Parágrafo Único, I)

II - se o parecer for favorável, será preenchido Formulário de Inclusão do Solicitante Anexo XII , contendo informações necessárias e obrigatórias que deverá ser enviado ao Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (CAP-MS); e (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 5º, Parágrafo Único, II)

III - se a solicitação de inclusão não for aprovada, é facultado ao solicitante recurso junto à Secretaria Estadual de Saúde e, em última instância, ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 5º, Parágrafo Único, III)

Art. 53. São requisitos necessários para a solicitação de inclusão do beneficiário no Programa "De Volta Para Casa": (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 6º)

I - a habilitação do Município responsável pela atenção continuada; (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 6º, I)

II - o beneficiário deverá possuir a documentação exigida: Documento de Identidade /Registro Geral ou Certidão de Nascimento; e (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 6º, II)

III - Formulário de Inclusão no Programa preenchido pelo Município. (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 6º, III)

Parágrafo Único. O Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Saúde Mental, da Secretaria de Atenção à Saúde, deste Ministério, poderá solicitar informações complementares, para validação da inclusão, de acordo com o caso. (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 6º, Parágrafo Único)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300362

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 54. Para efeito de pagamento, de acordo com artigo 2º da Lei nº 10.708/2003: (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 7º)

§ 1º O recebimento do benefício pelo paciente se dará após a sua saída da instituição hospitalar e de sua inserção no Programa "De Volta Para Casa" no âmbito local; (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Quando for o caso, se o beneficiário do Programa necessitar de representante legal, este deverá firmar termo de compromisso de fielmente zelar pelos direitos e deveres do beneficiário no âmbito do referido Programa Anexo XIII ; (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 7º, § 2º)

§ 3º Para os beneficiários contemplados nos § 1º e § 3º, do art 3º, da Lei nº 10.708/2003, os repasses serão efetuados quando aprovados os processos de inclusão; e (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 7º, § 3º)

§ 4º A operacionalização do pagamento será descrita em manual do Programa "De Volta Para Casa" a ser expedido pela Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 7º, § 4º)

Art. 55. A saída do paciente da instituição hospitalar implicará a exclusão do leito do cadastro SIH/SUS e transferência dos recursos correspondentes para ações extra-hospitalares de Saúde Mental por meio de mecanismos a ser regulamentado pela Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 8º)

Art. 56. A suspensão do benefício, nos termos do artigo 4º, da Lei nº 10.708/2003, ocorrerá: (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 9º)

§ 1º A qualquer momento, por solicitação do beneficiário ou seu representante legal; (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Quando ocorrer reinternação do beneficiário em hospital psiquiátrico, por período igual ou superior a 30 (trinta) dias ao ano; (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 9º, § 2º)

§ 3º Quando o beneficiário, de acordo com relatório trimestral de avaliação individual, realizado pela coordenação local, não reunir condições de permanecer inserido no Programa, conforme inciso II, do artigo 4º, da supracitada Lei; (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 9º, § 3º)

§ 4º Quando a coordenação local do Programa identificar que o representante legal não cumpre com as exigências contidas no termo de compromisso, enquanto não seja definido um novo representante legal; (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 9º, § 4º)

§ 5º Quando o gestor local descumprir com os compromissos firmados no Termo de Adesão municipal ao Programa; (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 9º, § 5º)

§ 6º Quando o paradeiro do beneficiário for desconhecido por mais de 40 (quarenta dias). (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 9º, § 6º)

§ 7º Nos casos previstos nos § 2º e § 3º, é facultado recurso, pelo beneficiário ou seu representante legal, à Secretaria Estadual de Saúde e, em última instância, ao Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 9º, § 7º)

§ 8º Nos casos previstos no § 4º, é facultado recurso do Município ao Ministério da Saúde; e. (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 9º, § 8º)

§ 9º Cabe à Secretaria Municipal de Saúde a notificação imediata à Secretaria de Estado da Saúde (CAP-SES), dos casos de reinternação dos beneficiários em hospital psiquiátrico ou Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 9º, § 9º)

Art. 57. Para a renovação do benefício será necessário: (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 10)

§ 1º Apresentação de relatório do gestor local ao Ministério da Saúde, contendo parecer da equipe de saúde que indicará necessidade de permanência do beneficiário no Programa, com antecedência de 60 dias do término de um ano do recebimento do auxílio; e (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 10, § 1º)

§ 2º Parecer favorável da Comissão de Acompanhamento do Programa "De Volta Para Casa" (CAP-SES). (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 10, § 2º)

Art. 58. Cabe ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Saúde Mental, da Secretaria de Atenção à Saúde, deste Ministério, ouvida a Comissão de Acompanhamento do Programa "De Volta Para Casa": (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 11)

I - conceder o auxílio-reabilitação psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 11, I)

II - decidir sobre inclusão e exclusão de beneficiário no Programa; (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 11, II)

III - decidir sobre o pedido de renovação e homologá-lo ou não; (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 11, III)

IV - gerar informação à instituição financeira quanto à renovação por mais 1 (um) ano; (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 11, IV)

V - garantir recurso orçamentário para este fim; e (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 11, V)

VI - decidir sobre habilitação de Município no Programa "De Volta Para Casa". (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 11, VI)

Art. 59. O acompanhamento do auxílio-reabilitação psicossocial será efetuado através de Comissão de Acompanhamento do Programa "De Volta Para Casa" (CAP-MS), constituída pelo Ministério da Saúde, por meio de Portaria, que terá as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 12)

I - emitir parecer sobre a habilitação de Municípios; (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 12, I)

II - emitir parecer sobre inclusão e exclusão de beneficiário no Programa; (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 12, II)

III - emitir parecer sobre renovação do auxílio-reabilitação psicossocial ao beneficiário; (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 12, III)

IV - elaborar e pactuar as normas aplicáveis ao programa e submetê-las ao Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 12, IV)

V - ratificar o levantamento nacional de clientela de beneficiários em potencial do Programa "De Volta Para Casa"; e (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 12, V)

VI - acompanhar e assessorar a implantação e avaliação do Programa. (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 12, VI)

Parágrafo Único. No âmbito Estadual deverá ser constituída Comissão Estadual de Acompanhamento do Programa "De Volta Para Casa" (CAP-SES) que terá as funções de emitir parecer sobre exclusão do Programa e renovação do benefício, bem como outras ações necessárias ao acompanhamento do Programa. (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 12, Parágrafo Único)

Art. 60. Casos omissos serão decididos pela Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Saúde Mental, ouvida a Comissão de Acompanhamento do Programa "De Volta Para Casa". (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Art. 13)

Art. 61. Fica instituída a Comissão de Acompanhamento do "De Volta Para Casa" que será composta pelos representantes das seguintes instâncias/instituições, sob a coordenação do primeiro: (Origem: PRT MS/GM 2078/2003, Art. 1º)

I - Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 2078/2003, Art. 1º, I)

II - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2078/2003, Art. 1º, II)

III - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); e (Origem: PRT MS/GM 2078/2003, Art. 1º, III)

IV - Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2078/2003, Art. 1º, IV)

Art. 62. Ficam atribuídas à referida Comissão as seguintes responsabilidades: (Origem: PRT MS/GM 2078/2003, Art. 2º)

I - emitir parecer sobre a habilitação de Municípios; (Origem: PRT MS/GM 2078/2003, Art. 2º, I)

II - emitir parecer sobre inclusão e exclusão de beneficiário no Programa; (Origem: PRT MS/GM 2078/2003, Art. 2º, II)

III - emitir parecer sobre renovação do auxílio-reabilitação psicossocial ao beneficiário; (Origem: PRT MS/GM 2078/2003, Art. 2º, III)

IV - elaborar e pactuar as normas aplicáveis ao programa e submetê-las ao Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2078/2003, Art. 2º, IV)

V - pactuar a definição de Municípios prioritários para habilitação no programa; (Origem: PRT MS/GM 2078/2003, Art. 2º, V)

VI - ratificar o levantamento nacional de clientela de beneficiários em potencial do Programa "De Volta Para Casa"; e (Origem: PRT MS/GM 2078/2003, Art. 2º, VI)

VII - acompanhar e assessorar a implantação e avaliação do programa. (Origem: PRT MS/GM 2078/2003, Art. 2º, VII)

Art. 63. Fica atribuída à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) a constituição de Grupo Técnico para assessorar a Comissão de Acompanhamento do Programa. (Origem: PRT MS/GM 2078/2003, Art. 3º)

Seção II

Do Programa de Desinstitucionalização Integrante do Componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Art. 64. Fica criado o Programa de Desinstitucionalização como integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 1º)

Art. 65. O componente Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS é constituído por iniciativas que visam garantir às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando-se sua progressiva inclusão social. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 2º)

Art. 66. O Programa de Desinstitucionalização tem como objetivos: (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 3º)

I - apoiar e desenvolver ações de desinstitucionalização de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em situação de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos no âmbito do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 3º, I)

II - apoiar e desenvolver ações e estratégias nos processos de reabilitação psicossocial no território das pessoas desinstitucionalizadas, favorecendo-se os percursos de produção de autonomia e da contratualidade social, de forma a garantir seus direitos e a efetiva participação e inclusão social, fortalecendo a RAPS. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 3º, II)

Parágrafo Único. Para fins desta Seção, considera-se a internação de longa permanência de que trata o inciso I do "caput" aquela superior a 1 (um) ano, de forma ininterrupta. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 67. Para a consecução dos objetivos estabelecidos pelo art. 66 fica criada, no âmbito do Programa de Desinstitucionalização, a Equipe de Desinstitucionalização. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 4º)

Art. 68. Compete à Equipe de Desinstitucionalização: (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 5º)

I - apoiar as equipes profissionais de hospital psiquiátrico e realizar, quando necessária, a avaliação clínica, psiquiátrica e psicossocial das pessoas em situação de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos, objetivando a elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS), orientado para a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial no território; (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 5º, I)

II - apoiar as equipes de profissionais de hospital psiquiátrico na transformação da organização institucional, com vistas à reabilitação psicossocial, garantindo-se o respeito aos direitos humanos das pessoas internadas; (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 5º, II)

III - apoiar as equipes de profissionais de hospital psiquiátrico na reestruturação do funcionamento técnico operacional da instituição, com implementação e fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, e a reorganização das enfermarias de acordo com a procedência das pessoas internadas e/ou municípios de residência atual dos familiares, respeitando-se, sempre que possível, os vínculos estabelecidos entre as pessoas internadas no ambiente hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 5º, III)

IV - apoiar as equipes de profissionais de hospital psiquiátrico no desenvolvimento de estratégias ou ações que favoreçam a construção de protagonismo das pessoas internadas, tais como assembleias, espaços coletivos de encontros e trocas, reapropriação do uso dos objetos pessoais; (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 5º, IV)

V - apoiar as equipes de profissionais de hospital psiquiátrico no desenvolvimento de estratégias que garantam o cuidado cotidiano na perspectiva da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial, incluídas as questões clínicas, com redimensionamento da atenção orientada para a construção de autonomia e o acesso aos direitos de cidadania; (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 5º, V)

VI - desenvolver ações nos contextos dos projetos terapêuticos singulares que viabilizem a obtenção de documentação e o acesso a benefícios previdenciários e assistenciais, assim como o auxílio-reabilitação psicossocial do Programa De Volta Para Casa; (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 5º, VI)

VII - identificar situação de curatela e procurações existentes com o devido acionamento dos órgãos competentes para as providências necessárias; (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 5º, VII)

VIII - desenvolver estratégias de rearticulação de vínculos familiares e/ou sociais e de promoção da participação dos familiares e/ou pessoas das redes sociais das pessoas internadas no processo de desinstitucionalização, tais como atenção familiar, visita domiciliar, reunião de familiares, assembleias, além de ações conjuntas com os familiares e as pessoas internadas; (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 5º, VIII)

IX - desenvolver ações que propiciem a interação das pessoas internadas com seus familiares e pessoas da cidade, com criação de espaços para promoção de encontros dentro do hospital e nos territórios da cidade; (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 5º, IX)

X - articular recursos, instituições e pontos de atenção da RAPS no território para acolhimento, cuidado e reabilitação psicossocial das pessoas com internação de longa permanência, visando à desinstitucionalização, respeitando-se, sempre que possível, os vínculos criados pelas pessoas durante o período em que estiveram internadas, de acordo com os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 5º, X)

a) retorno à família, quando houver possibilidade de coabitação e convivência, de acordo com projetos terapêuticos singulares; (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 5º, X, a)

b) inserção nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); e (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 5º, X, b)

c) para as pessoas com deficiência, quando indicado, encaminhamento para as residências inclusivas, estabelecidas pela Portaria Interministerial nº 03/MDS/MS, de 21 de setembro de 2012; (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 5º, X, c)

XI - desenvolver estratégias para educação permanente dos atores institucionais e comunitários implicados no projeto; (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 5º, XI)

XII - avaliar os casos de internação psiquiátrica compulsória ou em cumprimento de medida de segurança e articular com os órgãos competentes para abordagem destas situações; e (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 5º, XII)

XIII - compor as equipes multiprofissionais dos pontos de atenção das RAPS, de acordo com os critérios definidos nos arts. 69 e 70 e no art. 1057 da Portaria de Consolidação nº 6, visando à qualificação das ações e estratégias desenvolvidas nestes pontos de atenção, em especial o apoio aos processos de reabilitação psicossocial no território das pessoas desinstitucionalizadas, favorecendo-se os percursos de produção de autonomia e de fortalecimento da contratualidade social, de forma a garantir seus direitos e efetiva participação e inclusão social. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 5º, XIII)

Parágrafo Único. As orientações e instrumentos para o desenvolvimento das ações indicadas no inciso I do "caput" serão disponibilizados na página da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde (CGMAD/DAET/SAS/MS) por meio do endereço eletrônico www.saude.gov.br/mental, num prazo de 30 (trinta) dias a contar da data da publicação da Portaria nº 2840/GM/MS, de 29 de dezembro de 2014. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 69. A Equipe de Desinstitucionalização poderá ser de duas modalidades: (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 6º)

I - modalidade A; e (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 6º, I)

II - modalidade B. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 6º, II)

§ 1º A modalidade A será composta pelos seguintes profissionais da área de saúde: (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 6º, § 1º)

I - 1 (um) médico com formação e experiência em saúde mental ou psiquiatra; e (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 6º, § 1º, I)

II - 1 (um) profissional, dentre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e enfermeiro. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 6º, § 1º, II)

§ 2º A modalidade B será composta pelos seguintes profissionais da área de saúde: (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 6º, § 2º)

I - 1 (um) médico com formação e experiência em saúde mental ou psiquiatra; (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 6º, § 2º, I)

II - 1 (um) enfermeiro; e (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 6º, § 2º, II)

III - 3 (três) profissionais, dentre psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional, sendo preferencialmente 1 (um) profissional de cada categoria citada neste inciso. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 6º, § 2º, III)

§ 3º No caso da equipe modalidade A, a carga horaria mínima será de 50 (cinquenta) horas semanais, devendo o médico apresentar carga horaria semanal mínima de 10 (dez) horas. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 6º, § 3º)

§ 4º O somatório da carga horária dos integrantes da Equipe de Desinstitucionalização modalidade B será de, no mínimo, 170 (cento e setenta) horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 6º, § 4º)

§ 5º A Equipe de Desinstitucionalização das modalidades A e B terão sua carga horária de trabalho distribuída de segunda a sexta-feira, em regime diário de até 8 (oito) horas, podendo, se necessário, desenvolver atividades nos finais de semana e feriados. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 6º, § 5º)

§ 6º Os profissionais mencionados no § 2º do "caput" terão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais de trabalho. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 6º, § 6º)

§ 7º A Equipe de Desinstitucionalização de modalidades A e B serão viabilizadas e geridas pelo gestor público municipal de saúde, respeitando-se a legislação vigente referente à contratação de recursos humanos. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 6º, § 7º)

§ 8º A Equipe de Desinstitucionalização deverá ser incluída no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) pelo Município responsável. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 6º, § 8º)

Art. 70. A Equipe de Desinstitucionalização desenvolverá suas ações conforme previsto no art. 68, devendo cumprir as metas e os prazos estabelecidos nas "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS" previstas no Anexo XXXVII . (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 7º)

Art. 71. Caberá às Secretarias Estaduais de Saúde promover o desenvolvimento de ações de articulação dos Municípios e de cooperação técnica e financeira, quando couber, objetivando-se a desinstitucionalização das pessoas com internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos e implantação e qualificação da RAPS. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 16)

Art. 72. Uma vez cumpridas as recomendações previstas no art. 1058 da Portaria de Consolidação nº 6, o gestor encaminhará ofício, conforme modelo constante do Anexo XLII , informando a redução dos leitos psiquiátricos e, quando for o caso, a imediata reclassificação do hospital, de acordo com a Portaria nº 52/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004, e a Seção V do Capítulo III do Título VIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 19)

Art. 73. A avaliação e o monitoramento do Programa de Desinstitucionalização serão realizados pode meio de: (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 20)

I - constituição de Comissão de Acompanhamento da execução das "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS", com cooperação técnica federal, estadual e municipal, e com representações das respectivas áreas de saúde mental; e (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 20, I)

II - Grupo Condutor Regional da RAPS já constituído, que realizará o acompanhamento da execução das "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS", com cooperação técnica federal, estadual e municipal e com representações das respectivas áreas de saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 20, II)

§ 1º As estratégias de avaliação e de monitoramento da execução das "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS" serão definidas e desenvolvidas pela Comissão de Acompanhamento ou Grupo Condutor Regional da RAPS. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 20, § 1º)

§ 2º A Comissão de Acompanhamento e Grupo Condutor Estadual da RAPS acompanharão o processo de avaliação e monitoramento das "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS", bem como zelarão pelo seu cumprimento. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 20, § 2º)

Art. 74. O monitoramento de que trata esta Seção não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 21)

Seção III

Do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas

Art. 75. Fica instituído, no âmbito do SUS, o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 1º)

Art. 76. O Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas terá como seus principais componentes: (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 2º)

I - componente da atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 2º, I)

II - componente da atenção nos CAPS-AD, ambulatórios e outras unidades extra-hospitalares especializadas; (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 2º, II)

III - componente da atenção hospitalar de referência; e (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 2º, III)

IV - componente da rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 2º, IV)

Art. 77. O componente da atenção básica, de que trata o art. 76, I refere-se à atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas em unidades de atenção básica, ambulatórios não-especializados, Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, entre outros dispositivos de cuidados possíveis, no âmbito da atenção básica, e deve ter como principais características: (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 3º)

I - atuação articulada ao restante da rede de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, bem como à rede de cuidados em saúde mental, devendo ainda ser implicada a rede de cuidados em DST/AIDS; (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 3º, I)

II - atuação e inserção comunitárias, em maior nível de capilaridade para ações como detecção precoce de casos de uso nocivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, de forma articulada a práticas terapêuticas/preventivas/educativas, tais como aconselhamento breve e intervenções breves voltadas para a redução ou o cessar do consumo, contemplando ainda o encaminhamento precoce para intervenções mais especializadas, ou para a abordagem de complicações clínicas e/ou psiquiátricas decorrentes de tal consumo; e (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 3º, II)

III - adoção da lógica de redução de danos, que é estratégica para o êxito das ações desenvolvidas por essas unidades. (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 3º, III)

Art. 78. O componente da atenção nos CAPSad, ambulatórios e outras unidades especializadas, objeto do art. 76, II, obedece a uma lógica de oferta de cuidados baseados na atenção integral, devendo ter como principais características: (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 4º)

I - oferta aos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares, de acolhimento, atenção integral (práticas terapêuticas/preventivas/de promoção de saúde/educativas/de reabilitação psicossocial) e estímulo à sua integração social e familiar; (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 4º, I)

II - inserção comunitária de práticas e serviços, os quais devem atender a uma população referida a um território específico; (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 4º, II)

III - funcionamento, especialmente para os CAPSad, segundo normas expressas na Portaria n° 189/SAS, de 20 de março de 2002, na Portaria n° 305/SAS, de 3 de maio de 2002, no Capítulo I do Título II do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3 e na Seção IV do Capítulo III do Título I; (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 4º, III)

IV - articulação de todas estas unidades ao restante da rede de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, bem como à rede de cuidados em saúde mental, devendo ainda ser considerada a rede de cuidados em DST/AIDS; e (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 4º, IV)

V - adoção da lógica de redução de danos, como estratégica para o êxito das ações desenvolvidas por estas unidades. (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 4º, V)

§ 1º As outras unidades ambulatoriais mencionadas devem trabalhar seguindo orientação específica, porém, dentro de sistemática similar à utilizada para os CAPSad, quanto à proposta de atenção integral a usuários e familiares, à inserção comunitária e à lógica territorial desses serviços. (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 4º, § 1º)

§ 2º A criação do Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (SHR-ad) não exclui a obrigatoriedade da existência de leitos para desintoxicação e repouso, conforme previsto pela Capítulo I do Título II do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3, mencionada anteriormente. (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 4º, § 2º)

Art. 79. O componente de atenção hospitalar de referência, objeto do art. 76, III, define que os Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (SHR-ad) serão instalados em Hospitais Gerais, e têm como objetivos: (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 5º)

I - compor rede de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, participando do sistema de organização e regulação das demandas e fluxos assistenciais, em área geográfica definida, respeitando as atribuições e competências das instâncias do SUS para a sua implantação e gerenciamento; (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 5º, I)

II - compor, na rede assistencial, e em sua estrutura de atendimento hospitalar de urgência e emergência, a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 5º, II)

III - atuar respeitando as premissas do SUS e a lógica territorial, salvo em casos de ausência de recursos assistenciais similares, onde a clientela atendida poderá ultrapassar os limites territoriais previstos para a abrangência do serviço; (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 5º, III)

IV - dar suporte à demanda assistencial caracterizada por situações de urgência/emergência que sejam decorrentes do consumo ou abstinência de álcool e/ou outras drogas, advindas da rede dos Centros de Atenção Psicossocial para a Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPSad), da rede básica de cuidados em saúde (Programa Saúde da Família, e Unidades Básicas de Saúde), e de serviços ambulatoriais especializados e não-especializados; (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 5º, IV)

V - oferecer suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais para as quais os recursos extra-hospitalares disponíveis não tenham obtido a devida resolutividade, ou ainda em casos de necessidade imediata de intervenção em ambiente hospitalar, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima e curta permanência; (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 5º, V)

VI - oferecer, nas situações descritas no art. 76, incisos III e IV II , abordagem, suporte e encaminhamento adequado aos usuários que, mediante avaliação geral, evidenciarem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica; e (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 5º, VI)

VII - evitar a internação de usuários de álcool e outras drogas em hospitais psiquiátricos. (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 5º, VII)

Art. 80. O componente da rede de suporte social, objeto do art. 76, II inclui dispositivos comunitários de acolhida e cuidados, que devem ter as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 6º)

I - estar articulados à rede de cuidados do SUS (não sendo, porém, componentes dessa rede, mas instância complementar), são exemplos os grupos de mútua ajuda, entidades congregadoras de usuários, associações comunitárias e demais entidades da sociedade civil organizada; (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 6º, I)

II - configurar, assim, estrutura complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 6º, II)

III - respeitar as determinações da Lei nº 10.216, para unidades, não componentes da rede do SUS, que trabalham com a permanência de pacientes em regime fechado. (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 6º, III)

Art. 81. Os objetivos descritos no art. 79 serão direcionados prioritariamente a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool, em face da magnitude epidemiológica do seu uso e de suas consequências, porém, contemplando igualmente o conjunto de usuários de álcool e outras drogas que apresente a maior demanda por cuidados, no território de abrangência de cada serviço. (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 7º)

Parágrafo Único. O componente hospitalar do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas obedece às determinações da Lei nº 10.216/2001 que são relativas à internação hospitalar, considerando em sua lógica de funcionamento somente internações hospitalares que demandem por curta permanência dos usuários, em suas unidades de referência. (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 82. Em função da existência de diferentes níveis de organização para as redes assistenciais locais e da variação da incidência e da gravidade dos transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e, como primeira etapa do programa, deverão ser habilitados Serviços Hospitalares de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (SRH-ad), de acordo com as prioridades abaixo estabelecidas: (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 9º)

I - regiões metropolitanas; (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 9º, I)

II - municípios acima de 200.000 habitantes; (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 9º, II)

III - municípios que já possuam CAPSad em funcionamento; e (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 9º, III)

IV - municípios onde já esteja implantado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU/192. (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 9º, IV)

Parágrafo Único. Deverão, também, ser levadas em consideração outras necessidades de ordem epidemiológica e estratégica para a consolidação da rede assistencial aos usuários de álcool e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 83. A Secretaria de Atenção à Saúde adotará as providências necessárias ao cumprimento e à regulamentação do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, no que se refere aos procedimentos a serem realizados pelos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (SHR-ad), critérios para habilitação e normas de funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 11)

Seção IV

Do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas

Art. 84. Fica instituído, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, tendo por objetivos: (Origem: PRT MS/GM 816/2002, Art. 1º)

I - articular as ações desenvolvidas pelas três esferas de governo destinadas a promover a atenção aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool ou outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 816/2002, Art. 1º, I)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300364

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

II - organizar e implantar rede estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção aos pacientes com esse tipo de transtorno, articulada à rede de atenção psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 816/2002, Art. 1º, II)

III - aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais e à saúde representados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 816/2002, Art. 1º, III)

IV - realizar ações de atenção/assistência aos pacientes e familiares, de forma integral e abrangente, com atendimento individual, em grupo, atividades comunitárias, orientação profissional, suporte medicamentoso, psicoterápico, de orientação e outros; (Origem: PRT MS/GM 816/2002, Art. 1º, IV)

V - organizar/regular as demandas e os fluxos assistenciais; (Origem: PRT MS/GM 816/2002, Art. 1º, V)

VI - promover, em articulação com instituições formadoras, a capacitação e supervisão das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental locais. (Origem: PRT MS/GM 816/2002, Art. 1º, VI)

Art. 85. Ficam definidas, na forma do Anexo XVIII , as competências e atribuições relativas à implantação/gestão do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas de cada nível de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 816/2002, Art. 2º)

Art. 86. Os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS existentes, após o seu recadastramento, assim como os novos serviços que vierem a ser criados e cadastrados em conformidade com o estabelecido na regulamentação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, conforme estabelecido Capítulo I do Título II do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3 e SAS/MS N° 189, de 20 de março de 2002. (Origem: PRT MS/GM 816/2002, Art. 5º)

Art. 87. Fica instituído o Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos da rede SUS para os Serviços de Atenção aos Pacientes com Transtornos causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e Outras Drogas, a ser regulamentado em ato específico da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS).(Origem: PRT MS/GM 816/2002, Art. 7º)

Art. 88. A Secretaria de Atenção à Saúde adotará as providências necessárias ao cumprimento do disposto nesta Seção, procedendo a sua respectiva regulamentação. (Origem: PRT MS/GM 816/2002, Art. 9º)

Seção V

Das Ações que Visam à Redução de Danos Sociais e à Saúde, Decorrentes do Uso de Produtos, Substâncias ou Drogas que Causem Dependência

Art. 89. As ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, são reguladas por esta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 1º)

Art. 90. A redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, desenvolver-se-á por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo. (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 2º)

Art. 91. As ações de redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, compreenderão uma ou mais das medidas de atenção integral à saúde, listadas a seguir, praticadas respeitando as necessidades do público alvo e da comunidade: (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 3º)

I - informação, educação e aconselhamento; (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 3º, I)

II - assistência social e à saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 3º, II)

III - disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e Hepatites. (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 3º, III)

Art. 92. As ações de informação, educação e aconselhamento terão por objetivo o estímulo à adoção de comportamentos mais seguros no consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, e nas práticas sexuais de seus consumidores e parceiros sexuais. (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 4º)

§ 1º São conteúdos necessários das ações de informação, educação e aconselhamento: (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 4º, § 1º)

I - informações sobre os possíveis riscos e danos relacionados ao consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência; (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 4º, § 1º, I)

II - desestímulo ao compartilhamento de instrumentos utilizados para consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência; (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 4º, § 1º, II)

III - orientação sobre prevenção e conduta em caso de intoxicação aguda ("overdose"); (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 4º, § 1º, III)

IV - prevenção das infecções pelo HIV, hepatites, endocardites e outras patologias de padrão de transmissão similar; (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 4º, § 1º, IV)

V - orientação para prática do sexo seguro; (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 4º, § 1º, V)

VI - divulgação dos serviços públicos e de interesse público, nas áreas de assistência social e de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 4º, § 1º, VI)

VII - divulgação dos princípios e garantias fundamentais assegurados na Constituição Federal e nas declarações universais de direitos. (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 4º, § 1º, VII)

§ 2º As ações de informação, educação e aconselhamento devem, necessariamente, ser acompanhadas da distribuição dos insumos destinados a minimizar os riscos decorrentes do consumo de produtos, substâncias e drogas que causem dependência. (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 4º, § 2º)

Art. 93. A oferta de assistência social e à saúde, na comunidade e em serviços, objetivará a garantia de assistência integral ao usuário ou ao dependente de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 5º)

Parágrafo Único. São ações necessárias na oferta de assistência social e à saúde, quando requeridas pelo usuário ou pelo dependente: (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 5º, Parágrafo Único)

I - o tratamento à dependência causada por produtos, substâncias ou drogas; (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 5º, Parágrafo Único, I)

II - o diagnóstico da infecção pelo HIV e o tratamento da infecção pelo HIV e da AIDS; (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 5º, Parágrafo Único, II)

III - a imunização, o diagnóstico e o tratamento das hepatites virais; (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 5º, Parágrafo Único, III)

IV - o diagnóstico e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST); e (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 5º, Parágrafo Único, IV)

V - a orientação para o exercício dos direitos e garantias fundamentais previstos na Constituição Federal e quaisquer outros relativos à manutenção de qualidade digna da vida. (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 5º, Parágrafo Único, V)

Art. 94. As estratégias de redução de danos incluirão a disponibilização de insumos de prevenção ao HIV/Aids e as estratégias da saúde pública dirigidas à proteção da vida e ao tratamento dos dependentes de produtos, substâncias e drogas que causem dependência. (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 6º)

Art. 95. As iniciativas relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas serão incluídas nas estratégias de redução de danos, dados os agravos relacionados a esta substância na população geral e que devam ser articuladas intersetorialmente de forma a potencializar os efeitos de promoção à saúde. (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 7º)

Art. 96. As ações de redução de danos deverão ser desenvolvidas em todos os espaços de interesse público em que ocorra ou possa ocorrer o consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, ou para onde se reportem os seus usuários. (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 8º)

Parágrafo Único. As disposições desta Seção aplicam-se no âmbito do sistema penitenciário, das cadeias públicas, dos estabelecimentos educacionais destinados à internação de adolescentes, dos hospitais psiquiátricos, dos abrigos, dos estabelecimentos destinados ao tratamento de usuários ou dependentes ou de quaisquer outras instituições que mantenham pessoas submetidas à privação ou à restrição da liberdade. (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 97. As ações de redução de danos deverão ser desenvolvidas em consonância com a promoção dos direitos humanos, tendo especialmente em conta o respeito à diversidade dos usuários ou dependentes de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 9º)

§ 1º Em todas as ações de redução de danos, devem ser preservadas a identidade e a liberdade da decisão do usuário ou dependente ou pessoas tomadas como tais, sobre qualquer procedimento relacionado à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento. (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 9º, § 1º)

§ 2º A contratação de pessoal para o trabalho com redução de danos, de que trata esta Seção deve dar prioridade aos membros da comunidade onde as ações serão desenvolvidas, observadas, no âmbito da Administração Pública, as normas de acesso a cargos ou empregos públicos, levando-se em conta principalmente o acesso à população alvo, independentemente do nível de instrução formal. (Origem: PRT MS/GM 1028/2005, Art. 9º, § 2º)

Seção VI

Do Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental

Art. 98. Fica instituído, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental. (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 1º)

Parágrafo Único. O Programa de que trata este Artigo deverá contemplar as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 1º, Parágrafo Único)

I - avaliação da assistência à saúde mental no País, dentro do contexto de sistema global de atenção, promoção e recuperação da saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 1º, Parágrafo Único, a)

II - supervisão e avaliação, in loco, dos hospitais psiquiátricos que compõem a rede assistencial do Sistema Único de Saúde, tendo em vista a adoção de medidas que reforcem a continuidade do processo de reversão do modelo de atenção à saúde mental instituído no País; (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 1º, Parágrafo Único, b)

III - análise, avaliação e proposição de alternativas assistenciais na área de saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 1º, Parágrafo Único, c)

IV - elaboração e proposição de protocolos de regulação e de mecanismos de implementação de módulo de regulação da assistência à saúde mental que venha a compor as Centrais de Regulação, com o objetivo de regular, ordenar e orientar esta assistência e com o princípio fundamental de incrementar a capacidade do poder público de gerir o sistema de saúde e de responder, de forma qualificada e integrada, às demandas de saúde de toda a população. (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 1º, Parágrafo Único, d)

Art. 99. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) estruturará Grupo Técnico de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental e designará os membros que dele farão parte. (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 2º)

§ 1º A convite deste Ministério da Saúde, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados indicará um dos seus componentes para acompanhar os trabalhos do Grupo Técnico de que trata este Artigo. (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 2º, § 1º)

§ 2º O Grupo Técnico terá as seguintes atribuições e competências: (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 2º, § 2º)

I - coordenar a implementação do Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 2º, § 2º, a)

II - coordenar e articular as ações que serão desenvolvidas pelos Grupos Técnicos designados, com a mesma finalidade, pelos estados, Distrito federal e municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal; (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 2º, § 2º, b)

III - promover a capacitação dos profissionais que desenvolverão as atividades inerentes ao Programa instituído, especialmente daqueles integrantes dos Grupos Técnicos estaduais e municipais; (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 2º, § 2º, c)

IV - emitir relatórios técnicos contendo as análises, avaliações e acompanhamentos realizados e propondo medidas corretivas e de aperfeiçoamento do sistema de assistência em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 2º, § 2º, d)

§ 3º As atividades dos Grupos Técnicos, tanto da Secretaria de Atenção à Saúde quanto dos estados e municípios, não substituem as ações e competências de supervisão, controle, avaliação e auditoria dos gestores do Sistema Único de Saúde - federal, estaduais e municipais. (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 2º, § 3º)

Art. 100. As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal estruturarão, em seus respectivos âmbitos de atuação, Grupo Técnico de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental e designarão os membros que dele farão parte.(Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 3º)

§ 1º Os Grupos Técnicos de que trata este Artigo deverão ser compostos, no mínimo, pelos seguintes técnicos: (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 3º, § 1º)

I - Nos estados e no Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 3º, § 1º, I)

a) 01 (um) representante da equipe da saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 3º, § 1º, I, a)

b) 01 (um) representante da equipe de vigilância sanitária; (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 3º, § 1º, I, b)

c) 01 (um) representante da equipe de controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 3º, § 1º, I, c)

II - Nos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal: (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 3º, § 1º, II)

a) 02 (dois) :representantes da equipe da saúde mental (01 do estado e 01 do município); (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 3º, § 1º, II, a)

b) 02 (dois) representantes da equipe de vigilância sanitária (01 do estado e 01 do município); (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 3º, § 1º, II, b)

c) 01 (um) representante da equipe de controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 3º, § 1º, II, c)

§ 2º Estes Grupos Técnicos terão as seguintes atribuições e competências: (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 3º, § 2º)

I - realizar, nos seus respectivos âmbitos de atuação e sob a coordenação do Grupo Técnico estruturado pela Secretaria de Atenção à Saúde, as atividades inerentes ao Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 3º, § 2º, a)

II - no caso dos Grupos Técnicos de estados, articular as ações que serão desenvolvidas pelos Grupos Técnicos designados, com a mesma finalidade, pelos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal; (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 3º, § 2º, b)

III - emitir relatórios técnicos contendo as análises, avaliações e acompanhamentos realizados e propondo medidas corretivas e de aperfeiçoamento de seu respectivo sistema de assistência em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 3º, § 2º, c)

Art. 101. A constatação de irregularidades ou o não cumprimento das normas vigentes implicará, de conformidade com o caso apresentado, em instauração de auditoria pelo Ministério da Saúde e oferecimento de denúncia ao Ministério Público. (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 4º)

Art. 102. A Secretaria de Atenção à Saúde adotará as medidas necessárias ao pleno cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 799/2000, Art. 5º)

Seção VII

Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH)

Art. 103. Ficam estabelecidas, na forma do Anexo XXV , as diretrizes e normas para a regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria no Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 1º)

Art. 104. Fica estabelecida a seguinte classificação para os hospitais psiquiátricos integrantes da rede do SUS, apurada pelos indicadores de qualidade aferidos pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH) e o número de leitos do hospital, constante no cadastro do Ministério da Saúde.(Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 2º)

I - Classe I: Pontuação do PNASH: 81 - 100 %, Número de Leitos: 20-80; (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 2º, I)

II - Classe II: (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 2º, II)

a) Pontuação do PNASH: 61- 80%, Número de Leitos: 20-80; (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 2º, II, a)

b) Pontuação do PNASH: 81-100%, Número de Leitos: 81-120; (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 2º, II, b)

III - Classe III: (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 2º, III)

a) Pontuação do PNASH: 61- 80%, Número de Leitos: 81-120; (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 2º, III, a)

b) Pontuação do PNASH: 81-100%, Número de Leitos: 121-160; (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 2º, III, b)

IV - Classe IV: (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 2º, IV)

a) Pontuação do PNASH: 61- 80%, Número de Leitos: 121-160; (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 2º, IV, a)

b) Pontuação do PNASH: 81-100%, Número de Leitos: 161-200; (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 2º, IV, b)

V - Classe V: (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 2º, V)

a) Pontuação do PNASH: 61- 80%, Número de Leitos: 161-200; (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 2º, V, a)

b) Pontuação do PNASH: 81-100%, Número de Leitos: 201-240; (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 2º, V, b)

VI - Classe VI: (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 2º, VI)

a) Pontuação do PNASH: 61- 80%, Número de Leitos: 201-240; (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 2º, VI, a)

b) Pontuação do PNASH: 81-100%, Número de Leitos: 241-400; (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 2º, VI, b)

VII - Classe VII: (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 2º, VII)

a) Pontuação do PNASH: 61- 80%, Número de Leitos: 241-400; (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 2º, VII, a)

b) Pontuação do PNASH: 81-100%, Número de Leitos: Acima de 400; (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 2º, VII, b)

VIII - Classe VIII: Pontuação do PNASH: 61- 80%, Número de Leitos: Acima de 400. (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 2º, VIII)

Art. 105. Os hospitais que obtiverem índice inferior a 40% do PNASH, assim como os hospitais que não alcançarem o índice mínimo de 61% do PNASH, após o processo de reavaliação, não serão classificados conforme o estabelecido nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 106. O gestor local deverá adotar as providências necessárias para a suspensão de novas internações e a substituição planificada do atendimento aos pacientes dos hospitais que não obtiveram pontuação suficiente para a sua classificação. (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 5º)

Parágrafo Único. O gestor local, em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde, elaborará um projeto técnico para a substituição do atendimento aos pacientes dos hospitais não classificados, preferencialmente em serviços extra-hospitalares, determinando o seu descredenciamento do Sistema. (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 107. A Secretaria de Atenção à Saúde promoverá a atualização dos procedimentos de atendimento em psiquiatria, de acordo com a classificação definida neste Anexo, em substituição ao estabelecido na Portaria GM/MS n° 469, de 03 de abril de 2001. (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 6º)

Art. 108. A Secretaria de Atenção à Saúde incluirá, na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), procedimento específico para o processamento das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) dos hospitais não classificados de acordo com os indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH/Psiquiatria, até a transferência de todos os pacientes para outras unidades hospitalares ou serviços extra-hospitalares, definidas pelo gestor local do SUS. (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 7º)

Art. 109. É atribuição intransferível do gestor local do Sistema Único de Saúde estabelecer o limite das internações em psiquiatria e o controle da porta de entrada das internações hospitalares, estabelecendo instrumentos e mecanismos específicos e resolutivos de atendimento nas situações de urgência/emergência, preferencialmente em serviços extra-hospitalares ou na rede hospitalar não especializada. (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 8º)

§ 1º Para a organização da porta de entrada, devem ser seguidas as recomendações contidas no MANUAL DO GESTOR PARA ATENDIMENTO TERRITORIAL EM SAÚDE MENTAL. (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O número mensal de internações e o limite de internações para cada município ou região, estimadas de acordo com as metas estabelecidas, deverão constar do Plano Diretor de Regionalização (PDR). (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Art. 8º, § 2º)

CAPÍTULO IV

DA ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Seção I

Do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)

Art. 110. Esta Seção atualiza as diretrizes nacionais do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 1º)

Art. 111. O PNSF tem como objetivo prevenir e controlar a anemia por deficiência de ferro e deverá ser implantado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de todos os Municípios brasileiros. (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 2º)

Parágrafo Único. O público a ser atendido serão as crianças entre 6 (seis) e 24 (vinte e quatro) meses de idade, gestantes e mulheres até o 3º mês pós-parto e pós-aborto, que deverão ser suplementadas de forma profilática e universal, observando-se o Manual de Condutas Gerais do Programa Nacional de Suplementação de Ferro, definido pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB/SAS/MS), disponível no endereço eletrônico http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/manual_ferro2013. (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 112. São atribuições da União, por intermédio do Ministério da Saúde, no âmbito do Programa Nacional de Suplementação de Ferro: (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 3º)

I - estimular e assessorar, tecnicamente, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios para a implantação e a implementação do Programa, em nível nacional; (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 3º, I)

II - elaborar materiais e divulgar as normas operacionais do Programa aos Estados, Distrito Federal e Municípios; (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 3º, II)

III - monitorar, em nível nacional, a implantação, a operacionalização, o desempenho e o impacto do programa; (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 3º, III)

IV - cooperar tecnicamente com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios para o monitoramento da implantação, da operacionalização, do desempenho e do impacto no programa, em seus territórios; e (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 3º, IV)

V - estabelecer parcerias com outras instâncias, órgãos e instituições, governamentais e não governamentais, para o fomento de atividades complementares, com o objetivo de promover a alimentação adequada e saudável. (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 3º, V)

Art. 113. Para a implantação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro, os Estados e o Distrito Federal deverão observar, nos seus respectivos territórios, as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 4º)

I - definir a área técnica responsável pelo acompanhamento do Programa, sendo, de preferência, a que já seja responsável pelas ações de alimentação e nutrição em seu território; (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 4º, I)

II - articular as áreas técnicas da respectiva Secretaria de Saúde, tais como alimentação e nutrição, atenção básica, saúde da criança, saúde da mulher, assistência farmacêutica, dentre outras, considerando as redes de atenção à saúde, para que o Programa seja implantado de forma integrada nos Municípios sediados em seus territórios; (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 4º, II)

III - estimular e assessorar, tecnicamente, os Municípios localizados nas suas esferas de gestão, na implantação e na implementação do Programa; (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 4º, III)

IV - monitorar, em nível estadual, a implantação, a operacionalização, o desempenho e o impacto do Programa, mediante a realização de visitas técnicas e auditorias; (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 4º, IV)

V - auxiliar os Municípios sediados em seu território para o monitoramento referido no art. 113, IV; (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 4º, V)

VI - divulgar os materiais e as normas operacionais do Programa aos Municípios; e (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 4º, VI)

VII - capacitar os coordenadores municipais para a operacionalização do Programa de acordo com as orientações descritas no Manual de Condutas Gerais do Programa, definido pela CGAN/DAB/SAS/MS, nos termos do art. 111, parágrafo único. (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 4º, VII)

Art. 114. Para a implantação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro, o Distrito Federal e os Municípios deverão observar, em seus territórios, as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 5º)

I - indicar um profissional técnico, devidamente capacitado, para coordenar o Programa, sendo, de preferência, o que já seja responsável pelas ações de alimentação e nutrição no Distrito Federal ou no respectivo Município; (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 5º, I)

II - planejar, programar, adquirir, armazenar, controlar os estoques, os prazos de validade, distribuir e dispensar os suplementos de sulfato ferroso e ácido fólico, previstos no Componente Básico da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 5º, II)

III - estimular ações complementares de promoção do aleitamento materno e de alimentação adequada e saudável do público alvo; (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 5º, III)

IV - identificar o público específico a ser atendido pelo programa de acordo com as recomendações do Manual de Condutas Gerais definido pela CGAN/DAB/SAS/MS, nos termos do art. 111, parágrafo único; (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 5º, IV)

V - realizar o monitoramento do Programa por meio dos sistemas da Atenção Básica, da Assistência Farmacêutica ou de outro sistema municipal compatível; e (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 5º, V)

VI - avaliar o desempenho do Programa em seu território. (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 5º, VI)

Art. 115. O planejamento do Programa Nacional de Suplementação de Ferro deverá constar no Plano de Saúde e na respectiva Programação Anual de Saúde das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 6º)

Art. 116. O monitoramento de que trata esta Seção não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da implementação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 1977/2014, Art. 7º)

Seção II

Do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

Art. 117. Fica instituído o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, destinado a prevenir e/ou controlar essa deficiência nutricional mediante a suplementação com megadoses de vitamina A, em crianças de seis a cinquenta e nove meses de idade e puérperas no pós-parto imediato, pertencentes à Região Nordeste, ao Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais e ao Vale do Ribeira em São Paulo. (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 1º)

§ 1º Outras áreas ou regiões que detectem sinais da deficiência em crianças ou identifiquem, por meio de pesquisa científica, evidências da deficiência direta ou indireta poderão ser incorporados ao Programa a qualquer tempo. (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 1º, § 1º)

§ 2º O produto utilizado na suplementação de crianças e puérperas é a vitamina A na forma líquida, nas concentrações de 100.000 UI e 200.000 UI, diluída em óleo de soja e acrescida de vitamina E. (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 1º, § 2º)

§ 3º A suplementação da puérpera no pós-parto imediato é recomendada somente antes da alta hospitalar, conforme o Manual de Condutas Gerais do Programa definido pela Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 1º, § 3º)

Art. 118. O suplemento de vitamina A será enviado, conforme logística definida entre a Secretaria de Atenção à Saúde, por intermédio do Departamento de Atenção Básica da área técnica da política de alimentação e nutrição, e a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos por intermédio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde, cujo quantitativo será calculado previamente com base no censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 2º)

§ 1º O quantitativo de megadoses de vitamina A, necessário para o atendimento das puérperas no pós-parto imediato, será calculado com base no Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SI-NASC). (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Para o cálculo do quantitativo da megadose de vitamina A utilizada no exercício seguinte, o Ministério da Saúde deduzirá o saldo de produtos ainda disponíveis no município. (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Caso seja necessário, o Ministério da Saúde avaliará a pertinência e a factibilidade de enviar quantitativo adicional da megadose de vitamina A ao município desde que haja solicitação formal do gestor municipal do SUS, devidamente fundamentada. (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 2º, § 3º)

Art. 119. As famílias que têm crianças de seis a cinquenta e nove meses deverão ser identificadas e assistidas por uma equipe de saúde da família ou por unidades básicas de saúde. (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 3º)

Parágrafo Único. As puérperas deverão ser suplementadas ainda nas maternidades e acompanhadas pelas unidades básicas de saúde. (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 120. São atribuições do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 4º)

I - a aquisição e o envio do suplemento de vitamina A, cuja responsabilidade fica a cargo da Assistência Farmacêutica, área técnica competente do Ministério da Saúde, conforme a logística definida e pactuada em conjunto com as Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição; (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 4º, I)

II - o acompanhamento e o monitoramento da situação dos estados e dos municípios quanto ao nível de implantação e operacionalização do Programa e à cobertura populacional; (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 4º, II)

III - a avaliação do desempenho e o impacto do Programa em nível nacional e apoio das ações da mesma natureza nos estados e municípios; (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 4º, III)

IV - o delineamento e o apoio a estudos e pesquisas para avaliação de processos relativos ao Programa; (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 4º, IV)

V - a realização, por intermédio do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), de auditorias em municípios alvo de denúncias e irregularidades na condução do Programa; (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 4º, V)

VI - o estabelecimento de parcerias com outras instâncias, órgãos e instituições, governamentais e não-governamentais para o fomento de atividades complementares, com o objetivo de promoção da alimentação saudável e prevenção de deficiência de vitamina A; e (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 4º, VI)

VII - a elaboração de materiais e a divulgação das normas operacionais do Programa aos estados. (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 4º, VII)

Art. 121. São condições necessárias, a serem observadas pelos estados, para implantação do Programa, citado no art. 117: (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 5º)

I - a indicação de área técnica responsável para coordenar, em âmbito estadual, a operacionalização do Programa, de preferência aquela já responsável pelas ações de alimentação e nutrição; (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 5º, I)

II - a divulgação da norma operacional do Programa aos municípios, bem como o apoio na implantação dessas condições; (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 5º, II)

III - o acompanhamento e o monitoramento da situação dos municípios quanto ao nível de implantação e implementação do Programa; (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 5º, III)

IV - o remanejamento do quantitativo de suplemento entre municípios, se necessário; (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 5º, IV)

V - o estímulo, o auxílio e o monitoramento da implantação da Vigilância Alimentar e Nutricional nos municípios, de acordo com as normas estabelecidas em legislação própria; (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 5º, V)

VI - a implantação e a implementação do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A em todas as maternidades estaduais; (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 5º, VI)

VII - o apoio e o assessoramento aos municípios para a implantação e a manutenção da distribuição da megadose de vitamina A nas maternidades municipais; (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 5º, VII)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300366

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

VIII - o assessoramento dos municípios na identificação da estratégia de ação para suplementação das crianças entre seis e cinquenta e nove meses de idade, de forma periódica e regular; (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 5º, VIII)

IX - o apoio à capacitação de recursos humanos nas ações de saúde inerentes ao controle e à prevenção das carências nutricionais, fortalecendo as atividades educativas de orientação alimentar e nutricional, com ênfase na promoção da alimentação saudável; (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 5º, IX)

X - a avaliação do desempenho e do impacto do Programa em nível estadual e do apoio ao município para o desenvolvimento dessas ações; e (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 5º, X)

XI - a apuração das denúncias de irregularidades na condução do Programa, mediante a realização de visitas técnicas e auditorias. (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 5º, XI)

Parágrafo Único. Além das atribuições descritas anteriormente, recomenda-se às Secretarias Estaduais de Saúde a criação de um grupo de trabalho com representantes das áreas técnicas afins para acompanhamento, monitoramento e avaliação do Programa e planejamento das ações necessárias a sua execução. (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 122. São condições necessárias à implantação do Programa na respectiva localidade, a serem observadas pelos municípios dos estados citados no art. 117: (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 6º)

I - a indicação de um profissional técnico devidamente capacitado para coordenar o Programa, de preferência aquele já responsável pelas ações de alimentação e nutrição do município; (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 6º, I)

II - a identificação das famílias que tenham crianças de seis a cinquenta e nove meses e a administração da megadose de vitamina A, conforme o Manual de Condutas Gerais do Programa definido pela área técnica da política de alimentação e nutrição; (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 6º, II)

III - a identificação, nas maternidades, das puérperas no pós-parto imediato para administração da megadose de vitamina A; (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 6º, III)

IV - o provimento das ações básicas de saúde e atividades educativas em alimentação e nutrição necessárias para que as famílias reconheçam a deficiência de vitamina A como problema de saúde e adotem hábitos alimentares saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 6º, IV)

V - o estímulo para que os responsáveis por crianças de seis a cinquenta e nove meses levem seus filhos aos serviços de saúde para dar seguimento às administrações das megadose de vitamina A; (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 6º, V)

VI - o recebimento e o armazenamento da megadose de vitamina A em local apropriado, bem como a utilização, em tempo hábil, de acordo com o prazo de validade; (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 6º, VI)

VII - o monitoramento das famílias assistidas pelo Programa por meio da Vigilância Alimentar e Nutricional, de acordo com as normas estabelecidas em legislação própria; (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 6º, VII)

VIII - a manutenção atualizada dos dados de controle do estoque e de distribuição da megadose de vitamina A, enviando mensalmente as informações para o nível federal e estadual, conforme a estratégia preconizada no Manual de Condutas Gerais do Programa definido pela área técnica da política de alimentação e nutrição;(Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 6º, VIII)

IX - o envio das informações à Coordenação Estadual do Programa quando os estoques de vitamina A estiverem excedendo as necessidades do município, possibilitando o remanejamento do suplemento para municípios vizinhos, ou quando os estoques estiverem aquém das necessidades, solicitando, nesse caso, quantitativo adicional, em tempo hábil, para não ocasionar descontinuidade do Programa, ou ainda quando o lote estiver com prazo de validade próximo da data a expirar; (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 6º, IX)

X - a capacitação de profissionais de saúde para operacionalização do Programa, de acordo com as orientações especificadas no Manual de Condutas Gerais do Programa definido pela área técnica da política de alimentação e nutrição; (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 6º, X)

XI - a implantação e a implementação do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A em todas as maternidades municipais; e (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 6º, XI)

XII - a avaliação do desempenho e, se possível, do impacto do Programa em nível municipal. (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 6º, XII)

Parágrafo Único. Além das atribuições descritas anteriormente, recomenda-se às Secretarias Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 6º, Parágrafo Único)

I - o estabelecimento de parcerias com outras instituições que atuem na prevenção e no controle dos distúrbios nutricionais em nível local para a identificação e o acompanhamento das crianças em risco no município; (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 6º, Parágrafo Único, I)

II - a promoção de ações voltadas à intensificação do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementar até os dois anos ou mais de idade; e (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 6º, Parágrafo Único, II)

III - a instituição de grupo de trabalho, com representantes das áreas técnicas afins para acompanhar, monitorar e avaliar o Programa e planejar ações necessárias a sua execução. (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 6º, Parágrafo Único, III)

Art. 123. A estratégia para o atendimento da população indígena aldeada no Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A deve ser pactuada com a CGAPSI/DASI/SESAI, de forma a garantir o acesso e o adequado atendimento, observando-se a pertinência dessa ação frente às características culturais dessa população.(Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 7º)

Art. 124. Os Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição prestam apoio técnico ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais de Saúde no desenvolvimento das ações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, inclusive na capacitação de recursos humanos, no acompanhamento e na avaliação do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 8º)

Parágrafo Único. Para fins do disposto neste artigo, o Ministério da Saúde poderá celebrar convênios com os referidos Centros Colaboradores e de Referência em Alimentação e Nutrição, bem como com instituições de ensino e pesquisa com conhecimento técnico. (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 125. A avaliação de impacto do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A deve contemplar a análise de sua eficácia, eficiência, efetividade e seus efeitos a curto, médio e longo prazo. (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 9º)

Parágrafo Único. Para fins do disposto neste artigo, o Ministério da Saúde poderá celebrar convênios com Centros ou Universidade de referência para a avaliação do Programa. (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 126. Cabe aos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, neste último por intermédio da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição, realizar o controle social, bem como acompanhar o processo de implantação e operacionalização do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, nos respectivos níveis de atuação. (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 10)

Parágrafo Único. Para que esse controle seja efetuado, as informações sobre a operacionalização do Programa deverão ser disponibilizadas aos respectivos conselhos. (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 127. Poderá estar sujeito a penalidades o município que, por ação ou omissão de seus agentes, incorrer em fraudes conforme base legal da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, segundo as Leis nº 6.360, de 23 de setembro de 1976 e nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. (Origem: PRT MS/GM 729/2005, Art. 11)

CAPÍTULO V

DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Seção I

Do Plano Diretor de Vigilância Sanitária

Art. 128. Fica aprovado o Plano Diretor de Vigilância Sanitária, na forma do Anexo XIX , e determinada sua divulgação. (Origem: PRT MS/GM 1052/2007, Art. 1º)

Seção II

Do Controle e da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano e seu Padrão de Potabilidade

Art. 129. O Anexo XX dispõe sobre o controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade.

Art. 130. O Anexo XXI aprova as normas e padrões sobre fluoretação da água dos sistemas públicos de abastecimento, destinada ao consumo humano.

Seção III

Da Comissão Gestora e do Comitê Executivo do Plano Setorial da Saúde de Mitigação e de Adaptação às Mudanças Climáticas

Art. 131. Fica instituída a Comissão Gestora do Plano Setorial da Saúde de Mitigação e de Adaptação às Mudanças Climáticas, de caráter permanente e cunho deliberativo, com o objetivo de promover a articulação dos órgãos e entidades públicas para compatibilizar a Política Nacional sobre Mudança do Clima com as políticas públicas de saúde. (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 1º)

Art. 132. Compete à Comissão Gestora de que trata o art. 131: (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 2º)

I - assessorar o Ministro de Estado da Saúde nos temas relacionados à Política Nacional de Mudança do Clima (PNMC); (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 2º, I)

II - assessorar o Ministro de Estado da Saúde nas ações relativas ao Comitê Interministerial sobre Mudança do Clima (CIM); (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 2º, II)

III - elaborar e aprovar o Plano Setorial da Saúde de Mitigação e de Adaptação às Mudanças Climáticas, em consonância com a PNMC e o Plano Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 2º, III)

IV - articular, monitorar e avaliar a implementação do Plano Setorial da Saúde de Mitigação e de Adaptação às Mudanças Climáticas nas esferas federal, estadual, distrital e municipal do Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 2º, IV)

V - identificar fontes de recursos para a elaboração, a implementação e o monitoramento do Plano Setorial da Saúde de Mitigação e de Adaptação às Mudanças Climáticas; (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 2º, V)

VI - aprovar a constituição e o regimento interno da Comissão Gestora e de seus subcomitês temáticos; e (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 2º, VI)

VII - instituir subcomitês temáticos. (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 2º, VII)

Art. 133. A Comissão Gestora de que trata esta Seção será composta pelos dirigentes dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 3º)

I - Secretaria-Executiva (SE/MS), que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 3º, I)

II - Gabinete do Ministro (GM/MS); (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 3º, II)

III - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 3º, III)

IV - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 3º, IV)

V - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 3º, V)

VI - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 3º, VI)

VII - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 3º, VII)

VIII - Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 3º, VIII)

IX - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 3º, IX)

X - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 3º, X)

XI - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); e (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 3º, XI)

XII - Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 3º, XII)

§ 1º Aos dirigentes de que trata este artigo compete indicar os seus respectivos representantes suplentes à Coordenação da Comissão Gestora no prazo de até 30 (trinta) dias contados da data de publicação da Portaria nº 3244/GM/MS, de 30 de dezembro de 2011. (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Fica assegurada a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) na Comissão Gestora. (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Para os fins do disposto no art. 133, § 2º , ao CONASS, ao CONASEMS e ao CNS compete indicar os respectivos representantes, titular e suplente, à Coordenação da Comissão Gestora no prazo de até 30 (trinta) dias contados da data de publicação da Portaria nº 3244/GM/MS, de 30 de dezembro de 2011. (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 3º, § 3º)

Art. 134. A Comissão Gestora poderá convidar representantes de órgãos e entidades públicas e privadas, bem como especialistas em assuntos relacionados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 4º)

Art. 135. Fica instituído o Comitê Executivo do Plano Setorial da Saúde de Mitigação e de Adaptação às Mudanças Climáticas, de caráter permanente e cunho técnico-consultivo, para realização das atividades de apoio à execução das atribuições da Comissão Gestora. (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 5º)

Art. 136. O Comitê Executivo de que trata o art. 135 será composto pelos representantes, titular e suplente, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 6º)

I - SVS/MS, que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 6º, I)

II - SE/MS; (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 6º, II)

III - SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 6º, III)

IV - SCTIE/MS; (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 6º, IV)

V - SGEP/MS; (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 6º, V)

VI - SGTES/MS; (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 6º, VI)

VII - SESAI/MS; (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 6º, VII)

VIII - ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 6º, VIII)

IX - ANS; (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 6º, IX)

X - FIOCRUZ; e (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 6º, X)

XI - FUNASA. (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 6º, XI)

§ 1º Aos dirigentes dos órgãos e entidades de que trata este artigo compete indicar os respectivos representantes, titular e suplente, à Coordenação do Comitê Executivo no prazo de até 30 (trinta) dias contados da data de publicação da Portaria nº 3244/GM/MS, de 30 de dezembro de 2011. (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 6º, § 1º)

§ 2º A Coordenação do Comitê Executivo poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades públicas, de entidades não-governamentais, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária para o cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 6º, § 2º)

Art. 137. O Comitê Executivo poderá convidar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas ao tema, sempre que entender necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 7º)

Art. 138. O apoio administrativo e os meios necessários à execução dos trabalhos da Comissão Gestora e do Comitê Executivo de que tratam esta Seção serão fornecidos pela SE/MS. (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 8º)

Parágrafo Único. As despesas de deslocamento para participação das reuniões da Comissão Gestora e do Comitê Executivo de que tratam esta Seção correrão por conta de cada órgão ou entidade partícipe. (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 139. A Comissão Gestora de que trata esta Seção aprovará o Plano Setorial da Saúde de Mitigação e de Adaptação às Mudanças Climáticas e a sua revisão em períodos regulares não superiores a 2 (dois) anos. (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 9º)

Art. 140. A Comissão Gestora e o Comitê Executivo de que tratam esta Seção se reunirão em reuniões distintas, ordinariamente em periodicidade a ser estabelecida em regimento interno, e extraordinariamente a critério da respectiva coordenação, a pedido de qualquer de seus membros. (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 10)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300367

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 141. As funções dos membros da Comissão Gestora e do Comitê Executivo não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 3244/2011, Art. 11)

CAPÍTULO VI

DA TRIAGEM NEONATAL

Seção I

Do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN)

Art. 142. Fica instituído, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 1º)

§ 1º O Programa ora instituído deve ser executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de triagem neonatal em fase pré-sintomática, acompanhamento e tratamento das doenças congênitas detectadas inseridas no Programa em todos os nascidos-vivos, promovendo o acesso, o incremento da qualidade e da capacidade instalada dos laboratórios especializados e serviços de atendimento, bem como organizar e regular o conjunto destas ações de saúde. (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 1º, § 1º)

§ 2º O Programa Nacional de Triagem Neonatal se ocupará da triagem com detecção dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos identificados nas seguintes doenças congênitas, de acordo com a respectiva Fase de Implantação do Programa: (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 1º, § 2º)

I - fenilcetonúria; (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 1º, § 2º, a)

II - hipotireoidismo congênito; (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 1º, § 2º, b)

III - doenças falciformes e outras hemoglobinopatias; (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 1º, § 2º, c)

IV - fibrose cística. (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 1º, § 2º, d)

§ 3º Em virtude dos diferentes níveis de organização das redes assistenciais existentes nos estados e no Distrito Federal, da variação percentual de cobertura dos nascidos-vivos da atual triagem neonatal e da diversidade das características populacionais existentes no País, o Programa Nacional de Triagem Neonatal será implantado em fases, estabelecidas nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 1º, § 3º)

Art. 143. Ficam configuradas as seguintes Fases de Implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal: (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 2º)

I - Fase I - Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito: Compreende a realização de triagem neonatal para fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito, com a detecção dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos identificados. Os estados e o Distrito Federal deverão garantir a execução de todas as etapas do processo, devendo, para tanto, organizar uma Rede de Coleta de material para exame (envolvendo os municípios) e organizar/cadastrar o(s) Serviço(s) Tipo I de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas que garantam a realização da triagem, a confirmação diagnóstica e ainda o adequado acompanhamento e tratamento dos pacientes triados; (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 2º, I)

II - Fase II - Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito + Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias: Compreende a realização de triagem neonatal para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, com a detecção dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamentos dos casos identificados. Os estados e o Distrito Federal deverão garantir a execução de todas as etapas do processo, devendo, para tanto, utilizar a rede de coleta organizada/definida na Fase I e organizar/cadastrar o(s) Serviço(s) Tipo II de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas que garantam a realização da triagem, a confirmação diagnóstica e ainda o adequado acompanhamento e tratamento dos pacientes triados; (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 2º, II)

III - Fase III - Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias + Fibrose Cística: Compreende a realização de triagem neonatal para fenicetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística com a detecção dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos identificados. Os estados e o Distrito Federal deverão garantir a execução de todas as etapas do processo, devendo, para tanto, utilizar a rede de coleta organizada na Fase I e organizar/cadastrar o(s) Serviço(s) Tipo III de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas que garantam a realização da triagem, a confirmação diagnóstica e ainda o adequado acompanhamento e tratamento dos pacientes triados. (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 2º, III)

Art. 144. Ficam estabelecidas, na forma do Anexo XXII , as competências e atribuições relativas à implantação/gestão do Programa Nacional de Triagem Neonatal de cada nível de gestão do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 3º)

Art. 145. Ficam estabelecidos, na forma do Anexo XXIII , os critérios/exigências a serem cumpridos pelos estados e pelo Distrito Federal para habilitação nas Fases de Implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal definidas no art. 143. (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 4º)

Art. 146. As Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e dos municípios, de acordo com seu nível de responsabilidade no Programa, organizarão Redes Estaduais de Triagem Neonatal que serão integradas por: (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 5º)

I - Postos de Coleta; (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 5º, a)

II - Serviços de Referência em Triagem Neonatal/ Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas Tipo I, II ou III. (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 5º, b)

§ 1º Compete aos municípios a organização/estruturação/cadastramento de tantos postos de coleta quantos forem necessários para a adequada cobertura e acesso de suas respectivas populações, sendo obrigatória a implantação de pelo menos 01 (um) Posto de Coleta por município (municípios em que ocorram partos), em conformidade com o estabelecido no Anexo XXIV . (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Compete aos estados e ao Distrito Federal a organização das Redes Estaduais de Triagem Neonatal, designando um Coordenador Estadual do Programa Nacional de Triagem Neonatal, articulando os Postos de Coleta Municipais com o(s) Serviço(s) de Referência, os fluxos de exames, a referência e contra-referência dos pacientes triados. (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 5º, § 2º)

§ 3º Compete, ainda, aos estados e ao Distrito Federal a organização/estruturação/cadastramento de Serviço(s) de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas, de acordo com a Fase de implantação do Programa, respectivamente de Tipo I, II ou III, que estejam aptos a realizar a triagem, a confirmação diagnóstica, o acompanhamento e tratamento das doenças triadas na Fase de Implantação do Programa em que o estado estiver, em conformidade com o estabelecido no Anexo XXIV , sendo obrigatória a implantação de pelo menos 01 (um) Serviço de Referência por estado no tipo adequado à sua Fase de Implantação do Programa. (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 5º, § 3º)

Art. 147. Ficam aprovadas, na forma do Anexo XXIV , as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Postos de Coleta e de Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas. (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 6º)

Art. 148. A Secretaria de Atenção à Saúde elaborará e publicará o Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal e adotará as demais medidas necessárias ao fiel cumprimento do disposto nesta Seção, definindo, se for o caso, a inclusão/alteração de procedimentos/medicamentos nas Tabelas do SIA/SUS e SIH/SUS, pertinentes à adequada assistência aos pacientes, determinação extensiva às disposições constantes deste ato. (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 11)

Seção II

Dos Mecanismos que Possibilitem a Ampliação do Acesso dos Portadores Triados no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) ao Tratamento e Acompanhamento das Doenças Diagnosticadas

Art. 149. Ficam definidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, mecanismos que possibilitem a ampliação do acesso dos portadores triados no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) ao tratamento e acompanhamento das doenças diagnosticadas. (Origem: PRT MS/GM 1069/2002, Art. 1º)

Parágrafo Único. Estes mecanismos serão adotados de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em cooperação com as respectivas Redes Estaduais de Triagem Neonatal e seus Serviços de Referência em Triagem Neonatal. (Origem: PRT MS/GM 1069/2002, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 150. A Secretaria de Atenção à Saúde estabelecerá os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito e Doença Falciforme e adotará as medidas necessárias à implementação das disposições deles constantes. (Origem: PRT MS/GM 1069/2002, Art. 2º)

CAPÍTULO VII

DO ALEITAMENTO MATERNO

Seção I

Do Comitê Nacional de Aleitamento Materno (CNAM)

Art. 151. Fica instituído o Comitê Nacional de Aleitamento Materno (CNAM). (Origem: PRT MS/GM 111/2012, Art. 1º)

Art. 152. O CNAM terá como objetivo assessorar a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde (DAPES/SAS/MS), em assuntos relativos à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. (Origem: PRT MS/GM 111/2012, Art. 2º)

Art. 153. O CNAM apoiará o processo de articulação da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, mobilizando e sensibilizando setores do governo e da sociedade civil para o desenvolvimento de ações inerentes ao aleitamento materno. (Origem: PRT MS/GM 111/2012, Art. 3º)

Art. 154. O CNAM será composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 111/2012, Art. 4º)

I - Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (DAPES/SAS/MS), que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 111/2012, Art. 4º, I)

II - Área Técnica de Saúde da Mulher (DAPES/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 111/2012, Art. 4º, II)

III - Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 111/2012, Art. 4º, III)

IV - Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano; (Origem: PRT MS/GM 111/2012, Art. 4º, IV)

V - Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP); (Origem: PRT MS/GM 111/2012, Art. 4º, V)

VI - Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); (Origem: PRT MS/GM 111/2012, Art. 4º, VI)

VII - Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO); (Origem: PRT MS/GM 111/2012, Art. 4º, VII)

VIII - Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar IBFAN-Brasil; (Origem: PRT MS/GM 111/2012, Art. 4º, VIII)

IX - Conselho Federal de Nutricionistas; (Origem: PRT MS/GM 111/2012, Art. 4º, IX)

X - Entidades Não Governamentais Ligadas à Defesa e Promoção do Aleitamento Materno; e (Origem: PRT MS/GM 111/2012, Art. 4º, X)

XI - Universidades e/ou Institutos de Pesquisa. (Origem: PRT MS/GM 111/2012, Art. 4º, XI)

Parágrafo Único. Os representantes titulares e suplentes serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê, exceto os referentes aos incisos X e XI do "caput" deste artigo, que serão indicados pelo próprio CNAM. (Origem: PRT MS/GM 111/2012, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 155. O CNAM poderá convidar representantes de órgãos e entidades públicas e de entidades não governamentais, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento do dispositivo nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 111/2012, Art. 5º)

Art. 156. A participação do CNAM não será remunerada e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 111/2012, Art. 6º)

CAPÍTULO VIII

DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Seção I

Do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

Art. 157. Fica instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 1º)

Art. 158. O PNSP tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 2º)

Art. 159. Constituem-se objetivos específicos do PNSP: (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 3º)

I - promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 3º, I)

II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 3º, II)

III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 3º, III)

IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 3º, IV)

V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde. (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 3º, V)

Art. 160. Para fins desta Seção, são adotadas as seguintes definições: (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 4º)

I - Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 4º, I)

II - dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 4º, II)

III - incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 4º, III)

IV - Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 4º, IV)

V - Cultura de Segurança: configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização: (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 4º, V)

a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 4º, V, a)

b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 4º, V, b)

c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 4º, V, c)

d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 4º, V, d)

e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança. (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 4º, V, e)

VI - gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 4º, VI)

Art. 161. Constituem-se estratégias de implementação do PNSP: (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 5º)

I - elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 5º, I)

II - promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 5º, II)

III - inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 5º, III)

IV - implementação de campanha de comunicação social sobre segurança do paciente, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 5º, IV)

V - implementação de sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 5º, V)

VI - promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual; e (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 5º, VI)

VII - articulação, com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação. (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 5º, VII)

Art. 162. Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), instância colegiada, de caráter consultivo, com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde através de processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam. (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 6º)

Art. 163. Compete ao CIPNSP: (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 7º)

I - propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas, tais como: (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 7º, I)

a) infecções relacionadas à assistência à saúde; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 7º, I, a)

b) procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 7º, I, b)

c) prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 7º, I, c)

d) processos de identificação de pacientes; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 7º, I, d)

e) comunicação no ambiente dos serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 7º, I, e)

f) prevenção de quedas; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 7º, I, f)

g) úlceras por pressão; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 7º, I, g)

h) transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 7º, I, h)

i) uso seguro de equipamentos e materiais. (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 7º, I, i)

II - aprovar o Documento de Referência do PNSP; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 7º, II)

III - incentivar e difundir inovações técnicas e operacionais que visem à segurança do paciente; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 7º, III)

IV - propor e validar projetos de capacitação em Segurança do Paciente; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 7º, IV)

V - analisar quadrimestralmente os dados do Sistema de Monitoramento incidentes no cuidado de saúde e propor ações de melhoria; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 7º, V)

VI - recomendar estudos e pesquisas relacionados à segurança do paciente; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 7º, VI)

VII - avaliar periodicamente o desempenho do PNSP; e (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 7º, VII)

VIII - elaborar seu regimento interno e submetê-lo à aprovação do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 7º, VIII)

Art. 164. O CIPNSP instituições é composto por representantes, titular e suplentes, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º)

I - do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º, I)

a) um da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º, I, a)

b) um da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º, I, b)

c) um da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º, I, c)

d) um da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º, I, d)

e) um da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º, I, e)

II - um da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º, II)

III - um da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º, III)

IV - um da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º, IV)

V - um do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º, V)

VI - um do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º, VI)

VII - um do Conselho Federal de Medicina (CFM); (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º, VII)

VIII - um do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º, VIII)

IX - um do Conselho Federal de Odontologia (CFO); (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º, IX)

X - um do Conselho Federal de Farmácia (CFF); (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º, X)

XI - um da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS); (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º, XI)

XII - quatro de Instituições Superiores de Ensino e Pesquisa com notório saber no tema Segurança do Paciente; (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º, XII)

XIII - um do Conselho Nacional de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º, XIII)

XIV - um da Confederação Nacional de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º, XIV)

§ 1º A coordenação do CIPNSP será realizada pela ANVISA, que fornecerá em conjunto com a SAS/MS e a FIOCRUZ os apoios técnico e administrativo necessários para o seu funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º, § 1º)

§ 2º A participação das entidades de que tratam os incisos V a XIV do "caput" será formalizada após resposta a convite a eles encaminhado pela Coordenação do CIPNSP, com indicação dos seus respectivos representantes. (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º, § 2º)

§ 3º Os representantes titulares e os respectivos suplentes serão indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos e entidades à Coordenação do CIPNSP no prazo de 10 (dez) dias a contar da data da data de publicação da Portaria nº 529/GM/MS, de 01 de abril de 2013. (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º, § 3º)

§ 4º O CIPNSP poderá convocar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, além de especialistas nos assuntos relacionados às suas atividades, quando entender necessário para o cumprimento dos objetivos previstos nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º, § 4º)

§ 5º O CIPNSP poderá instituir grupos de trabalho para a execução de atividades específicas que entender necessárias para o cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 8º, § 5º)

Art. 165. As funções dos membros do CIPNSP não serão remuneradas e seu exercício será considerado de relevante interesse público. (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 9º)

Art. 166. O Ministério da Saúde instituirá incentivos financeiros para a execução de ações e atividades no âmbito do PNSP, conforme normatização específica, mediante prévia pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 529/2013, Art. 10)

CAPÍTULO IX

DA SEMANA DE MOBILIZAÇÃO SAÚDE NA ESCOLA (SEMANA SAÚDE NA ESCOLA)

Art. 167. Fica definida a Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola), de periodicidade anual, como componente das ações do Programa Saúde na Escola. (Origem: PRT MS/GM 798/2015, Art. 1º)

Art. 168. A Semana Saúde na Escola é constituída por ações de promoção e de prevenção de agravos à saúde realizadas em estabelecimentos públicos de ensino em todo o território nacional com participação das equipes da Atenção Básica e das equipes das escolas. (Origem: PRT MS/GM 798/2015, Art. 2º)

Parágrafo Único. Os Ministros de Estado da Saúde e da Educação definirão, anualmente, os temas principais que nortearão a execução das ações de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 798/2015, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 169. Poderão participar da Semana Saúde na Escola todos os estabelecimentos públicos de ensino do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 798/2015, Art. 3º)

Parágrafo Único. É livre a iniciativa dos entes federados interessados em participar da mobilização, sem necessidade de prévia adesão. (Origem: PRT MS/GM 798/2015, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 170. Para os Municípios aderidos ao PSE, as ações realizadas durante a Semana Saúde na Escola serão contabilizadas para o alcance das metas pactuadas no Termo de Compromisso do Programa, definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação. (Origem: PRT MS/GM 798/2015, Art. 4º)

Parágrafo Único. A contabilização das ações realizadas durante a Semana Saúde na Escola fica condicionada ao seu registro nos sistemas de monitoramento do PSE. (Origem: PRT MS/GM 798/2015, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 171. O período de realização e o tema principal da Semana Saúde na Escola serão divulgados, anualmente, nos canais de comunicação do Ministério da Saúde e também por meios eletrônicos e/ou impressos de ampla circulação. (Origem: PRT MS/GM 798/2015, Art. 5º)

TÍTULO II

DO CONTROLE DE DOENÇAS E ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS DE SAÚDE

CAPÍTULO I

DA ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE

Seção I

Do Conjunto de Ações e Medidas Coordenadas para a Eliminação da Hanseníase

Art. 172. Fica instituído, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), um conjunto de ações e medidas coordenadas para a eliminação da hanseníase, a serem promovidas de forma compartilhada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, com a finalidade de fortalecer o desenvolvimento das ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e controle da hanseníase, tendo por objetivos: (Origem: PRT MS/GM 586/2004, Art. 1º)

I - ampliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento nos municípios de maior endemicidade; (Origem: PRT MS/GM 586/2004, Art. 1º, I)

II - garantir atenção integral aos pacientes em todos os níveis de complexidade; (Origem: PRT MS/GM 586/2004, Art. 1º, II)

III - assegurar, nas unidades de saúde, tratamento completo para as formas paucibacilar e multibacilar; (Origem: PRT MS/GM 586/2004, Art. 1º, III)

IV - desenvolver ações de promoção à saúde e vigilância epidemiológica, bem como de diagnóstico e acompanhamento, tratamento e reabilitação das pessoas atingidas pela doença; (Origem: PRT MS/GM 586/2004, Art. 1º, IV)

V - promover a organização, a regulação, o acompanhamento e a avaliação do conjunto de ações de saúde para a efetiva eliminação da hanseníase; (Origem: PRT MS/GM 586/2004, Art. 1º, V)

VI - garantir informação acessível, atualizada e confiável, como ferramenta de avaliação, acompanhamento do estágio da eliminação para tomada de decisão; (Origem: PRT MS/GM 586/2004, Art. 1º, VI)

VII - responsabilizar os gestores e mobilizar a sociedade civil, na promoção do conhecimento sobre os sinais e sintomas da hanseníase; e (Origem: PRT MS/GM 586/2004, Art. 1º, VII)

VIII - ampliar a oferta de procedimentos de reabilitação física aos pacientes portadores de incapacidades/deformidades decorrentes da hanseníase. (Origem: PRT MS/GM 586/2004, Art. 1º, VIII)

Art. 173. Ficam integradas as ações de eliminação da hanseníase - diagnóstico e tratamento - na Atenção Básica, com o objetivo de promover o maior acesso das pessoas atingidas pela doença, em especial nos municípios endêmicos. (Origem: PRT MS/GM 586/2004, Art. 2º)

Art. 174. A Secretaria de Vigilância em Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde adotarão as medidas necessárias ao cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 586/2004, Art. 3º)

Seção II

Dos Centros Colaboradores Nacionais, Macrorregionais e Estaduais para o Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase e de Outras Dermatoses de Interesse Sanitário

Art. 175. Ficam aprovados os pré-requisitos, as atividades e demais orientações, constantes desta Seção, para o reconhecimento de instituições como Centros Colaboradores Nacionais, Macrorregionais e Estaduais para o Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase e de outras dermatoses de interesse sanitário.(Origem: PRT MS/GM 814/2000, Art. 1º)

Parágrafo Único. Os Centros Colaboradores Nacionais e Macrorregionais serão reconhecidos por meio de portaria ministerial específica e os Centros Colaboradores Estaduais pela respectiva Secretaria de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 814/2000, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 176. São atividades dos Centros Colaboradores Nacionais: (Origem: PRT MS/GM 814/2000, Art. 2º)

I - o desenvolvimento de pesquisas de interesse do Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase e de outras dermatoses de interesse sanitário; (Origem: PRT MS/GM 814/2000, Art. 2º, I)

II - a capacitação de recursos humanos especializados na atenção básica e em outras de maior complexidade para o Programa Nacional mencionado; e (Origem: PRT MS/GM 814/2000, Art. 2º, II)

III - a realização de estudos de interesse do Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase, com ênfase em epidemiologia, aspectos operacionais, resistência medicamentosa, efeitos colaterais e recidivas e monitoramento de eventos sentinelas. (Origem: PRT MS/GM 814/2000, Art. 2º, III)

Art. 177. Ficam definidos os pré-requisitos mínimos obrigatórios para o reconhecimento de Unidades de Saúde como Centros Colaboradores Estaduais, Macrorregionais ou Nacionais na área de dermatologia sanitária. (Origem: PRT MS/GM 814/2000, Art. 3º)

§ 1º São os seguintes os pré-requisitos para o reconhecimento de instituições como Centro Colaborador Estadual ou Macrorregional; (Origem: PRT MS/GM 814/2000, Art. 3º, § 1º)

I - dispor de equipe multidisciplinar capacitada para a assistência em dermatologia sanitária,com enfoque nas ações de controle da hanseníase e de outras dermatoses de interesse sanitário; (Origem: PRT MS/GM 814/2000, Art. 3º, § 1º, I)

II - assessorar tecnicamente as demais Unidades de Saúde da rede do SUS na área de hanseníase e de outras dermatoses de interesse sanitário; (Origem: PRT MS/GM 814/2000, Art. 3º, § 1º, II)

III - realizar e apoiar a capacitação técnica nas atividades de controle e eliminação da hanseníase e de outras dermatoses de interesse sanitário; (Origem: PRT MS/GM 814/2000, Art. 3º, § 1º, III)

IV - esclarecer diagnósticos, inclusive de recidivas e de outras intercorrências; (Origem: PRT MS/GM 814/2000, Art. 3º, § 1º, IV)

V - desenvolver e apoiar o desenvolvimento de pesquisas de interesse do Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase; e (Origem: PRT MS/GM 814/2000, Art. 3º, § 1º, V)

VI - estar vinculado formalmente a comitê de ética em pesquisa. (Origem: PRT MS/GM 814/2000, Art. 3º, § 1º, VI)

§ 2º São os seguintes os pré-requisitos para o reconhecimento de instituições como Centro Colaborador Nacional, além dos constantes no §1° precedente; (Origem: PRT MS/GM 814/2000, Art. 3º, § 2º)

I - dispor de, pelo menos, um terço da equipe com titulação em nível de pós graduação; (Origem: PRT MS/GM 814/2000, Art. 3º, § 2º, I)

II - possuir laboratório de pesquisa; e (Origem: PRT MS/GM 814/2000, Art. 3º, § 2º, II)

III - apresentar produção científica regular. (Origem: PRT MS/GM 814/2000, Art. 3º, § 2º, III)

§ 3º Os Centros Colaboradores Nacionais deverão subsidiar o Ministério da Saúde nas decisões referentes à política de controle e eliminação da hanseníase e de outras dermatoses de direito sanitário. (Origem: PRT MS/GM 814/2000, Art. 3º, § 3º)

Art. 178. Os Centros Colaboradores Nacionais, Macrorregionais e Estaduais deverão trabalhar de forma integrada e assessorar as gerências de hanseníase, de acordo com a sua capacidade organizacional e em consonância com as normas técnicas nacionais. (Origem: PRT MS/GM 814/2000, Art. 4º)

Seção III

Dos Mecanismos para a Organização e a Implantação de Redes Estaduais/Municipais de Atenção à Hanseníase

Art. 179. Ficam estabelecidos os mecanismos para a organização e a implantação de Redes Estaduais/Municipais de Atenção à Hanseníase. (Origem: PRT MS/GM 587/2004, Art. 1º)

Art. 180. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de acordo com as respectivas condições de gestão e divisão de responsabilidades, adotarão as providências necessárias à organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Hanseníase, que serão integradas por Serviços de Atenção à Hanseníase, a seguir discriminados: (Origem: PRT MS/GM 587/2004, Art. 2º)

I - Ações de Saúde na Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 587/2004, Art. 2º, a)

II - Serviços de Atenção a Hanseníase na Média Complexidade; e (Origem: PRT MS/GM 587/2004, Art. 2º, b)

III - Serviços de Atenção a Hanseníase na alta Complexidade; (Origem: PRT MS/GM 587/2004, Art. 2º, c)

§ 1º As Ações de Saúde na Atenção Básica compreendem ações de caráter individual e coletivo de promoção e prevenção de incapacidade, resultantes da Hanseníase que possam ser realizadas neste nível de atenção, assim como ações informativas e educativas junto a comunidade de orientação familiar e encaminhamentos quando necessário para o Serviço de Atenção à Hanseníase na Média Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 587/2004, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os Serviços de Atenção à Hanseníase na Média Complexidade compreendem ações de atenção diagnóstica e terapêutica especializadas, garantidas a partir do processo de referência e contrareferência do paciente afetado pela Hanseníase e que devem ser organizadas de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada Unidade Federada. (Origem: PRT MS/GM 587/2004, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Os Serviços de Atenção à Hanseníase na Alta Complexidade caracterizam-se como serviços de maior nível de atenção e tem como finalidade prestar assistência multiprofissional e multidisciplinar especializada para o atendimento às pessoas portadoras de Hanseníase, incluindo as cirurgias reparadoras das sequelas de Hanseníase. (Origem: PRT MS/GM 587/2004, Art. 2º, § 3º)

Art. 181. A Secretaria de Atenção a Saúde, em conjunto com a Secretaria de Vigilância em Saúde, adotará as medidas necessárias à implementação do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 587/2004, Art. 3º)

CAPÍTULO II

DA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIA

Seção I

Do Projeto de Vida no Trânsito

Art. 182. O Projeto Vida no Trânsito tem como objetivo subsidiar gestores no fortalecimento de políticas de prevenção de lesões e mortes no trânsito por meio do planejamento, monitoramento, acompanhamento e avaliação das ações. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 35)

Art. 183. Para a execução das ações do Projeto Vida no Trânsito, o ente federativo habilitado ao recebimento do incentivo financeiro assumirá as seguintes responsabilidades: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 36)

I - instituir Comitê Intersetorial Estadual, do Distrito Federal ou Municipal, de execução e acompanhamento do Projeto Vida no Trânsito ou tema similar; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 36, I)

II - instituir Comissão ou Subcomissão de Coleta de Dados, Análise e Gestão da Informação; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 36, II)

III - enviar anualmente à SVS/MS relatório com informações qualificadas sobre as lesões e mortes causadas no trânsito, utilizando banco de dados da segurança pública, trânsito e saúde sobre acidentes e vítimas; e (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 36, III)

IV - promover o desenvolvimento de ações de intervenção baseadas nas evidências obtidas após análise de dados e informações, por meio de planejamento integrado e intersetorial, com projetos de intervenção focados a partir dos fatores de risco prioritários de ocorrência dos acidentes de trânsito, nos grupos de vítimas e nos pontos críticos de ocorrência de acidentes nos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 36, IV)

Art. 184. O ente federativo será desabilitado do Projeto Vida no Trânsito nas seguintes hipóteses: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 38)

I - ausência de institucionalização do Comitê Intersetorial de execução e acompanhamento do Projeto Vida no Trânsito; ou (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 38, I)

II - não envio do relatório anual da Comissão ou Subcomissão de Coleta de Dados, Análise e Gestão da Informação à SVS/MS. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 38, II)

Art. 185. A avaliação das ações do Projeto Vida no Trânsito será efetuada anualmente pela SVS/MS, a partir do ano subsequente ao da habilitação, por intermédio do relatório anual referido no art. 183, III. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 39)

Seção II

Do Projeto de Redução de Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito - Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde

Art. 186. Fica aprovado, na forma dos Anexos XV, XVI e XVII , o "Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito - Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde", no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 344/2002, Art. 1º)

Parágrafo Único. O referido Projeto tem como objetivo reduzir a morbimortalidade por acidentes de trânsito no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações sistematizadas de prevenção de acidentes de trânsito. (Origem: PRT MS/GM 344/2002, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 187. O Projeto Nacional ora aprovado será desenvolvido em parceria com os gestores dos três níveis de direção do SUS e com os órgãos e entidades de trânsito nacionais, estaduais e municipais. (Origem: PRT MS/GM 344/2002, Art. 2º)

Art. 188. Fica criada a Comissão Técnica de Acompanhamento, coordenada pela Secretaria de Políticas de Saúde, encarregada de assessorar, planejar, avaliar e supervisionar as ações levadas a efeito no âmbito dos estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 344/2002, Art. 3º)

CAPÍTULO III

DA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER

Seção I

Do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP)

Art. 189. O RCBP constitui-se de ferramenta de vigilância e monitoramento de neoplasias destinado a estimar incidências, taxas de mortalidade e de sobrevida, por meio da coleta, análise, interpretação e divulgação sistemática em uma população e períodos de tempo específicos. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 20)

§ 1º O RCBP coletará informações de pessoas residentes nos Municípios onde estão localizados, as quais constituirão subsídio para o planejamento, a implementação de programas e de ações de prevenção e de atenção à população doente. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 20, § 1º)

§ 2º O Ministério da Saúde disponibilizará no endereço eletrônico http://bvsms.saude. gov.br/bvs/ publicacoes/inca/manual_registros_cancer_base_populacional_2ed.pdf o Manual de Rotinas e Procedimentos para RCBP. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 20, § 2º)

Art. 190. Para a execução de ações de RCBP, o estabelecimento assumirá as seguintes responsabilidades: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 22)

I - encaminhamento anual ao Instituto Nacional de Câncer (INCA) e à SVS/MS da base de dados atualizada, consolidada e em meio digital, com defasagem máxima de 2 (dois) anos calendário, para avaliação de consistência e divulgação das informações; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 22, I)

II - utilização, preferencialmente, do Sistema Informatizado para RCBP, desenvolvido pelo INCA para registros dos dados coletados; e (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 22, II)

III - fornecimento anual da base de dados, de informações e análise sobre perfil da incidência de câncer na localidade para as respectivas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 22, III)

Art. 191. O ente federativo será desabilitado das ações de RCBP nas seguintes hipóteses: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 24)

I - deixar de encaminhar anualmente, até o mês de junho, a base de dados consolidada e atualizada em meio digital, de pelo menos um novo ano calendário para avaliação de consistência e divulgação das informações ao INCA, à SVS/MS e às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 24, I)

II - manter base de dados não atualizadas, com defasagem superior a 2 (dois) anos calendários; ou (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 24, II)

III - deixar de comprovar a formalização do contrato do serviço de RCBP, quando este for gerenciado por instituição pública ou filantrópica não vinculada às Secretarias de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 24, III)

Art. 192. A avaliação do RCBP será efetuada anualmente pela SVS/MS, a partir do ano seguinte ao da habilitação, por intermédio da base de dados a ela encaminhada. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 25)

Seção II

Do Controle de Câncer de Mama

Subseção I

Do Programa de Mamografia Móvel

Art. 193. Fica instituído o Programa de Mamografia Móvel no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 1º)

Art. 194. Para fins do disposto nesta Subseção, considera-se Mamografia Móvel o exame mamográfico realizado por unidade móvel de saúde com o objetivo de identificar e rastrear alterações relacionadas ao câncer de mama em todo território nacional. (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 2º)

Art. 195. O Programa de Mamografia Móvel tem os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 3º)

I - articular ações que visem ao aumento da cobertura mamográfica em todo território nacional, prioritariamente em favor das mulheres na faixa etária elegível, entre cinquenta e sessenta e nove anos de idade, para o rastreamento do câncer de mama; (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 3º, I)

II - desenvolver ações coordenadas que visem à garantia do fornecimento regular do exame mamográfico às mulheres na faixa etária elegível para o rastreamento do câncer de mama, bienalmente; (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 3º, II)

III - fortalecer ações de prevenção secundária para o câncer de mama, com favorecimento para o seu diagnóstico precoce e o encaminhamento em tempo adequado para a confirmação diagnóstica e o tratamento especializado; e (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 3º, III)

IV - prestar ações de fortalecimento do desenvolvimento regional da rede de atendimento à população nos três níveis de atenção à saúde. (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 3º, IV)

Art. 196. O Programa de Mamografia Móvel contemplará: (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 4º)

I - prioritariamente, as mulheres na faixa etária elegível, entre cinquenta e sessenta e nove anos de idade, para o rastreamento do câncer de mama, conforme dados disponibilizados no Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 4º, I)

II - os entes federativos que se encontrarem com os menores percentuais de realização de exames de mamografia, segundo o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS). (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 4º, II)

Art. 197. O Programa de Mamografia Móvel será executado: (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 5º)

I - por meio de parceria entre a União, por meio do Ministério da Saúde, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 5º, I)

II - pela prestação de serviços de diagnóstico por imagem por estabelecimentos públicos ou privados de saúde, contratados ou conveniados, por meio de unidades móveis de saúde, interessados em realizar exames de mamografia. (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 5º, II)

Art. 198. Para participação no Programa Mamografia Móvel, os entes federativos interessados devem cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 6º)

I - cumprir com os objetivos do Programa de Mamografia Móvel de que trata o art. 195; (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 6º, I)

II - identificar e convocar as mulheres elegíveis para o Programa; (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 6º, II)

III - realizar agendamento regulado e organizado das mulheres elegíveis para o Programa; e (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 6º, III)

IV - prover o atendimento nos serviços da atenção especializada de média e alta complexidade, para os casos que necessitarem de intervenções e cuidado por alterações no exame mamográfico. (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 6º, IV)

Art. 199. Para fins de habilitação no Programa de Mamografia Móvel, os entes federativos interessados deverão encaminhar à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS) a seguinte documentação: (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 7º)

I - estimativa do público-alvo total a ser coberto pelos serviços contratados, considerando-se a faixa etária prioritária definida no art. 196, I; (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 7º, I)

II - relação dos estabelecimentos de saúde e respectivas unidades móveis que foram contratualizados para a realização de exames de mamografia no âmbito do Programa de Mamografia Móvel; (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 7º, II)

III - proposta para a execução dos serviços, com os seguintes requisitos mínimos: (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 7º, III)

a) área territorial de abrangência dos serviços previstos, conforme a capacidade de cada unidade móvel de saúde a ser autorizada; (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 7º, III, a)

b) fluxos micro e macrorregionais de encaminhamento; (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 7º, III, b)

c) indicação de estratégias que garantam o acesso da população triada residente em locais de difícil acesso; (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 7º, III, c)

d) metas físicas e financeiras a serem alcançadas, conforme a estimativa de público-alvo e a capacidade instalada de cada unidade móvel de saúde a ser autorizada; e (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 7º, III, d)

e) declaração do gestor de saúde de que assume a responsabilidade, de acordo com a conformação da Região de Saúde, de: (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 7º, III, e)

1. encaminhamento das mulheres com alterações mamárias para serviços de confirmação diagnóstica e tratamento, quando indicados; (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 7º, III, e, 1)

2. encaminhamento das mulheres com confirmação diagnóstica de câncer de mama para tratamento nas unidades de tratamento especializado; e (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 7º, III, e, 2)

3. definição da unidade de atendimento especializado para a qual serão encaminhadas as mulheres identificadas com confirmação diagnóstica de câncer de mama; e (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 7º, III, e, 3)

IV - expediente que comprove o envio à Comissão Intergestores Regional (CIR), à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, quando for o caso, ao Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) sobre a participação no Programa de Mamografia Móvel. (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 7º, IV)

Parágrafo Único. A habilitação no Programa de Mamografia Móvel terá validade por 24 (vinte quatro) meses. (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 200. Para participação no Programa Mamografia Móvel, os estabelecimentos de saúde e respectivas unidades móveis devem cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 8º)

I - dispor de alvará da vigilância sanitária local para a unidade móvel de saúde que realizará os exames de mamografia no território de atuação; (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 8º, I)

II - ter registro no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para cada unidade móvel de saúde no seu respectivo território de atuação; (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 8º, II)

III - dispor de áreas e instalações necessárias, suficientes e adequadas para a recepção dos pacientes e realização do exame de mamografia, com observância dos instrumentos normativos do Ministério da Saúde, especialmente a Portaria nº 453/SVS/MS, de 2 de junho de 1998; (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 8º, III)

IV - dispor da presença de profissional médico radiologista, legalmente habilitado, no caso da emissão dos laudos na unidade móvel que realiza o exame, com respectivo registro ou inscrição no Conselho Regional de Medicina e cadastrado no respectivo estabelecimento de saúde móvel; (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 8º, IV)

V - no caso de não possuir profissional médico radiologista na unidade móvel de saúde para emissão do laudo radiológico, garantir o respectivo laudo médico através de outra unidade de saúde disponível; (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 8º, V)

VI - no caso de emissão de laudos por telerradiologia, dispor de: (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 8º, VI)

a) profissional médico radiologista ou empresa especializada com central de laudos com capacidade instalada comprovada para emissão de laudos, observando-se os termos da Resolução nº 1.890, de 15 de janeiro de 2009, do Conselho Federal de Medicina (CFM); (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 8º, VI, a)

b) canal de comunicação com capacidade de transmissão da informação necessária para o laudo radiológico; e (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 8º, VI, b)

c) dispor de capacidade para envio dos laudos e imagens dos exames por meio digital ao órgão designado pelo gestor local de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 8º, VI, c)

VII - dispor de capacidade para envio de relatório sintético do atendimento realizado mensalmente ao(s) gestor(es) municipal(ais) do seu território de atuação; (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 8º, VII)

VIII - dispor de equipe técnica para prévia vistoria dos locais por onde percorrerá a unidade móvel de saúde a fim de verificar condições de adequabilidade e logística necessárias; (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 8º, VIII)

IX - garantir a integridade física dos pacientes e dos funcionários durante o procedimento, protegendo-os de situações de risco; (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 8º, IX)

X - garantir igualdade de tratamento, sem quaisquer discriminações; (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 8º, X)

XI - prestar atendimento de qualidade, observando-se as questões de sigilo profissional; (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 8º, XI)

XII - utilizar os recursos tecnológicos e equipamentos necessários de acordo com a legislação e normas vigentes; e (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 8º, XII)

XIII - observar os protocolos clínicos recomendados pelo Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM) para a correta prestação dos serviços. (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 8º, XIII)

§ 1º A participação de que trata este artigo não gera vínculo dos estabelecimentos de saúde, inclusive de seus funcionários ou prestadores de serviço, com o Ministério da Saúde ou direito à contratação pelos entes federativos que participarem do Programa de Mamografia Móvel. (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 8º, § 1º)

§ 2º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) publicará edital de cadastramento dos estabelecimentos de saúde interessados em participar do Programa Mamografia Móvel. (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 8º, § 2º)

Art. 201. Os entes federativos habilitados no Programa de Mamografia Móvel deverão: (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 9º)

I - credenciar e cadastrar cada unidade móvel como estabelecimento de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 9º, I)

II - contratualizar e/ou monitorar em todas as suas etapas o projeto sob sua responsabilidade; e (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 9º, II)

III - avaliar o alcance das metas definidas no âmbito do Programa de Mamografia Móvel. (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 9º, III)

Art. 202. Os procedimentos executados no âmbito do Programa de Mamografia Móvel serão informados pelos entes federativos participantes, conforme estabelecido em Portaria da SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 10)

Art. 203. Compete à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS) providenciar junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS) as adequações necessárias no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), ou em outro que vier a substituí-lo, para cumprimento do disposto nesta Subseção. (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 12)

Art. 204. Caberá aos órgãos de controle interno, especialmente à área finalística, sem prejuízo das atribuições dos órgãos de controle externo previstas na legislação vigente, o monitoramento da correta aplicação dos recursos financeiros envolvidos no Programa de Mamografia Móvel. (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 14)

Art. 205. A SAS/MS adotará as medidas necessárias para o cumprimento do disposto nesta Subseção. (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 15)

Subseção II

Do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM)

Art. 206. Fica instituído o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM). (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 1º)

Art. 207. O PNQM tem por objetivo avaliar o desempenho da prestação dos serviços de diagnóstico por imagem que realizam mamografia, com base em critérios e parâmetros referentes à qualidade da estrutura, do processo, dos resultados, da imagem clínica e do laudo. (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 2º)

Art. 208. O PNQM tem abrangência nacional e se aplica a todos os estabelecimentos de saúde públicos e privados que realizam mamografia e que sejam vinculados ou não ao Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 3º)

Art. 209. O PNQM será executado pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS/MS) e por todos os serviços de diagnósticos por imagem que realizam mamografia. (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 4º)

Art. 210. Compete à SAS/MS: (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 5º)

I - avaliar e monitorar a implantação e operacionalização do PNQM em todo o território nacional; (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 5º, I)

II - analisar os resultados das avaliações do PNQM; (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 5º, II)

III - divulgar os resultados do PNQM, anualmente, por meio do relatório final, no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas; e (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 5º, III)

IV - monitorar, analisar e disponibilizar as informações referentes aos resultados dos exames mamográficos inseridos no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) pelos serviços de mamografia e dos indicadores de qualidade de que trata o Anexo XXIX . (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 5º, IV)

Art. 211. Compete ao INCA/SAS/MS: (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 6º)

I - coordenar e realizar a avaliação da qualidade das imagens clínicas das mamas e do laudo das mamografias de uma amostra encaminhada trienalmente pelos serviços aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 6º, I)

II - solicitar aos serviços aprovados pela ANVISA o envio da amostra referida no inciso I, quando estes serviços ainda não tiverem enviado imagens clínicas das mamas e laudos para o INCA/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 6º, II)

III - consolidar, monitorar e disponibilizar as informações referentes à avaliação das análises das imagens e laudos mamográficos; e (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 6º, III)

IV - manter atualizados os dados de qualidade das imagens clínicas e dos laudos das mamografias, por meio do Sistema de Informação da Qualidade da Imagem e Interpretação Diagnóstica (QIID), disponibilizado no endereço eletrônico https://qiid.inca.gov.br, ou em outro sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 6º, IV)

§ 1º A amostra de que trata o inciso I deverá conter 5 (cinco) exames completos (imagem radiográfica e laudo) realizados em sistema digital ou 5 (cinco) incidências para os sistemas convencionais, sendo 2 (duas) incidências em crânio-caudal e 3 (três) incidências em médio-lateral oblíqua. (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 6º, § 1º)

§ 2º É facultado ao INCA/SAS/MS receber o apoio de entidades profissionais e de especialistas que possuam comprovada qualificação técnica a respeito da matéria para realização da avaliação de que trata o inciso I. (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 6º, § 2º)

§ 3º Os Requisitos de Qualidade dos Exames e dos Laudos em Mamografia, que deverão ser utilizados para a avaliação da qualidade da imagem clínica das mamas e dos laudos de mamografia, estão dispostos no Anexo XXVIII . (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 6º, § 3º)

Art. 212. Compete à ANVISA: (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 7º)

I - coordenar a avaliação dos Programas de Garantia da Qualidade (PGQ) dos serviços de diagnóstico por imagem que realizam mamografia; (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 7º, I)

II - consolidar, monitorar e disponibilizar, anualmente, as informações referentes às avaliações dos PGQ realizadas pelo SNVS; (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 7º, II)

III - manter atualizados os dados das análises dos PGQ, por meio do sistema de informação disponibilizado no endereço eletrônico www.mamografia.unifei.edu.br, ou em outro sistema de informação definido pela ANVISA; e (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 7º, III)

IV - credenciar os Centros de Referência de que trata o art. 217. (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 7º, IV)

Art. 213. Compete à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) dispor acerca da obrigatoriedade das operadoras de planos de saúde de somente contratar ou manter contratados serviços de diagnóstico por imagem que realizam mamografia que cumpram integralmente o PNQM. (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 8º)

Art. 214. Compete aos gestores estaduais, distrital e municipais: (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 9º)

I - apoiar a organização e a execução do PNQM no seu âmbito de atuação; (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 9º, I)

II - monitorar a implementação do PNQM nos prestadores de serviço de diagnóstico por imagem que realizam mamografia; (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 9º, II)

III - estimular e priorizar as visitas anuais das vigilâncias sanitárias estaduais, distrital e municipais nos serviços de diagnóstico por imagem que realizam mamografia visando o cumprimento do PGQ; e (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 9º, III)

IV - monitorar os indicadores de que trata Anexo XXIX . (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 9º, IV)

Parágrafo Único. Para fins do disposto no inciso III, as vigilâncias sanitárias estaduais, distrital e municipais poderão, eventualmente, contar com o apoio técnico dos Centros de Referência de que trata o art. 217. (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 215. Compete às vigilâncias sanitárias estaduais, distrital e municipais: (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 10)

I - preencher os formulários constantes dos Anexos XXVI e XXVII ; e (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 10, I)

II - avaliar os relatórios do PGQ, sendo-lhes facultado o apoio técnico pelos Centros de Referência de que trata o art. 217. (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 10, II)

Parágrafo Único. O preenchimento de que trata o inciso I será realizado "in loco" e, pelo menos, uma vez ao ano. (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 216. Compete aos serviços de diagnóstico por imagem que realizam mamografia, públicos e privados, participantes ou não do SUS: (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 11)

I - participar do PNQM; (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 11, I)

II - inserir no SISCAN ou no sistema de informação vigente definido pelo Ministério da Saúde as informações sobre os exames mamográficos realizados; (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 11, II)

III - enviar anualmente ao órgão de vigilância sanitária competente o relatório do PGQ definido na legislação sanitária vigente, contemplando todos os testes de aceitação, constância e desempenho realizados no período; e (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 11, III)

IV - enviar trienalmente para o INCA/SAS/MS uma amostra de exames para a análise de que trata o art. 211, I. (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 11, IV)

Parágrafo Único. Os serviços de diagnóstico por imagem que realizam mamografia que não sejam participantes do SUS disporão de procedimento simplificado no SISCAN ou no sistema de informação vigente para a inserção das informações sobre os exames mamográficos realizados mensalmente. (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 217. Poderão ser credenciadas como Centros de Referência as entidades que atendam aos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 12)

I - ser instituição pública de ensino e pesquisa ou entidade profissional ou de especialistas; (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 12, I)

II - ter comprovada qualificação técnica reconhecida; e (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 12, II)

III - ser indicado para habilitação pelo gestor estadual e pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 12, III)

Art. 218. O PNQM contará com um Comitê de Avaliação constituído por 5 (cinco) membros, sendo: (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 13)

I - 1 (um) da SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 13, I)

II - 1 (um) do INCA/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 13, II)

III - 1 (um) da ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 13, III)

IV - 1 (um) da ANS; e (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 13, IV)

V - 1 (um) do Comitê de Especialistas para o fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama, instituído pela Portaria nº 1.472/GM/MS, de 24 de junho de 2011, cuja indicação deve ser feita consensualmente pelo Comitê de Especialistas. (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 13, V)

§ 1º O Comitê de Avaliação do PNQM será coordenado pela SAS/MS, que fornecerá o apoio técnico-administrativo necessário ao funcionamento do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 13, § 1º)

§ 2º Os membros do Comitê de Avaliação do PNQM serão indicados pelos respectivos órgãos ou entidades à SAS/MS e serão designados por meio de ato do Secretário da SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 13, § 2º)

§ 3º Para cada membro titular será indicado um membro suplente. (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 13, § 3º)

§ 4º Compete ao Comitê de Avaliação do PNQM sugerir melhorias no processo de implantação e operacionalização do PNQM. (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 13, § 4º)

§ 5º A regulamentação do funcionamento do Comitê de Avaliação se dará por meio da publicação de Regimento Interno. (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 13, § 5º)

Art. 219. Para a realização da avaliação da qualidade dos serviços de diagnóstico por imagem que realizam mamografia será observado o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 14)

I - as vigilâncias sanitárias estaduais, distrital ou municipais ou Centros de Referência preencherão os formulários de avaliação do PGQ, disponíveis nos Anexos XXVI e XXVII , e os enviarão para a ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 14, I)

II - a ANVISA elaborará o relatório com a consolidação dos dados captados por meio dos formulários, indicando os serviços cujas imagens e laudos serão avaliados e enviará, mensalmente, à SAS/MS e ao INCA/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 14, II)

III - o INCA/SAS/MS coordenará e realizará a avaliação das imagens clínicas e dos laudos dos serviços aprovados pela ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 14, III)

IV - o INCA/SAS/MS enviará, mensalmente, à SAS/MS, relatório consolidado da avaliação das imagens clínicas e dos laudos; (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 14, IV)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300371

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

V - a SAS/MS analisará os resultados da avaliação do PGQ e da qualidade das imagens clínicas e laudos e elaborará o relatório final referente à avaliação dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 14, V)

VI - a SAS/MS encaminhará o relatório final para a ANVISA e para o INCA/SAS/MS para ciência; e (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 14, VI)

VII - a SAS/MS disponibilizará, anualmente, o relatório final no endereço eletrônicos www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 14, VII)

Art. 220. Os serviços de diagnóstico por imagem que realizam mamografia serão avaliados continuamente, e o resultado da avaliação será disponibilizado anualmente no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 15)

Art. 221. Representantes das vigilâncias sanitárias estaduais, distrital e municipais, da ANVISA, do INCA/SAS/MS e da SAS/MS poderão realizar visitas "in loco" nos serviços de diagnóstico por imagem que realizam mamografia abrangidos pelo PNQM para: (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 16)

I - realização de testes de desempenho do equipamento; e (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 16, I)

II - orientação quanto à execução do PGQ dos serviços e dos procedimentos que garantam uma imagem clínica de qualidade. (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 16, II)

Art. 222. A avaliação e o monitoramento do PNQM incluem a análise do processo de sua implantação em todo o território nacional e a análise dos resultados referentes à qualidade dos serviços de diagnóstico por imagem que realizam mamografia. (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 17)

Parágrafo Único. O monitoramento dos resultados referentes à qualidade do exame mamográfico inclui a adoção dos indicadores de que trata o Anexo XXIX . (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 17, Parágrafo Único)

Art. 223. A avaliação e o monitoramento do PNQM serão realizados pela SAS/MS, anualmente, a partir das informações fornecidas e pela ANVISA e pelo INCA/SAS/MS no exercício das atribuições de que trata esta Subseção, sendo que a validade da avaliação pela ANVISA é anual e a do INCA trienal. (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 18)

Art. 224. O serviço de diagnóstico por imagem que realiza mamografia será considerado aprovado pelo PNQM se demonstrar o cumprimento dos critérios de aprovação relativos ao PGQ e à qualidade da imagem clínica e laudo, definidos nos Anexos XXVI e XXVII . (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Art. 19)

Seção III

Do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino

Art. 225. Ficam aprovadas as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. (Origem: PRT MS/GM 2508/2011, Art. 1º)

Parágrafo Único. As Diretrizes de que trata o caput deste artigo estão consubstanciadas na obra "Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero", do Instituto Nacional de Câncer, ano 2011, ISBN 978-85-7318-184-5. (Origem: PRT MS/GM 2508/2011, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 226. A obra de que trata esta Seção constitui-se o documento oficial adotado pelo Ministério da Saúde para o rastreamento do câncer do colo do útero no território nacional. (Origem: PRT MS/GM 2508/2011, Art. 2º)

Art. 227. A obra "Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero" ficará disponível no portal do Ministério da Saúde, no endereço eletrônico http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento_cancer_colo_utero.pdf. (Origem: PRT MS/GM 2508/2011, Art. 3º)

Art. 228. Findo o prazo definido pelo art. 149 do Anexo IV da Portaria de Consolidação nº 3, o financiamento do procedimento 02.03.01.008-6 - EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-RASTREAMENTO continuará a ser via Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). (Origem: PRT MS/GM 613/2017, Art. 3º)

CAPÍTULO IV

DO PROGRAMA DE CONTROLE DE PÊNFIGO FOLIÁCEO ENDÊMICO

Art. 229. Ficam expedidas as instruções normativas para diagnóstico, tratamento e controle do Pênfigo Foliáceo Endêmico (fogo selvagem), na forma do Anexo XXX . (Origem: PRT MS/GM 1400/1991, Art. 1º)

CAPÍTULO V

DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE VOLTADOS PARA VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE ZOONOSES E DE ACIDENTES CAUSADOS POR ANIMAIS PEÇONHENTOS E VENENOSOS, DE RELEVÂNCIA PARA A SAÚDE PÚBLICA

Seção I

Disposições Gerais

Art. 230. Esta Seção define as ações e os serviços de saúde voltados para vigilância, prevenção e controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública. (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 1º)

Art. 231. Para fins desta Seção, considera-se animais de relevância para a saúde pública todo aquele que se apresenta como: (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 2º)

I - vetor, hospedeiro, reservatório, portador, amplificador ou suspeito para alguma zoonose de relevância para a saúde pública, quanto à transmissão de agente etiológico para humanos; (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 2º, I)

II - suscetível para alguma zoonose de relevância para a saúde pública, quando em situações de risco quanto à transmissão de agente etiológico para humanos; (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 2º, II)

III - venenoso ou peçonhento de relevância para a saúde pública; ou (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 2º, III)

IV - causador de agravo que represente risco de transmissão de doença para a população humana. (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 2º, IV)

Art. 232. São consideradas ações e serviços públicos de saúde voltados para a vigilância, a prevenção e o controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública: (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 3º)

I - desenvolvimento e execução de atividades, ações e estratégias relacionadas a animais de relevância para a saúde pública; (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 3º, I)

II - desenvolvimento e execução de ações, atividades e estratégias de educação em saúde visando à guarda ou à posse responsável de animais para a prevenção das zoonoses; (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 3º, II)

III - coordenação, execução e avaliação das ações de vacinação animal contra zoonoses de relevância para a saúde pública, normatizadas pelo Ministério da Saúde, bem como notificação e investigação de eventos adversos temporalmente associados a essas vacinações; (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 3º, III)

IV - realização de diagnóstico laboratorial de zoonoses e identificação das espécies de animais, de relevância para a saúde pública; (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 3º, IV)

V - recomendação e adoção de medidas de biossegurança que impeçam ou minimizem o risco de transmissão de zoonoses e da ocorrência de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos relacionados à execução das atividades de vigilância de zoonoses dispostas neste artigo; (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 3º, V)

VI - desenvolvimento e execução de ações, atividades e estratégias de controle da população de animais, que devam ser executadas em situações excepcionais, em áreas determinadas, por tempo definido, para o controle da propagação de zoonoses de relevância para a saúde pública; (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 3º, VI)

VII - coleta, recebimento, acondicionamento, conservação e transporte de espécimes ou amostras biológicas de animais para encaminhamento aos laboratórios, com vistas à identificação ou diagnóstico laboratorial de zoonoses de relevância para a saúde pública; (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 3º, VII)

VIII - gerenciamento de resíduos de serviços de saúde gerados pelas ações de vigilância de zoonoses de relevância para a saúde pública; (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 3º, VIII)

IX - eutanásia, quando indicado, de animais de relevância para a saúde pública; (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 3º, IX)

X - recolhimento e transporte de animais, quando couber, de relevância para a saúde pública; (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 3º, X)

XI - recepção de animais vivos e de cadáveres de animais quando forem de relevância para a saúde pública; (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 3º, XI)

XII - manutenção e cuidados básicos de animais recolhidos em estabelecimento responsável por vigilância de zoonoses pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS), observando normatização vigente quanto aos prazos estipulados de permanência do animal, quando houver; (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 3º, XII)

XIII - destinação adequada dos animais recolhidos; e (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 3º, XIII)

XIV - investigação, por meio de necropsia, coleta e encaminhamento de amostras laboratoriais ou outros procedimentos pertinentes, de morte de animais suspeitos de zoonoses de relevância para saúde pública. (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 3º, XIV)

Art. 233. Os estabelecimentos responsáveis por vigilância de zoonoses pertencentes ao SUS e os serviços voltados para a vigilância, a prevenção e o controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para saúde pública, deverão ser inscritos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), utilizando critérios de cadastramento que serão regulamentados em portaria específica do Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 4º)

Art. 234. As ações e os serviços de saúde voltados para a vigilância, a prevenção e o controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para saúde pública, serão financiadas com os recursos do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS), bem como com recursos próprios dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, observando-se as disposições contidas na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 5º)

Art. 235. As ações de vigilância, prevenção e controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para saúde pública, deverão ser inseridas na Programação Anual de Saúde (PAS), observadas as diretrizes constantes nos Planos de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 6º)

Art. 236. Os demonstrativos das ações e resultados alcançados comporão o Relatório Anual de Gestão (RAG), submetido ao respectivo Conselho de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 7º)

Art. 237. A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) editará normatização técnica complementar esta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1138/2014, Art. 8º)

Seção II

Das Atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Art. 238. Ficam definidas as atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na prevenção e no controle da malária e da dengue. (Origem: PRT MS/GM 44/2002, Art. 1º)

Art. 239. São atribuições do ACS na prevenção e controle da malária: (Origem: PRT MS/GM 44/2002, Art. 2º)

I - em zona urbana: (Origem: PRT MS/GM 44/2002, Art. 2º, I)

a) realizar ações de educação em saúde e de mobilização social; (Origem: PRT MS/GM 44/2002, Art. 2º, I, a)

b) orientar o uso de medidas de proteção individual e coletiva; (Origem: PRT MS/GM 44/2002, Art. 2º, I, b)

c) mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores; (Origem: PRT MS/GM 44/2002, Art. 2º, I, c)

d) identificar sintomas da malária e encaminhar o paciente à unidade de saúde para diagnóstico e tratamento; (Origem: PRT MS/GM 44/2002, Art. 2º, I, d)

e) promover o acompanhamento dos pacientes em tratamento, ressaltando a importância de sua conclusão; (Origem: PRT MS/GM 44/2002, Art. 2º, I, e)

f) investigar a existência de casos na comunidade, a partir de sintomático; (Origem: PRT MS/GM 44/2002, Art. 2º, I, f)

g) preencher e encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde a ficha de notificação dos casos ocorridos. (Origem: PRT MS/GM 44/2002, Art. 2º, I, g)

II - em área rural, além das atribuições relacionadas no item I deste artigo: (Origem: PRT MS/GM 44/2002, Art. 2º, II)

a) proceder à aplicação de imunotestes, conforme orientação da coordenação municipal do Pacs e PSF; (Origem: PRT MS/GM 44/2002, Art. 2º, II, a)

b) coletar lâminas de sintomáticos e enviá-las para leitura ao profissional responsável e, quando não for possível esta coleta de lâmina, encaminhar as pessoas para a unidade de referência; (Origem: PRT MS/GM 44/2002, Art. 2º, II, b)

c) receber o resultado dos exames e providenciar o acesso ao tratamento imediato e adequado, de acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 44/2002, Art. 2º, II, c)

d) coletar lâmina para verificação de cura (LVC), após conclusão do tratamento, e encaminhá-la para leitura, de acordo com a estratégia local; (Origem: PRT MS/GM 44/2002, Art. 2º, II, d)

Art. 240. São atribuições do ACS na prevenção e no controle da dengue: (Origem: PRT MS/GM 44/2002, Art. 3º)

I - atuar junto aos domicílios informando os seus moradores sobre a doença - seus sintomas e riscos - e o agente transmissor; (Origem: PRT MS/GM 44/2002, Art. 3º, a)

II - informar o morador sobre a importância da verificação da existência de larvas ou mosquitos transmissores da dengue na casa ou redondezas; (Origem: PRT MS/GM 44/2002, Art. 3º, b)

III - vistoriar os cômodos da casa, acompanhado pelo morador, para identificar locais de existência de larvas ou mosquito transmissor da dengue; (Origem: PRT MS/GM 44/2002, Art. 3º, c)

IV - orientar a população sobre a forma de evitar e eliminar locais que possam oferecer risco para a formação de criadouros do Aedes aegypti; (Origem: PRT MS/GM 44/2002, Art. 3º, d)

V - promover reuniões com a comunidade para mobilizá-la para as ações de prevenção e controle da dengue; (Origem: PRT MS/GM 44/2002, Art. 3º, e)

VI - comunicar ao instrutor supervisor do Pacs/PSF a existência de criadouros de larvas e ou mosquitos transmissor da dengue, que dependam de tratamento químico, da interveniência da vigilância sanitária ou de outras intervenções do poder público; (Origem: PRT MS/GM 44/2002, Art. 3º, f)

VII - encaminhar os casos suspeitos de dengue à unidade de saúde mais próxima, de acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 44/2002, Art. 3º, g)

CAPÍTULO VI

DO PLANO NACIONAL DE CONTENÇÃO DO POLIOVÍRUS

Seção I

Do Processo de Contenção Definitiva do Poliovírus Selvagem e Vacinal

Art. 241. Esta Seção dispõe sobre o preenchimento do Inquérito Nacional do poliovírus pelos laboratórios, públicos e privados, visando ao cumprimento do processo de contenção definitiva do poliovírus selvagem e vacinal. (Origem: PRT MS/GM 451/2017, Art. 1º)

Art. 242. Os laboratórios públicos e privados que atuam na área da saúde, educação, defesa, meio ambiente, agricultura, pesquisa e outras, bem como os laboratórios sediados em indústrias, deverão responder o Inquérito nacional do poliovírus contido no link: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=23898. (Origem: PRT MS/GM 451/2017, Art. 2º)

Art. 243. Para os efeitos desta Portaria entende-se por: (Origem: PRT MS/GM 451/2017, Art. 3º)

I - materiais infectantes para poliovírus selvagem ou vacinal: materiais clínicos de casos confirmados de infecção por poliovírus selvagem e VDPV (Poliovirus Derivado da Vacina), amostras ambientais com água de esgoto ou in natura em que esses vírus estejam presentes, e produtos de replicação desses vírus, incluindo:(Origem: PRT MS/GM 451/2017, Art. 3º, I)

a) poliovírus isolados em cultivos celulares, cepas de referência, cepas para vacinas inativadas; (Origem: PRT MS/GM 451/2017, Art. 3º, I, a)

b) animais infectados com poliovírus ou materiais clínicos oriundos desses animais; (Origem: PRT MS/GM 451/2017, Art. 3º, I, b)

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

c) produtos de pesquisa em laboratório que possam conter as sequências do capsídeo do poliovírus selvagem; (Origem: PRT MS/GM 451/2017, Art. 3º, I, c)

d) estrutura total do RNA ou DNA que contêm sequências de capsídeos derivadas de poliovírus selvagem; e (Origem: PRT MS/GM 451/2017, Art. 3º, I, d)

e) células continuamente infectadas com cepas de poliovírus, cujas sequências do capsídeo derivam de poliovírus selvagem. (Origem: PRT MS/GM 451/2017, Art. 3º, I, e)

II - materiais potencialmente infectantes para poliovírus selvagem ou vacinal: (Origem: PRT MS/GM 451/2017, Art. 3º, II)

a) amostras de fezes ou secreções respiratórias coletadas para qualquer finalidade em uma área geográfica de circulação do poliovírus selvagem (incluindo VDPV) ou de uso da OPV (Vacina Oral da Polio); (Origem: PRT MS/GM 451/2017, Art. 3º, II, a)

b) produtos destes materiais em animais ou células permissivas para o poliovírus; (Origem: PRT MS/GM 451/2017, Art. 3º, II, b)

c) isolamentos de culturas de células semelhantes a enterovírus descaracterizados em países onde se sabe ou se suspeita da circulação do poliovírus selvagem ou VDPV no momento da coleta; (Origem: PRT MS/GM 451/2017, Art. 3º, II, c)

d) estoques de vírus entéricos e respiratórios manipulados em condições onde a replicação de poliovírus ou a contaminação é possível. (Origem: PRT MS/GM 451/2017, Art. 3º, II, d)

Art. 244. Caberá aos laboratórios que armazenam amostras de materiais infectantes e potencialmente infectantes para poliovírus selvagem e vacinal, a destruição, a contenção ou a transferência desses materiais para instalação essencial. (Origem: PRT MS/GM 451/2017, Art. 4º)

Parágrafo Único. Os laboratórios que optarem por conter as amostras infectantes e potencialmente infectantes para poliovirus selvagem e vacinal deverão cumprir com critérios de instalação essencial para poliovírus. (Origem: PRT MS/GM 451/2017, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 245. Para fins desta Seção, instalação essencial para poliovírus são os laboratórios que cumprem com todos os critérios estabelecidos pelo Plano de Ação Global da Poliomielite - Documento GAP III, de acordo com a certificação dada pelas autoridades nacional ou internacional. (Origem: PRT MS/GM 451/2017, Art. 5º)

Art. 246. O descumprimento das disposições contidas nesta Seção constitui infração sanitária, nos termos da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis. (Origem: PRT MS/GM 451/2017, Art. 6º)

Seção II

Do Comitê Técnico para Contenção de Poliovírus em Laboratórios Brasileiros

Art. 247. Fica instituído o Comitê Técnico para contenção de Poliovírus em Laboratórios brasileiros com a finalidade de assessorar a Secretaria de Vigilância em Saúde na implementação do Plano Nacional de Contenção do Poliovírus. (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 1º)

Art. 248. Compete ao Comitê Técnico: (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 2º)

I - assessorar a Secretaria de Vigilância em Saúde na implementação do Plano Nacional de Contenção de Poliovírus Selvagem nos Laboratórios; (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 2º, I)

II - verificar e avaliar a informação recebida das instituições e laboratórios; (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 2º, II)

III - realizar o inventário de laboratório contendo poliovírus ou material potencialmente infectante: (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 2º, III)

a) são considerados materiais potencialmente infectantes para o poliovírus: fezes, secreções de orofaringe e amostras de águas de esgoto ou in natura, de origens desconhecidas, ou coletadas para qualquer finalidade no Brasil, ou demais países da América Latina, até 1991, em regiões onde se suspeitava da presença dos poliovírus selvagens ou PVDV; e (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 2º, III, a)

b) estão também incluídos nesta categoria os cultivos virais ainda não testados para poliovírus e/ou enterovírus isolados em cultivos celulares possuindo características de enterovírus; e cepas de poliovírus não diferenciadas; (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 2º, III, b)

IV - identificar mecanismos e realizar atividades para captação de informações de instituições e laboratórios que não responderem ao inquérito no prazo estipulado pelo Plano Nacional; (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 2º, IV)

V - elaborar informes periódicos do progresso das atividades de contenção do poliovírus em laboratórios à Comissão de Certificação Regional; (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 2º, V)

VI - planejamento de atividades de destinação final de materiais identificados no inventário; e (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 2º, VI)

VII - aprovar o relatório de progressos e relatórios finais do processo de contenção a ser apresentados para a Comissão Global de Avaliação do Processo de Erradicação da Poliomielite. (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 2º, VII)

Art. 249. O Comitê Técnico será composto por um representante titular e um suplente, designados por ato especifico do Ministro da Saúde, de cada órgão e entidade do setor público e privado a seguir indicados: (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 3º)

I - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS): (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 3º, I)

a) Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis (DEVIT/SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 3º, I, a)

b) Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB/DEGEVS/SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 3º, I, b)

c) Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI/DEVIT/SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 3º, I, c)

d) Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis (CGDT/DEVIT/SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 3º, I, d)

II - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS): (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 3º, II)

a) Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 3º, II, a)

III - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ): (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 3º, III)

a) Departamento de Virologia; (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 3º, III, a)

b) Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Biomanguinhos); (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 3º, III, b)

IV - Sociedade Brasileira de Infectologia; (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 3º, IV)

V - Sociedade Brasileira de Virologia; (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 3º, V)

VI - Sociedade Brasileira de Patologia Clínica; (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 3º, VI)

VII - Sociedade Brasileira de Análises Clínicas; (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 3º, VII)

VIII - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 3º, VIII)

IX - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 3º, IX)

X - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 3º, X)

Parágrafo Único. Sempre que necessário, o Comitê convidará, para participar das reuniões, representantes de órgãos e entidades com a finalidade de contribuir no desenvolvimento e aprimoramento dos trabalhos. (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 250. Os membros deverão declarar a inexistência de conflito de interesses com suas atividades no debate dos temas pertinentes ao Comitê, sendo que na eventualidade de existência de conflito de interesses, os mesmos deverão abster-se de participar da discussão e deliberação do tema. (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 4º)

Art. 251. O Comitê Técnico será coordenado pelo Diretor do Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis (DEVIT/SVS/MS) ou seu substituto, que terá as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 5º)

I - coordenar as reuniões do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 5º, I)

II - indicar um técnico da área para desenvolver atividades necessárias ao funcionamento do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 5º, II)

III - encaminhar atas e relatórios para apreciação do Secretário de Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 5º, III)

IV - submeter à apreciação e aprovação do Secretário de Vigilância em Saúde as recomendações do comitê. (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 5º, IV)

Art. 252. Aos membros do Comitê Técnico competirá: (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 6º)

I - participar das reuniões ordinárias e extraordinárias do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 6º, I)

II - identificar, analisar e apresentar materiais técnicos, bem como discutir e deliberar as matérias submetidas ao Comitê; (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 6º, II)

III - propor ao Coordenador, com antecedência mínima de 10 (dez) dias, a convocação de reuniões extraordinárias, com objetivo de tratar de assuntos relevantes ou de urgência, que não possam aguardar a realização da reunião ordinária; e (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 6º, III)

IV - indicar ao Coordenador, quando pertinente e relevante, pessoas ou representantes de entidades públicas ou privadas, a fim de compor grupos técnicos para temas específicos. (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 6º, IV)

Art. 253. O Comitê Técnico reunir-se-á ordinariamente a cada seis meses ou extraordinariamente quando convocado pelo seu Coordenador, sendo que suas reuniões serão realizadas somente com a presença de, no mínimo, cinquenta por cento dos seus membros. (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 7º)

§ 1º Os membros poderão deixar de integrá-lo a qualquer tempo a pedido do membro integrante, mediante formalização da solicitação de desligamento feita pelo Coordenador do Comitê ao Secretário de Vigilância em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Será desligado de suas funções o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a duas reuniões consecutivas. (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 7º, § 2º)

Art. 254. As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas no Ministério da Saúde, situado em Brasília-DF, ou em local a ser definido por decisão do coordenador. (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 8º)

Parágrafo Único. A decisão do coordenador que determinar a ocorrência de reuniões em local distinto do Ministério da Saúde, situado em Brasília-DF, deve ser devidamente motivada, incluindo entre seus argumentos os fatos e fundamentos que comprovam a impossibilidade de realização da reunião em Brasília-DF, com necessidade de aprovação dessa decisão pelo Secretário de Vigilância em Saúde (SVS/MS) ou por autoridade e ele hierarquicamente superior. (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 255. As funções dos membros do Comitê Técnico não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 1398/2008, Art. 9º)

CAPÍTULO VII

DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO E CONTROLE DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

Art. 256. Ficam expedidas instruções normativas para diagnóstico e tratamento e controle da Leishmaniose Tegumentar Americana, na forma do Anexo XXXII . (Origem: PRT MS/GM 1402/1991, Art. 1º)

CAPÍTULO VIII

DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE (PNCD) E SEU COMITÊ TÉCNICO DE ACOMPANHAMENTO E ASSESSORAMENTO

Art. 257. Fica instituído o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), com as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 1933/2003, Art. 1º)

I - desenvolver campanhas de informação e de mobilização das pessoas, de maneira a criar-se uma maior responsabilização de cada família na manutenção de seu ambiente doméstico livre de potenciais criadouros do vetor; (Origem: PRT MS/GM 1933/2003, Art. 1º, I)

II - fortalecer a vigilância epidemiológica e entomológica para ampliar a capacidade de predição e de detecção precoce de surtos da doença; (Origem: PRT MS/GM 1933/2003, Art. 1º, II)

III - melhorar a qualidade do trabalho de campo de combate ao vetor; (Origem: PRT MS/GM 1933/2003, Art. 1º, III)

IV - integrar as ações de controle da dengue na atenção básica, com a mobilização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 1933/2003, Art. 1º, IV)

V - utilizar instrumentos legais que facilitem o trabalho do poder público na eliminação de criadouros em imóveis comerciais, casas abandonadas, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 1933/2003, Art. 1º, V)

VI - atuar multisetorialmente por meio do fomento à destinação adequada de resíduos sólidos e a utilização de recipientes seguros para armazenagem de água; (Origem: PRT MS/GM 1933/2003, Art. 1º, VI)

VII - desenvolver instrumentos mais eficazes de acompanhamento e supervisão das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1933/2003, Art. 1º, VI-A)

Art. 258. Fica criado o Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento do PNCD com a finalidade de coordenar a implementação, em nível nacional, das ações previstas no Programa Nacional de Controle da Dengue. (Origem: PRT MS/GM 1933/2003, Art. 2º)

Parágrafo Único. O Comitê Técnico de que trata o caput deste artigo será coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e contará com representantes da Secretaria de Atenção à Saúde/MS, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/MS, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (Origem: PRT MS/GM 1933/2003, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 259. Fica delegada competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para, caso necessário, editar normas regulamentadoras deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1933/2003, Art. 3º)

Seção I

Do Comitê Nacional de Mobilização Contra a Dengue

Art. 260. Fica instituído o Comitê Nacional de Mobilização contra a Dengue. (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 1º)

Art. 261. O Comitê será composto por representantes das instituições designadas abaixo, sob a Coordenação do primeiro: (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º)

I - Secretaria de Vigilância em Saúde/MS; (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, I)

II - Gabinete do Ministro da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, II)

III - Secretaria-Executiva/MS; (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, III)

IV - Secretaria de Atenção à Saúde/MS; (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, IV)

V - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/MS; (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, V)

VI - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS; (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, VI)

VII - Secretaria de Gestão Participativa/MS; (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, VII)

VIII - Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, VIII)

IX - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, IX)

X - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, X)

XI - Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XI)

XII - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XII)

XIII - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XIII)

XIV - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XIV)

XV - Conselho das Igrejas Cristãs do Brasil; (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XV)

XVI - Central Única dos Trabalhadores (CUT); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XVI)

XVII - Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais (ABONG); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XVII)

XVIII - Secretaria Nacional de Defesa Civil (SEDEC/MI); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XVIII)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300373

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

XIX - Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XIX)

XX - Confederação Nacional dos Transportes (CNT); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XX)

XXI - Confederação Nacional das Indústrias (CNI); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XXI)

XXII - Associação Brasileira de Imprensa (ABI); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XXII)

XXIII - Confederação Brasileira de Futebol (CBF); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XXIII)

XXIV - Confederação das Mulheres do Brasil (CMB); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XXIV)

XXV - Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XXV)

XXVI - Associação Nacional de Jornais (ANJ); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XXVI)

XXVII - União Nacional dos Dirigentes Municipais da Educação (UNDIME); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XXVII)

XXVIII - Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação (CNTE); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XXVIII)

XXIX - Associação Brasileira de Supermercados (ABRAS); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XXIX)

XXX - Confederação Nacional do Comércio (CNC); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XXX)

XXXI - Federação Nacional dos Jornalistas (FENAJ); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XXXI)

XXXII - Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XXXII)

XXXIII - Força Sindical; (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XXXIII)

XXXIV - Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XXXIV)

XXXV - Associação Brasileira das Emissoras de Rádio e TV (ABERT); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XXXV)

XXXVI - Comitê Olímpico Brasileiro (COB); (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XXXVI)

XXXVII - Ministério da Defesa; (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XXXVII)

XXXVIII - Fundação Cultural Palmares - Ministério da Cultura; (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XXXVIII)

XXXIX - Confederação Nacional das Donas de Casa e Consumidores; e (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XXXIX)

XL - Conselho Nacional dos Comandantes Gerais da Policia Militar e Bombeiro Militar (CNCG). (Origem: PRT MS/GM 2001/2003, Art. 2º, XL)

Art. 262. Fica instituído o Comitê Nacional de Mobilização contra a Dengue com a finalidade de coordenar a implementação, em nível nacional, das ações de educação em saúde e mobilização social voltadas ao combate à doença, em especial as relativas ao Dia Nacional de Mobilização Contra a Dengue. (Origem: PRT MS/GM 1934/2003, Art. 2º)

Art. 263. O Comitê Nacional será composto por membros que representarão os segmentos do poder público e da sociedade civil, com mandato de 2 (dois) anos. (Origem: PRT MS/GM 1934/2003, Art. 3º)

§ 1º Os membros do Comitê Nacional de Mobilização contra a Dengue deverão declarar a inexistência de conflito de interesses com suas atividades públicas ou privadas no debate dos temas pertinentes. (Origem: PRT MS/GM 1934/2003, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A participação no Comitê é considerada de relevante interesse nacional e não será remunerada. (Origem: PRT MS/GM 1934/2003, Art. 3º, § 2º)

Art. 264. Compete ao Comitê Nacional de Mobilização contra a Dengue: (Origem: PRT MS/GM 1934/2003, Art. 4º)

I - propor ações de educação em saúde e mobilização social para o combate à dengue; (Origem: PRT MS/GM 1934/2003, Art. 4º, I)

II - acompanhar e avaliar a implementação das ações previstas para o combate à doença. (Origem: PRT MS/GM 1934/2003, Art. 4º, II)

Art. 265. O Comitê Nacional será coordenado pelo representante da Secretaria de Vigilância em Saúde e/ou seu substituto, que terá as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 1934/2003, Art. 5º)

I - coordenar as reuniões do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 1934/2003, Art. 5º, I)

II - encaminhar atas e relatórios para apreciação do responsável pelas ações do Programa Nacional de Combate à Dengue, da Secretaria de Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1934/2003, Art. 5º, II)

III - submeter a apreciação e aprovação do Secretário de Vigilância em Saúde as deliberações oriundas das reuniões do Comitê Nacional. (Origem: PRT MS/GM 1934/2003, Art. 5º, III)

Art. 266. O Comitê Nacional reunir-se-á quando convocado pelo seu Coordenador. (Origem: PRT MS/GM 1934/2003, Art. 6º)

Art. 267. A Secretaria de Vigilância em Saúde orientará os estados e municípios para que instituam, por intermédio de suas secretarias de saúde, respectivamente, comitês estaduais e municipais de mobilização contra a dengue visando incentivar a articulação dos órgãos federais, estaduais e municipais, bem como das entidades civis, com o objetivo de implementar as ações de educação em saúde e mobilização social, em especial as relativas ao Dia Nacional de Mobilização Contra a Dengue. (Origem: PRT MS/GM 1934/2003, Art. 7º)

Art. 268. Fica delegada competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para, caso necessário, editar normas regulamentadoras do Comitê Nacional de Mobilização contra a Dengue. (Origem: PRT MS/GM 1934/2003, Art. 8º)

Seção II

Do Grupo Executivo com a Finalidade de Acompanhar e Propor as Medidas Necessárias para a Efetiva Implementação das Ações do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD)

Art. 269. Fica instituído Grupo Executivo, no âmbito do Ministério da Saúde, com a finalidade de acompanhar e propor as medidas necessárias para a efetiva implementação das ações do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), visando a sua prevenção e controle em todo o território nacional. (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 1º)

Art. 270. O Grupo Executivo do PNCD é composto por representantes das secretarias subordinadas e órgãos vinculados: (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 2º)

I - Gabinete do Ministro; (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 2º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 767/2008)

a) Assessoria de Comunicação Social. (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 2º, I, a)

II - Secretaria Executiva; (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 2º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 767/2008)

III - Secretaria de Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 2º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 767/2008)

IV - Secretaria de Atenção à Saúde: (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 2º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 767/2008)

a) Departamento de Atenção Especializada; (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 2º, IV, a)

b) Departamento de Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 2º, IV, b)

c) Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 2º, IV, c)

V - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 2º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 767/2008)

VI - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 2º, VI) (com redação dada pela PRT MS/GM 767/2008)

VII - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 2º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 767/2008)

VIII - Agência Nacional de Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 2º, VIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 767/2008)

IX - Agência Nacional de Saúde Suplementar; (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 2º, IX) (com redação dada pela PRT MS/GM 767/2008)

X - Fundação Nacional de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 2º, X) (com redação dada pela PRT MS/GM 767/2008)

XI - Fundação Oswaldo Cruz. (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 2º, XI) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 767/2008)

§ 1º O Grupo Executivo do PNCD será coordenado e designado pelo Secretário de Vigilância em Saúde e cada órgão indicará um representante e respectivo suplente, preferencialmente o titular ou seu substituto. (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 2º, § 1º)

§ 2º O Coordenador do Grupo Executivo poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades, públicos ou privados, para participarem das reuniões por ele organizadas. (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 2º, § 2º)

Art. 271. Compete ao Grupo Executivo do PNCD: (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 3º)

I - acompanhar a execução das ações previstas pelo PNCD; (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 3º, I)

II - promover as articulações necessárias para a eficaz implementação das ações de prevenção e controle da dengue, assim como a assistência aos pacientes, inclusive com Estados e Municípios; (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 3º, II)

III - atuar nas restrições identificadas para adoção das medidas integrantes dos planos de combate à dengue; (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 3º, III)

IV - acompanhar a alocação dos recursos orçamentário- financeiros necessários para implementação das ações. (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 3º, IV)

Art. 272. Ficam os integrantes do Grupo Executivo responsáveis pelo desenvolvimento das ações previstas nos componentes do PNCD, dentre elas: (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 4º)

I - Vigilância epidemiológica; (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 4º, a)

II - Combate ao vetor; (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 4º, b)

III - Ações de saneamento ambiental; (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 4º, c)

IV - Ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social; (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 4º, d)

V - Capacitação de recursos humanos; (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 4º, e)

VI - Assistência básica, média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 4º, f)

VII - Legislação; e (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 4º, g)

VIII - Sustentação político-social. (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 4º, h)

Art. 273. A participação no Grupo Executivo não ensejará remuneração e será considerada serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 5º)

§ 1º O Coordenador do Grupo Executivo será substituído, em suas ausências, pelo Coordenador do PNCD. (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O Grupo Executivo reunir-se-á, mensalmente, por convocação de seu Coordenador, com registro em ata dos assuntos deliberados. (Origem: PRT MS/GM 335/2007, Art. 5º, § 2º)

CAPÍTULO IX

DO PROGRAMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS IST E DO HIV/AIDS

Art. 274. Fica instituído o Programa Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle das IST e do HIV/AIDS. (Origem: PRT MS/GM 236/1985, Art. 1º)

Art. 275. O Programa coordenará, a nível nacional, ações de vigilância epidemiológica das IST e do HIV/AIDS. (Origem: PRT MS/GM 236/1985, Art. 2º)

Art. 276. Compete ao Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV/SVS/MS) a coordenação, a nível nacional, do Programa. (Origem: PRT MS/GM 236/1985, Art. 3º)

Art. 277. As medidas de prevenção das IST e do HIV/AIDS, no país, serão realizadas de forma articulado pelo Ministério da Saúde e pelas Secretaria de Saúdes dos Estados, Municípios e Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 236/1985, Art. 4º)

Art. 278. As linhas básicas para operacionalização das ações de investigação e controle da síndrome de imunodeficiência adquirida constam do Anexo XXXIII . (Origem: PRT MS/GM 236/1985, Art. 5º)

CAPÍTULO X

DO PROGRAMA NACIONAL PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS

Art. 279. Fica instituído, no âmbito do SUS, o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e Distrito Federal, tendo por objetivos: (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 1º)

I - o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, vigilância epidemiológica e sanitária das hepatites virais, acompanhamento e tratamento dos portadores de hepatites virais detectadas e inseridas no Programa; (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 1º, I)

II - a ampliação do acesso, o incremento da qualidade e da capacidade instalada dos serviços de saúde em todos os seus níveis de complexidade, bem como de centros de referência para o tratamento das hepatites; e (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 1º, II)

III - a organização, regulação, acompanhamento e avaliação do conjunto destas ações de saúde para o efetivo controle das hepatites virais. (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 1º, III)

Parágrafo Único. O Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, criado através deste Capítulo ficará subordinado ao Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV/SVS/MS). (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 280. O Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais envolverá todos os aspectos relacionados à prevenção, vigilância e assistência aos pacientes portadores de hepatites virais, com ênfase nas Hepatites A, B, C, D e E. (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 2º)

Art. 281. O do Anexo XXXIV define as competências e atribuições relativas à implantação/gestão do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais de cada nível de direção do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 3º)

Art. 282. Em virtude dos diferentes níveis de organização das redes assistenciais existentes nos Estados e no Distrito Federal, da diversidade das características populacionais existentes no País, da variação da incidência das hepatites nas diversas regiões e dos diferentes graus de necessidades assistenciais requeridos pelos portadores, o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais será constituído por três níveis assistenciais, a saber: (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 4º)

I - Nível I - Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 4º, I)

II - Nível II - Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade; e (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 4º, II)

III - Nível III - Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 4º, III)

Art. 283. O Nível I - Atenção Básica - compreende a realização de ações básicas de saúde voltadas para as hepatites virais, relativas a sua prevenção e à promoção da saúde para toda a população, bem como os processos de identificação de portadores de hepatites virais e de assistência básica dos casos identificados. (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 5º)

Parágrafo Único. A atenção básica de que trata o caput deste artigo será prestada por meio das equipes de saúde da família e postos/centros de saúde e centros de testagem e aconselhamento, na forma estabelecida no Plano Operacional do Programa Nacional de Hepatites Virais, os quais deverão articular-se com serviços de saúde de Nível II para que seja garantida a referência e contra-referência dos pacientes cuja situação clínica assim o requeira, bem como serviços de diagnóstico, de modo a estruturar uma rede assistencial hierarquizada e regionalizada. (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 284. O Nível II - Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade - compreende a execução de ações de diagnóstico e tratamento dos portadores de hepatites virais, de acordo com o previsto para seu nível de complexidade assistencial estabelecidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas já elaborados/publicados ou a serem elaborados/publicados pela Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 6º)

Parágrafo Único. As ações assistenciais definidas no caput deste artigo serão desenvolvidas por hospitais/ambulatórios de média complexidade, devidamente cadastrados para tal, em conformidade com o estabelecido no Plano Operacional do Programa Nacional, os quais deverão articular-se com serviços de saúde de Nível I e III para que seja garantida a referência e contra-referência dos pacientes cuja situação clínica assim o requeira, bem como serviços de diagnóstico de maior complexidade, de modo a estruturar uma rede assistencial hierarquizada e regionalizada. (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 285. O Nível III - Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade - compreende a execução de ações de diagnóstico e tratamento dos portadores de hepatites virais, de acordo com o previsto para seu nível de complexidade assistencial estabelecidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas elaborados/publicados ou a serem elaborados/publicados pela Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 7º)

Parágrafo Único. As ações assistenciais definidas no caput deste artigo serão desenvolvidas por Centros de Referência em Assistência aos Portadores de Hepatites Virais, devidamente cadastrados para tal, em conformidade com o estabelecido Plano Operacional do Programa Nacional, os quais constituirão a referência assistencial para a rede composta pelos diferentes níveis assistenciais integrantes do Programa, articulando-se com serviços de saúde de Nível II, garantindo assim a referência e contra-referência dos pacientes, de modo a estruturar uma rede assistencial hierarquizada e regionalizada. (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 286. Caberá às Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e Distrito Federal, de acordo com o seu nível de responsabilidade no Programa, na forma do Anexo XXXIV , a organização das Redes Estaduais de Assistência aos Portadores de Hepatites Virais, que serão integradas por: (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 8º)

I - Serviços de Nível I - Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 8º, I)

II - Serviços de Nível II - Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade; e (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 8º, II)

III - Serviços de Nível III - (Centros de Referência em Assistência aos Portadores de Hepatites Virais) - Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 8º, III)

Art. 287. A Secretaria de Vigilância em Saúde definirá a estrutura básica para o funcionamento do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais no nível central, organizará a estrutura operacional básica e adotará as providências necessárias à plena implementação deste Programa em todos os níveis de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 9º)

Art. 288. Fica instituído o Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, com a finalidade de acompanhar e assessorar a implementação das ações previstas no Programa. (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 10)

Art. 289. Fica instituído o Comitê Assessor do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, com as atribuições de assessorar o Programa na atualização dos assuntos técnicos e científicos envolvidos na apreciação das recomendações, auxiliar na elaboração das normas técnicas, do Plano Operacional, dos Protocolos de diagnóstico, tratamento e acompanhamento das hepatites virais e ainda na avaliação epidemiológica destas hepatites. (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 12)

Art. 290. Fica delegada competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para, caso necessário, proceder às alterações que, eventualmente, se façam necessárias neste Capítulo, bem como editar normas regulamentadoras provenientes deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 13)

Art. 291. A Secretaria de Atenção à Saúde, a Fundação Nacional de Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos devem se articular com a Secretaria de Vigilância em Saúde para as providências necessárias, em suas respectivas áreas de atuação, para a plena implementação do Programa instituído por este Capítulo e pelo seu Plano Operacional, no que diz respeito à assistência de atenção básica, média/alta complexidade, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária das hepatites virais. (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Art. 14)

CAPÍTULO XI

DO PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA MALÁRIA (PNCM)

Art. 292. Fica instituído o Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária (PNCM), com as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 1932/2003, Art. 1º)

I - desenvolver atividades de informação e de mobilização político-social, com o objetivo de aumentar a participação da população nas ações de prevenção e controle da malária; (Origem: PRT MS/GM 1932/2003, Art. 1º, I)

II - fortalecer a vigilância em saúde para ampliar a capacidade de predição e de detecção precoce de surtos da doença; (Origem: PRT MS/GM 1932/2003, Art. 1º, II)

III - melhorar a qualidade do trabalho de campo no controle vetorial; (Origem: PRT MS/GM 1932/2003, Art. 1º, III)

IV - integrar as ações de controle da malária na atenção básica, com a efetiva participação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 1932/2003, Art. 1º, IV)

V - utilizar os instrumentos legais que facilitem o trabalho do poder público no controle do meio ambiente para evitar surtos da doença; (Origem: PRT MS/GM 1932/2003, Art. 1º, V)

VI - atuar com o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - INCRA e o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis - IBAMA, nas regiões endêmicas de malária, visando à promoção de ações de prevenção e controle da doença para evitar surgimento de epidemias decorrentes de atividades antrópicas; (Origem: PRT MS/GM 1932/2003, Art. 1º, VI)

VII - desenvolver instrumentos de programação, acompanhamento e supervisão das ações desenvolvidas pelos gestores federal, estaduais e municipais. (Origem: PRT MS/GM 1932/2003, Art. 1º, VII)

Art. 293. Fica criado o Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento do PNCM, que será coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e contará com representantes do Ministério da Saúde; da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); de Universidades, de Institutos de Pesquisas; da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT); da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA); e do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). (Origem: PRT MS/GM 1932/2003, Art. 2º)

Art. 294. Ficam criadas Câmaras Técnicas Específicas do PNCM com a finalidade de implementarem, em nível nacional, os componentes do programa que se fizerem necessários. (Origem: PRT MS/GM 1932/2003, Art. 3º)

Parágrafo Único. As Câmaras Técnicas de que trata o caput deste artigo serão coordenadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde e contarão com técnicos de notório conhecimento nas áreas inerentes a cada Câmara. (Origem: PRT MS/GM 1932/2003, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 295. O Secretário de Vigilância em Saúde definirá a composição do Comitê Técnico e das Câmaras Técnicas. (Origem: PRT MS/GM 1932/2003, Art. 4º)

Art. 296. Fica delegada competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para, caso necessário, editar normas regulamentadoras deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1932/2003, Art. 5º)

CAPÍTULO XII

DO PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DOS DISTÚRBIOS POR DEFICIÊNCIA DE IODO (PRÓ-IODO)

Art. 297. Fica instituído o Programa Nacional de Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo (DDI), designado por Pró-Iodo, e ficam estabelecidas instruções para sua implementação. (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 1º)

Art. 298. O Pró-Iodo destina-se a promover a eliminação virtual sustentável dos DDI mediante a obrigatoriedade de iodação do sal destinado ao consumo humano em todo o território nacional. (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 2º)

Art. 299. O Pró-Iodo será executado de acordo com as seguintes linhas de ação: (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 3º)

I - monitoramento do teor de iodo do sal para consumo humano; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 3º, I)

II - monitoramento do impacto da iodação do sal na saúde da população; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 3º, II)

III - atualização dos parâmetros legais dos teores de iodo do sal destinado ao consumo humano; e (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 3º, III)

IV - implementação contínua de estratégias de informação, educação, comunicação e mobilização social. (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 3º, IV)

§ 1º A Comissão Interinstitucional para a Prevenção e o Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo - CIPCDDI, instituída no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde, terá a incumbência de acompanhar e avaliar o Programa. (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os objetivos, indicadores de processo e de resultados, metas e atribuições dos entes governamentais e outros agentes envolvidos no Programa Nacional de Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo serão detalhados na norma técnico-operacional específica, elaborada pela CIPCDDI. (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 3º, § 2º)

Art. 300. São atribuições do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 4º)

I - estabelecer as diretrizes técnico-operacionais do Pró-Iodo e definir estratégia de divulgação aos estados e aos municípios; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 4º, I)

II - capacitar os responsáveis técnicos estaduais para prestar apoio aos municípios na operacionalização, na avaliação e no monitoramento do Pró-Iodo, bem como aos laboratórios de análises clínicas oficiais; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 4º, II)

III - elaborar manual técnico-operacional e materiais de apoio para execução e acompanhamento de ações específicas para a prevenção e o controle dos DDI; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 4º, III)

IV - promover a produção e a distribuição de materiais educativos e informativos, para profissionais de saúde e da educação, indústrias produtoras de sal e para população em geral, com apoio dos componentes da CIPCDDI; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 4º, IV)

V - promover ações educativas e de comunicação, com vistas a esclarecer a população sobre a importância do consumo de iodo, bem como sobre o seu papel na prevenção dos DDI; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 4º, V)

VI - identificar as áreas caracterizadas como críticas e intensificar as linhas de ação do Pró-Iodo; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 4º, VI)

VII - delinear, desenvolver e apoiar estudos e pesquisas que avaliem os processos e os resultados de impacto do Pró-Iodo em nível nacional, regional e local; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 4º, VII)

VIII - apoiar e fomentar a realização de inquéritos e levantamentos epidemiológicos referentes às patologias decorrentes dos DDI; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 4º, VIII)

IX - estabelecer parcerias com outras instâncias do Ministério da Saúde, órgãos e instituições governamentais e não-governamentais, para o fomento de atividades complementares, com o objetivo de promover ações destinadas à prevenção e ao controle dos DDI; e (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 4º, IX)

X - acompanhar a implantação e a implementação do Pró-Iodo, e monitorar seus resultados em âmbito nacional. (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 4º, X)

Art. 301. São atribuições da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 5º)

I - participar da coordenação, em âmbito nacional, do Pró-Iodo; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 5º, I)

II - coordenar e regulamentar as ações de controle higiênico-sanitário dos estabelecimentos beneficiadores de sal e do produto exposto à comercialização; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 5º, II)

III - analisar e divulgar, sistematicamente, os resultados do controle e do monitoramento de iodação do sal para consumo humano; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 5º, III)

IV - definir estratégias de intervenção para promover, no comércio, a oferta de sal devidamente iodado; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 5º, IV)

V - promover a inserção dos laboratórios oficiais de bromatologia em programas de controle de qualidade analítica; e (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 5º, V)

VI - promover a sensibilização do setor produtivo com vistas a atender à legislação sanitária vigente. (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 5º, VI)

Art. 302. São atribuições comuns da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão responsável pela vigilância sanitária estadual: (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 6º)

I - designar uma área técnica responsável para coordenar, em âmbito estadual, as atividades relacionadas ao Pró-Iodo; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 6º, I)

II - divulgar as normas operacionais do Pró-Iodo aos municípios; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 6º, II)

III - acompanhar a implementação das ações do Pró-Iodo nos municípios; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 6º, III)

IV - integrar os laboratórios oficiais no programa de controle de qualidade analítica; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 6º, IV)

V - promover a sensibilização do setor produtivo com vistas a atender à legislação sanitária vigente; e (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 6º, V)

VI - capacitar permanentemente os técnicos das Vigilâncias Sanitárias Estaduais na inspeção de indústrias beneficiadoras de sal e na aplicação sistematizada da legislação higiênico-sanitária. (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 6º, VI)

Art. 303. São atribuições específicas da Secretaria Estadual de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 7º)

I - capacitar os técnicos municipais no que se refere à operacionalização, à avaliação e ao monitoramento do Pró-Iodo; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 7º, I)

II - elaborar materiais educativos e informativos sobre a prevenção e o controle dos DDI para profissionais de saúde e da educação e para a população em geral; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 7º, II)

III - participar do monitoramento do estado nutricional de iodo, que será promovido e coordenado pelo nível federal; e (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 7º, III)

IV - avaliar o desempenho e o impacto do Pró-Iodo em nível estadual. (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 7º, IV)

Parágrafo Único. Para o cumprimento do disposto neste artigo, o Ministério da Saúde poderá celebrar convênios de cooperação com os estados. (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 304. São atribuições específicas do órgão responsável pela vigilância sanitária estadual: (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 8º)

I - efetuar o controle higiênico-sanitário dos estabelecimentos beneficiadores de sal, com base nos critérios estabelecidos na legislação específica; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 8º, I)

II - realizar o monitoramento do sal para o consumo humano exposto à comercialização; e (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 8º, II)

III - divulgar os resultados estaduais do Pró-Iodo e remetê-los à ANVISA. (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 8º, III)

Art. 305. São atribuições comuns da Secretaria Municipal de Saúde e do órgão responsável pela vigilância sanitária municipal: (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 9º)

I - designar uma área técnica responsável para coordenar, em âmbito municipal, o Pró-Iodo; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 9º, I)

II - implementar as normas técnico-operacionais do Pró-Iodo tanto na rotina dos serviços de saúde como nas visitas domiciliares da Equipe de Saúde da Família; e (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 9º, II)

III - promover a sensibilização do setor produtivo e do comércio com vistas a atender à legislação sanitária vigente. (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 9º, III)

Parágrafo Único. O órgão responsável pela vigilância sanitária municipal terá as suas atribuições definidas pelo órgão responsável pela vigilância sanitária estadual, em consonância com o tipo de gestão do Sistema Único de Saúde do município. (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 306. São atribuições específicas da Secretaria Municipal de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 10)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300375

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

I - garantir a capacitação de pessoal para a operacionalização, a avaliação e o monitoramento do Pró-Iodo; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 10, I)

II - desenvolver ações educativas e de comunicação, com vistas a esclarecer a população sobre a importância do consumo de sal iodado, bem como sobre o seu papel na prevenção dos DDI; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 10, II)

III - garantir a distribuição de materiais educativos e informativos para profissionais de saúde e da educação e para a população em geral; (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 10, III)

IV - promover esforços intra e interinstitucionais para a confecção de materiais educativos e informativos, com vistas a fomentar a nutrição ótima de Iodo na população local; e (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 10, IV)

V - participar das ações de monitoramento do impacto da iodação do sal na saúde da população. (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 10, V)

Parágrafo Único. Fica facultado às Secretarias Municipais de Saúde o estabelecimento de parcerias com outras instituições. (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 307. O órgão responsável pela vigilância sanitária municipal terá suas atribuições definidas pelo órgão responsável pela vigilância sanitária estadual, em consonância com o tipo de gestão do Sistema Único de Saúde do município. (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 11)

Art. 308. Compete aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde realizar o controle social do Programa, bem como acompanhar todo o processo operacional dele no seu âmbito de atuação. (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 12)

Parágrafo Único. Para que esse controle seja efetuado, os estados e os municípios deverão tornar disponíveis as informações sobre a operacionalização do Programa. (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 12, Parágrafo Único)

Art. 309. Compete ao Conselho Nacional de Saúde, por intermédio da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição, realizar o controle social do Programa em nível nacional. (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 13)

Art. 310. Compete aos entes governamentais e não-governamentais empenharem-se na articulação necessária para o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos para o Pró- Iodo. (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 14)

Art. 311. Fica definido que a cada três anos será realizado o monitoramento do impacto da iodação do sal na saúde da população, conforme o que for estabelecido em Protocolo Específico para Monitoramento do Impacto da Iodação do Sal na Saúde da População. (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 15)

§ 1º A avaliação de impacto do Pró-Iodo deverá contemplar a análise de sua eficácia, efetividade e eficiência a curto, médio e longos prazos. (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 15, § 1º)

§ 2º Para fins do disposto neste artigo, o Ministério da Saúde poderá celebrar convênios com os referidos Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição, bem como com instituições de ensino e pesquisa com conhecimento técnico-científico. (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 15, § 2º)

Art. 312. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, adotará as providências necessárias ao cumprimento das disposições constantes neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 2362/2005, Art. 16)

Seção I

Da Comissão Interinstitucional para a Prevenção e o Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo

Art. 313. Fica instituída Comissão Interinstitucional para a Prevenção e o Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo. (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 1º)

Art. 314. A Comissão Interinstitucional de que trata o art. 313 será composta por representantes dos órgãos/entidades abaixo relacionados e atuará sob a coordenação da Secretaria de Atenção à Saúde/MS: (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 2º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 2º, I)

a) Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 2º, I, a)

b) Secretaria de Vigilância em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 2º, I, b)

c) Agência Nacional de Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 2º, I, c)

II - Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 2º, II)

III - Ministério da Educação; (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 2º, III)

IV - Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 2º, IV)

V - Fundo das Nações Unidas para a Infância; (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 2º, V)

VI - Vigilância Sanitária Estadual do Rio Grande do Norte; (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 2º, VI)

VII - Vigilância Sanitária Estadual do Rio de Janeiro; (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 2º, VII)

VIII - Associação Brasileira de Extratores e Refinadores de Sal; (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 2º, VIII)

IX - Sindicato dos Moageiros e Refinadores de Sal do Rio Grande do Norte; (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 2º, IX)

X - Sindicato da Indústria de Extração de Sal do Rio Grande do Norte; (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 2º, X)

XI - Sindicato da Indústria de Refino de Sal do Rio de Janeiro; (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 2º, XI)

XII - Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação; e (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 2º, XII)

XIII - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 2º, XIII)

Art. 315. A Comissão terá as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 3º)

I - acompanhar e avaliar o Programa Nacional de Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo, designado por Pró-Iodo, bem como discutir a efetividade das ações adotadas; e (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 3º, I)

II - estabelecer estratégias de informação, de comunicação, de educação e de mobilização social com vistas à garantia da nutrição ótima de iodo. (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 3º, II)

Parágrafo Único. Cada um dos membros da Comissão Interinstitucional deverá compilar e fornecer toda informação necessária a ser analisada em conjunto para o acompanhamento e avaliação periódica dos resultados do Programa. (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 316. A Comissão Interinstitucional ora instituída poderá convidar cientistas, especialistas ou pesquisadores de instituições acadêmicas ou científicas, de organismos internacionais, bem como representantes da sociedade civil para colaborarem na análise de assuntos específicos. (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 4º)

Art. 317. A Comissão Interinstitucional reunir-se-á, ordinariamente, duas vezes por ano, e, extraordinariamente, quando convocada por seu coordenador ou por solicitação de qualquer um de seus membros, cabendo neste último caso a apreciação do coordenador. (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 5º)

Art. 318. As competências e atribuições de cada componente da Comissão serão estabelecidas na norma técnico-operacional do Pró-Iodo. (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 6º)

Art. 319. As deliberações decorrentes da Comissão serão submetidas à aprovação do Secretário de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 520/2005, Art. 7º)

CAPÍTULO XIII

DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Seção I

Da Lista Nacional de Doenças e Agravos a Serem Monitorados por meio da Estratégia de Vigilância em Unidades Sentinelas e suas Diretrizes

Art. 320. Esta Seção define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do Anexo XLIII , a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. (Origem: PRT MS/GM 205/2016, Art. 1º)

Art. 321. Para efeito desta Seção considera-se vigilância sentinela o modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). (Origem: PRT MS/GM 205/2016, Art. 2º)

Art. 322. As autoridades de saúde garantirão o sigilo das informações pessoais integrantes da notificação compulsória, que estejam sob sua responsabilidade, conforme preconiza a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. (Origem: PRT MS/GM 205/2016, Art. 3º)

Art. 323. As autoridades de saúde garantirão a divulgação atualizada dos dados públicos da notificação compulsória para profissionais de saúde, órgãos de controle social e população em geral. (Origem: PRT MS/GM 205/2016, Art. 4º)

Art. 324. A SVS/MS, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios divulgarão, em endereço eletrônico oficial, o número de telefone, fax, endereço de e-mail institucional ou formulário para notificação compulsória. (Origem: PRT MS/GM 205/2016, Art. 5º)

Seção II

Da Vigilância Sentinela da Influenza

Art. 325. A Vigilância Sentinela da Influenza tem como objetivo fortalecer a vigilância epidemiológica da influenza através da identificação da circulação dos vírus influenza e de outros vírus respiratórios, de acordo com a patogenicidade, a virulência em cada período sazonal, a existência de situações inusitadas ou o surgimento de novo subtipo viral. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 26)

Parágrafo Único. A Vigilância Sentinela da Influenza também tem por finalidade o isolamento de espécimes virais e o respectivo envio oportuno ao Centro Colaborador de Influenza (CCI) de referência para as Américas e para a Organização Mundial da Saúde (OMS), visando à adequação da vacina da influenza sazonal.(Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 26, Parágrafo Único)

Art. 326. A Vigilância Sentinela da Influenza possuirá 2 (dois) componentes, definidos de acordo com a população: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 27)

I - Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal (SG), com monitoramento da vigilância agregada por Semana Epidemiológica (SE) dos atendimentos por SG; e (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 27, I)

II - Vigilância Sentinela de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em UTI, com monitoramento da vigilância agregada por Semana Epidemiológica (SE) pelo CID 10: J09 a J18. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 27, II)

Art. 327. Para a execução das ações de Vigilância Sentinela de SG, o ente federativo habilitado ao recebimento do incentivo financeiro deverá assumir as seguintes responsabilidades: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 29)

I - coletar 5 (cinco) amostras clínicas dos casos de SG por semana, de modo a atingir o mínimo de 80% (oitenta por cento) de coleta de material da meta semanal, com oportuna digitação; e (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 29, I)

II - digitar no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) agregado semanal por sexo e faixa etária dos atendimentos de SG e do total de atendimentos da Unidade Sentinela em, no mínimo, 90% (noventa por cento) das semanas epidemiológicas do ano. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 29, II)

Art. 328. Para a execução de ações de Vigilância Sentinela de SRAG, o ente federativo habilitado ao recebimento do incentivo financeiro deverá assumir as seguintes responsabilidades: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 30)

I - coletar amostras de no mínimo 80% (oitenta por cento) dos casos de SRAG notificados nas UTI incluídas na Vigilância da SRAG, com o devido envio de amostra aos LACEN e incluir os casos no sistema de informação SIVEP-Gripe; e (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 30, I)

II - digitar semanalmente os dados do número de internações do CID 10: J09 a J18, de forma agregada, das UTI participantes, no SIVEP-Gripe, com uma regularidade de no mínimo 90% (noventa por cento) das semanas epidemiológicas do ano. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 30, II)

Art. 329. Para a implantação da Vigilância da SG e da SRAG, os entes federativos observarão o parâmetro populacional descrito no Anexo XLVI . (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 31)

Art. 330. O ente federativo será desabilitado das ações de Vigilância Sentinela de SG e de SRAG na hipótese de descumprimento das metas estabelecidas nos arts. 327 e 328 , por 2 (dois) semestres consecutivos. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 33)

Art. 331. A avaliação das ações de Vigilância Sentinela de SG e de SRAG será efetuada semestralmente pela SVS/MS, a partir do ano da habilitação, por intermédio do SIVEP-Gripe. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 34)

Seção III

Do Serviço de Verificação de Óbito (SVO)

Art. 332. O SVO tem por atribuição promover ações que proporcionem, via autópsia, o esclarecimento da causa mortis de todos os óbitos, com ou sem assistência médica, sem elucidação diagnóstica, e em especial aqueles sob investigação epidemiológica. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 14)

§ 1º Os SVOs estaduais e municipais compõem a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis, que integra o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 14, § 1º)

§ 2º Os SVOs serão de abrangência regional, cuja classificação será indicada em resolução da CIB. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 14, § 2º)

Art. 333. Para a execução de ações de SVO, o estabelecimento de saúde atenderá aos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 16)

I - ter equipe composta por médico especialista em patologia como responsável técnico e auxiliar em patologia; e (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 16, I)

II - contar com suporte laboratorial para exames complementares. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 16, II)

Art. 334. O ente federativo será desabilitado das ações e serviços de SVO, total ou parcialmente, caso seus SVO habilitados deixem de notificar, no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), registro como atestante da Declaração de Óbito (DO), pelo prazo de 6 (seis) meses consecutivos. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 18)

§ 1º A desabilitação será total quando todos os SVOs habilitados não cumprirem o estabelecido no "caput". (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 18, § 1º)

§ 2º A desabilitação será parcial quando o descumprimento do estabelecido no "caput" não abranger todos os SVO habilitados. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 18, § 2º)

§ 3º A desabilitação parcial será realizada de forma proporcional ao número total de SVO do ente federativo habilitado. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 18, § 3º)

Art. 335. A avaliação do SVO será efetuada semestralmente pela SVS/MS por meio do SIM, a partir do ano seguinte ao da habilitação. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 19)

CAPÍTULO XIV

DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

Seção I

Da Comissão Nacional de Mortalidade Materna

Art. 336. Fica instituída a Comissão Nacional de Mortalidade Materna, de caráter técnico-consultivo, com os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 1º)

I - realizar diagnóstico permanente da situação da Mortalidade Materna no Brasil, enfocando todos os seus múltiplos aspectos: sociais, econômicos, políticos, jurídicos e outros que facultem ações específicas para a sua solução; (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 1º, a)

II - propor diretrizes, instrumentos legais e princípios éticos que concretizem estratégias de redução da mortalidade materna; (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 1º, b)

III - acompanhar as ações do Ministério da Saúde no processo de articulação e integração das diferentes instituições e instâncias envolvidas na questão; (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 1º, c)

IV - oferecer subsídios para aperfeiçoamento da Política Nacional de Redução da Mortalidade Materna, estabelecendo correlações com os Comitês Estaduais, Regionais e Municipais; (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 1º, d)

V - mobilizar os diversos setores da sociedade afetos à questão, com finalidade de melhorar a saúde da mulher. (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 1º, e)

Art. 337. Serão membros da Comissão Nacional de Mortalidade Materna, sob a presidência do primeiro: (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 2º)

I - Coordenador da Área Técnica Saúde da Mulher, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 2º, a)

II - um representante do Ministério da Saúde, como Secretário Executivo; (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 2º, b)

III - um representante do Centro Nacional de Epidemiologia, da Fundação Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 2º, c)

IV - um representante da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 2º, d)

V - um representante do Ministério Público da União; (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 2º, e)

VI - um representante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 2º, f)

VII - um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 2º, g)

VIII - um representante do Conselho Federal de Medicina; (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 2º, h)

IX - um representante do Conselho Federal de Enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 2º, i)

X - um representante da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia; (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 2º, j)

XI - um representante da Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica; (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 2º, k)

XII - um representante da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 2º, l)

XIII - um representante do Comitê de Perinatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria; (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 2º, m)

XIV - um técnico do notório saber e reconhecida atuação no campo de estudo, vigilância e prevenção da Mortalidade Materna, a ser escolhido pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 2º, n)

Art. 338. Serão membros convidados da Comissão Nacional de Mortalidade Materna técnicos de organizações nacionais e internacionais com atuação no campo de saúde da mulher. (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 3º)

Seção II

Da Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

Art. 339. Instituir a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de caráter técnico-consultivo, que atuará alinhada com o período proposto para se alcançar os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, com os seguintes objetivos:(Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2801/2008)

I - avaliar, sistematicamente, a implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 1º, I)

II - propor estratégias de ação, diretrizes, instrumentos legais e princípios éticos que concretizem a implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 1º, II)

III - acompanhar as ações dos gestores em esfera federal, estadual e municipal no processo de implementação dos compromissos assumidos e na articulação e integração das diferentes instituições e instâncias envolvidas na implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; e (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 1º, III)

IV - divulgar as ações desenvolvidas com o objetivo de efetivar o Pacto em questão. (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 1º, IV)

Art. 340. A Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal será coordenada pela Secretaria de Atenção à Saúde, e terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, I)

a) Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (DAPES/SAS/MS) - 4 (quatro) representantes; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, I, a)

b) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, I, b)

c) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, I, c)

d) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, I, d)

e) Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, I, f) (com redação dada pela PRT MS/GM 2801/2008)

f) Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - 1 (um) representante. (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, I, g)

g) Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS/MS) - 1 (um) representante; e (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, I, h) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2801/2008)

h) Departamento de Atenção Especializada e Temática da Secretaria de Atenção à Saúde (DAET/SAS/MS) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, I, i) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2801/2008)

II - Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, II)

III - Secretaria Especial para Políticas de Promoção da Igualdade Racial - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, III)

IV - Secretaria Especial dos Direitos Humanos - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, IV)

V - Conselho Nacional de Secretários de Saúde - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, V)

VI - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, VI)

VII - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, VII)

VIII - Conselho Federal de Medicina - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, VIII)

IX - Associação Médica Brasileira - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, IX)

X - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, X)

XI - Sociedade Brasileira de Pediatria - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XI)

XII - Rede Nacional de Bancos de Leite Humano - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XII)

XIII - Pastoral da Criança - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XIII)

XIV - Associação Brasileira de Enfermagem - 1 (um) representante (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XIV)

XV - Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XV)

XVI - Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos - um representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XVI)

XVII - Articulação de Mulheres do Brasil - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XVII)

XVIII - Confederação de Mulheres do Brasil - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XVIII)

XIX - Articulação de ONG de mulheres Negras - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XIX)

XX - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XX)

XXI - Rede Nacional de Parteiras Tradicionais - 1 (um) representante; e (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XXI)

XXII - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - 1 (um) representante. (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XXII)

XXIII - Ministério da Defesa - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XXIII) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2801/2008)

XXIV - Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XXIV) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2801/2008)

XXV - Ministério da Educação - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XXV) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2801/2008)

XXVI - Secretaria Nacional de Juventude - um representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XXVI) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2801/2008)

XXVII - Federação Nacional dos Médicos - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XXVII) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2801/2008)

XXVIII - Senado Federal - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XXVIII) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2801/2008)

XXIX - Câmara dos Deputados - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XXIX) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2801/2008)

XXX - Conselho Federal de Psicologia - um representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XXX) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2801/2008)

XXXI - União Brasileira dos Estudantes Secundaristas - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XXXI) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2801/2008)

XXXII - União Nacional dos Estudantes - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XXXII) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2801/2008)

XXXIII - Rede de Saúde Perinatal Norte e Nordeste - um representante; e (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XXXIII) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2801/2008)

XXXIV - Rede Amamenta Brasil - 1 (um) representante. (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XXXIV) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2801/2008)

XXXV - Coordenação da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) - 1 (um) representante. (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 2º, XXXV) (dispositivo acrescentado pela)

Art. 341. Serão membros convidados da Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal os seguintes representantes: (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 3º)

I - do Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS); (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 3º, I)

II - do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), do Centro Cochrane do Brasil/UNIFESP; e (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 3º, II)

III - da Rede Internacional em defesa do Direito de Amamentar e da Aliança Mundial para o Aleitamento Materno. (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 3º, III)

Art. 342. O Regimento Interno da Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal será publicado em ato da Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 427/2005, Art. 4º)

CAPÍTULO XV

DOS COMITÊS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS E USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

Seção I

Do Comitê para Elaboração e Condução do Plano de Ação Nacional de Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos (CIPAN)

Art. 343. Fica instituído o Comitê encarregado da elaboração e condução do componente do setor saúde do Plano de Ação Nacional de Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos (CIPAN), no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 1º)

Art. 344. O CIPAN é uma instância colegiada de caráter deliberativo e permanente, vinculado tecnicamente à Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (SVS/MS), que contará com respaldo da Secretaria-Executiva na articulação e mobilização dos demais órgãos do Ministério da Saúde para o pleno desenvolvimento de suas funções. (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 2º)

Art. 345. Compete ao Comitê: (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 3º)

I - coordenar as ações para a elaboração do componente do setor saúde do Plano de Ação Nacional (PAN), no âmbito do Ministério da Saúde, em conformidade com o Plano de Ação Global sobre Resistência Antimicrobiana (WHA 68.7) aprovado na 68ª Assembleia Mundial de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 3º, I)

II - propor ações de vigilância, proteção, monitoramento, controle e prevenção da resistência microbiana, bem como acompanhar políticas, sugerir e elaborar propostas ao Ministro da Saúde, em assuntos relacionados a essa temática; e (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 3º, II)

III - coordenar e avaliar as ações para a implementação e execução do PAN, no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 3º, III)

Art. 346. O Comitê será composto por representantes, titular e suplente, do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º)

I - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS): (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, I)

a) Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis (DEVIT), que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, I, a)

b) Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB/DEGEVS); (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, I, b)

c) Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis (CGDT/DEVIT); (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, I, c)

d) Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (CGPNCT/DEVIT); (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, I, d)

e) Coordenação-Geral dos Programas Nacionais de Controle e Prevenção da Malária e das Doenças Transmitidas pelo Aedes (CGPNC/DEVIT); (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, I, e)

f) Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DDAHV); (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, I, f)

g) Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS); e (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, I, g)

h) Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM/DSAST); (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, I, h)

II - Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, II)

III - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS): (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, III)

a) Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT); (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, III, a)

b) Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos(DAF); e (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, III, b)

c) Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS); (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, III, c)

IV - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, IV)

a) Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET); (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, IV, a)

b) Coordenação-Geral de Atenção Especializada (CGAE/DAET); (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, IV, b)

c) Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/DAET); (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, IV, c)

d) Coordenação-Geral de Urgência e Emergência (CGUE/DAHU); (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, IV, d)

e) Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT/DAET); (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, IV, e)

f) Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (DAHU): (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, IV, f)

g) Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar (CGHOSP/DAHU); e (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, IV, g)

h) Departamento de Atenção Básica (DAB); (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, IV, h)

V - Gabinete do Ministro; (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, V)

a) Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA); e (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, V, a)

b) Assessoria de Comunicação Social (ASCOM); (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, V, b)

VI - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, VI)

§ 1º Nos afastamentos dos titulares que integram o Comitê estes serão substituídos pelos respectivos suplentes. (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, § 2º)

§ 2º Os integrantes da CIPAN serão designados em ato específico do Ministro da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 4º, § 3º)

Art. 347. Caberá ao Coordenador Executivo planejar e organizar as atividades do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 5º)

Art. 348. O Comitê poderá solicitar a contribuição de servidores dos órgãos do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas, bem como servidores de outros órgãos e entidades da Administração Pública Federal, especialistas em assuntos ligados ao tema e representantes dos movimentos sociais, cuja presença seja considerada de relevância, nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 6º)

Art. 349. O CIPAN, no desenvolvimento de suas atribuições, poderá constituir grupos técnicos para tratar de temas específicos. (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 7º)

Art. 350. As despesas decorrentes da execução das atividades do CIPAN correrão à conta das dotações orçamentárias das Secretarias envolvidas que fornecerão o apoio técnico e administrativo necessário ao funcionamento do comitê. (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 8º)

Art. 351. O Comitê fará proposta de regimento interno, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de publicação da Portaria nº 2775/GM/MS, de 22 de dezembro de 2016. (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 9º)

Parágrafo Único. O regimento interno de que trata o "caput" será homologado por ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 352. As funções desempenhadas no âmbito do Comitê de que trata esta Seção não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 2775/2016, Art. 10)

Seção II

Do Comitê Técnico Assessor para Uso Racional de Antimicrobiano e Resistência Microbiana (Curarem)

Art. 353. Fica instituído o Comitê Técnico Assessor para Uso Racional de Antimicrobiano e Resistência Microbiana (Curarem), com caráter consultivo sobre aspectos técnicos e científicos necessários à definição de diretrizes nacionais para a vigilância, prevenção e controle da disseminação da resistência microbiana, comunitária e hospitalar, bem como no acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 1º)

Art. 354. O Curarem será composto pelas seguintes instituições: (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 2º)

I - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 2º, I)

II - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA/MS); (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 2º, II)

III - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 2º, III)

IV - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 2º, IV) (com redação dada pela)

V - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco); (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 2º, V) (com redação dada pela)

VI - Associação Brasileira dos Profissionais em Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar (ABIH); (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 2º, VI) (com redação dada pela)

VII - Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI); (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 2º, VII) (com redação dada pela)

VIII - Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT); (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 2º, VIII) (com redação dada pela)

IX - Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (SBPC); (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 2º, IX) (com redação dada pela)

X - Sociedade Brasileira de Microbiologia (SBM); (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 2º, X) (com redação dada pela)

XI - Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH); (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 2º, XI) (com redação dada pela)

XII - Associação Brasileira de Odontologia (ABO); (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 2º, XII) (com redação dada pela)

§ 1º No desenvolvimento de suas atribuições, o Comitê poderá, a seu critério, solicitar apoio aos seguintes Ministérios e organizações de abrangência internacional: (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 2º, § 1º)

I - Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA); (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 2º, § 1º, I)

II - Ministério da Educação (MEC); (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 2º, § 1º, II)

III - Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 2º, § 1º, III)

IV - Sociedade Pan Americana de Infectologia; e (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 2º, § 1º, IV)

V - Sociedade Pan Americana de Controle de Infecção Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 2º, § 1º, V)

§ 2º Os membros do Curarem deverão declarar a existência de conflito de interesses com suas atividades públicas ou privadas no debate dos temas pertinentes ao comitê, sendo que, na eventualidade da existência de conflito de interesses, os membros deverão abster-se de participar da discussão sobre o tema. (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 2º, § 2º)

Art. 355. As instituições deverão indicar formalmente 1 (um) representante titular e 1 (um) representante suplente. (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 3º)

Parágrafo Único. Sempre que houver mudança de representante, do mandato ou do dirigente das instituições, as indicações devem ser refeitas conforme o disposto no caput deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 356. Compete ao Curarem: (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 4º)

I - assessorar o Ministério da Saúde no estabelecimento de diretrizes e definições de estratégias de atuação para a vigilância, a prevenção e o controle da emergência e disseminação da resistência microbiana comunitária e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 4º, I)

II - avaliar o impacto das ações de vigilância, prevenção e controle da emergência e disseminação da resistência microbiana no País; (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 4º, II)

III - recomendar temas para pesquisas no campo da resistência microbiana comunitária e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 4º, III)

IV - avaliar estratégias para vigilância, prevenção e controle da emergência e disseminação da resistência microbiana no País; (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 4º, IV)

V - subsidiar a implantação da Rede Nacional de Monitoramento de Resistência Microbiana; (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 4º, V)

VI - analisar informações sobre a existência de produtos no mercado que favorecem a emergência e a disseminação da resistência microbiana no País com emissão de recomendação para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 4º, VI)

VII - sugerir a composição de comissões técnicas especiais para apreciações e pareceres que exigirem estudos específicos e mais aprofundados; e (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 4º, VII)

VIII - contribuir na elaboração e/ou na revisão das normas técnicas relativas à resistência microbiana. (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 4º, VIII)

Art. 357. O Curarem será coordenado pelo representante do Ministério da Saúde e/ou por seu substituto, que terá as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 5º)

I - coordenar as reuniões; (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 5º, I)

II - indicar um técnico para desenvolver atividades da secretaria-executiva; (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 5º, II)

III - encaminhar atas e relatórios para apreciação dos membros do Curarem; (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 5º, III)

IV - submeter à apreciação e aprovação das instituições do Ministério da Saúde as recomendações oriundas das reuniões ordinárias e extraordinárias; e (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 5º, IV)

V - convocar reuniões extraordinárias e de caráter emergencial. (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 5º, V)

Art. 358. Os membros do Curarem terão as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 6º)

I - representar sua instituição nas reuniões ordinárias e extraordinárias do Curarem; (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 6º, I)

II - discutir, nas suas instituições, os temas pautados no comitê; (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 6º, II)

III - identificar, analisar a apresentar materiais técnicos científicos, bem como discutir as matérias submetidas ao Curarem; (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 6º, III)

IV - propor ao Coordenador, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, a convocação de reuniões extraordinárias, com o objetivo de tratar de assuntos relevantes ou de urgência que não possam aguardar a ordinária; (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 6º, IV)

V - indicar ao Coordenador, quando pertinente e relevante, pessoas ou representantes de entidades públicas ou privadas, a fim de compor grupos técnicos para temas específicos; (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 6º, V)

VI - acompanhar a situação epidemiológica da disseminação da resistência microbiana no País; e (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 6º, VI)

VII - promover a discussão e a articulação institucional no processo de aperfeiçoamento das ações de vigilância, de prevenção e de controle da disseminação da resistência microbiana comunitária e hospitalar no País. (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 6º, VII)

Art. 359. O Curarem reunir-se-á ordinariamente três vezes por ano ou, extraordinariamente quando convocado pelo seu Coordenador, sendo que a reuniões serão realizadas somente com a presença de, no mínimo, cinquenta por cento mais um dos seus membros. (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 7º)

§ 1º Em situações de impossibilidade de comparecimento às reuniões ordinárias ou extraordinárias, os representantes titulares e suplentes do Curarem não poderão enviar substitutos. (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 7º, § 1º)

§ 2º As instituições faltosas poderão ser destituídas do Curarem, a partir da segunda ausência sem justificativa formal. (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 7º, § 2º)

Art. 360. As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas em Brasília ou em local a ser definido por decisão do coordenador. (Origem: PRT MS/GM 1133/2005, Art. 8º)

CAPÍTULO XVI

DO PLANO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA COM CARDIOPATIA CONGÊNITA

Art. 361. Fica aprovado o Plano Nacional de Assistência à Criança com Cardiopatia Congênita, com o objetivo de estabelecer diretrizes e integrar ações que favoreçam o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à reabilitação da criança e do adolescente com cardiopatia congênita, bem como a redução da morbimortalidade desse público. (Origem: PRT MS/GM 1727/2017, Art. 1º)

Parágrafo Único. O Plano será disponibilizado no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 1727/2017, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 362. O Plano visa orientar a organização da assistência à criança com cardiopatia congênita, de modo a proporcionar o cuidado integral da criança em todas as etapas: pré-natal, nascimento, assistência cardiovascular e seguimento. (Origem: PRT MS/GM 1727/2017, Art. 2º)

Parágrafo Único. O Plano está estruturado nos seguintes eixos: (Origem: PRT MS/GM 1727/2017, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - diagnóstico pré-natal; (Origem: PRT MS/GM 1727/2017, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - diagnóstico no período neonatal; (Origem: PRT MS/GM 1727/2017, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

III - transporte seguro de recém-nascidos e crianças cardiopatas; (Origem: PRT MS/GM 1727/2017, Art. 2º, Parágrafo Único, III)

IV - assistência cirúrgica; e (Origem: PRT MS/GM 1727/2017, Art. 2º, Parágrafo Único, IV)

V - assistência multidisciplinar. (Origem: PRT MS/GM 1727/2017, Art. 2º, Parágrafo Único, V)

Art. 363. Para assegurar a sua implementação, o Plano: (Origem: PRT MS/GM 1727/2017, Art. 3º)

I - define as responsabilidades dos gestores do SUS envolvidos; (Origem: PRT MS/GM 1727/2017, Art. 3º, I)

II - determina diretrizes de financiamento; (Origem: PRT MS/GM 1727/2017, Art. 3º, II)

III - estabelece estratégias para o monitoramento, avaliação e controle; e (Origem: PRT MS/GM 1727/2017, Art. 3º, II-A)

IV - propõe recomendações para formação e capacitação. (Origem: PRT MS/GM 1727/2017, Art. 3º, III)

TÍTULO III

DA SAÚDE DE SEGMENTOS POPULACIONAIS

CAPÍTULO I

DA SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

Seção I

Da Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Estratégia AIDPI) e sua Implementação e Execução no Âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS)

Subseção I

Das Disposições Preliminares

(Origem: PRT MS/GM 1397/2017, CAPÍTULO I)

Art. 364. Esta Seção dispõe sobre a Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Estratégia AIDPI), sua implementação e execução no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena SasiSUS. (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 1º)

Art. 365. A Estratégia AIDPI, desenvolvida originalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (UNICEF), caracteriza-se pela consideração da atenção à saúde na infância, simultânea e integrada do conjunto de doenças de maior prevalência na infância.(Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 2º)

Art. 366. A Estratégia AIDPI tem por objetivo: (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 3º)

I - identificar sinais clínicos que permitam fazer uma triagem rápida quanto à natureza da atenção requerida pela criança, como encaminhamento urgente a um hospital, tratamento ambulatorial ou orientação para cuidados e vigilância no domicílio; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 3º, I)

II - ampliar e qualificar as ações de atenção integral à saúde das crianças; e (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 3º, II)

III - diminuir a morbimortalidade de crianças de 0 (zero) a 4 (quatro) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias. (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 3º, III)

Art. 367. São pilares básicos da Estratégia AIDPI: (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 4º)

I - educação permanente dos profissionais de saúde indígena no nível da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 4º, I)

II - reorganização e adaptação dos serviços de saúde e processos de trabalhos em áreas indígenas; e (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 4º, II)

III - educação em saúde na família e nas comunidades. (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 4º, III)

Art. 368. As condutas preconizadas pela Estratégia AIDPI incorporam as normas do Ministério da Saúde relativas à promoção, à prevenção e ao tratamento dos problemas infantis mais frequentes, a saber: (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 5º)

I - aleitamento materno; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 5º, I)

II - promoção de alimentação saudável; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 5º, II)

III - crescimento e desenvolvimento infantil; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 5º, III)

IV - imunização; e (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 5º, IV)

V - desnutrição, anemia, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas, malária, problemas de ouvido, dor de garganta, prevenção da violência, dentre outros. (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 5º, V)

§ 1º O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil deve ser priorizado pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, pois compreende todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento saudável da criança e à detecção de problemas no atraso do desenvolvimento neuropsicomotor.(Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 5º, § 1º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300378

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

§ 2º Para dar seguimento aos tratamentos dos problemas infantis, cabe as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena fazer os arranjos necessários para que as consultas de retorno ou visitas domiciliares de acompanhamento da criança doente sejam realizadas. (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 5º, § 2º)

Subseção II

Da Implementação da Estratégia AIDPI

(Origem: PRT MS/GM 1397/2017, CAPÍTULO II)

Art. 369. A implementação da Estratégia AIDPI no âmbito do Distritos Sanitários Especiais Indígenas DSEI/SESAI/MS, será realizada por meio das seguintes etapas: (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 6º)

I - ações de capacitação de profissionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 6º, I)

II - reorganização dos serviços de saúde e processos de trabalho das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena - EMSI; e (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 6º, II)

III - realização das visitas de seguimento e avaliação da implementação da estratégia. (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 6º, III)

Parágrafo Único. A visita de seguimento permite a análise e os encaminhamentos para a resolução dos problemas encontrados pelos profissionais de saúde na aplicação da estratégia. (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 370. A implementação da Estratégia AIDPI será: (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 7º)

I - coordenada pela Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena (CGAPSI/DASI/SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 7º, I)

II - apoiada pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS); e (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 7º, II)

III - executada pelos DSEI/SESAI/MS. (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 7º, III)

Subseção III

Dos Profissionais e sua Capacitação

(Origem: PRT MS/GM 1397/2017, CAPÍTULO III)

Art. 371. São profissionais envolvidos na AIDPI: (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 8º)

I - profissional do nível operacional: médico ou enfermeiro que atua nos serviços de saúde, priorizando os integrantes da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena - EMSI; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 8º, I)

II - docente: profissional que é professor de escolas de Medicina ou de Enfermagem, que participa de cursos de AIDPI; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 8º, II)

III - multiplicador/facilitador: profissional que atua como professor nos diversos cursos da Estratégia ADIPI Criança, AIDPI Neonatal e AIDPI Comunitário Materno Infantil, devidamente capacitado por meio de curso específico; e (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 8º, III)

IV - cofacilitador: profissional capacitado em curso de multiplicador, mas que não atuou em nenhum curso. (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 8º, IV)

Parágrafo Único. Além dos multiplicadores/facilitadores, os demais profissionais de saúde, devidamente capacitados, a exemplo dos nutricionistas e farmacêuticos, poderão atuar de forma complementar para atenção integral às crianças. (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 372. Os profissionais envolvidos na AIDPI deverão realizar curso de capacitação, pelos multiplicadores/facilitadores, recebendo os materiais pedagógicos e as devidas orientações referentes à metodologia a ser utilizada durante a capacitação. (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 9º)

Subseção IV

Das Atribuições dos Órgãos e Agentes Envolvidos

(Origem: PRT MS/GM 1397/2017, CAPÍTULO IV)

Art. 373. São atribuições da CGAPSI/SESAI/MS em parceria com a CGSCAM/DAPES/SAS/MS: (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 10)

I - estimular e assessorar os DSEI/SESAI/MS na implantação e implementação da Estratégia AIDPI; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 10, I)

II - promover oficinas de revisão técnica, atualização e adaptações do material didático utilizado nos cursos de capacitação, pela equipe AIDPI nacional de referência; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 10, II)

III - monitorar a implantação da estratégia e acompanhar os indicadores de atenção à saúde da criança estabelecidos pactuados no Plano Nacional de Saúde Indígena; e (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 10, III)

IV - formar e atualizar multiplicadores da AIDPI. (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 10, IV)

Art. 374. São atribuições dos DSEI/SESAI/MS: (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 11)

I - executar a AIDPI em conformidade com o perfil epidemiológico, priorizando-se áreas de maior vulnerabilidade para implementação da estratégia; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 11, I)

II - priorizar a Estratégia AIDPI como ferramenta para reorganização do serviço e a redução da morbimortalidade infantil; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 11, II)

III - garantir insumos e medicamentos essenciais recomendados para a implementação da Estratégia AIDPI; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 11, III)

IV - garantir recursos financeiros e logísticos para a capacitação de profissionais; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 11, IV)

V - apoiar os multiplicadores da estratégia ou profissionais capacitados para realização de visitas periódicas de monitoramento; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 11, V)

VI - apoiar os profissionais da EMSI na resolução dos problemas identificados durante a utilização da estratégia; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 11, VI)

VII - inserir e manter atualizados os dados necessários para o cálculo dos indicadores de atenção à saúde da criança indígena estabelecidos nos instrumentos de gestão; e (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 11, VII)

VIII - manter articulação com a rede de serviços de saúde com o objetivo de garantir a atenção de média e alta complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 11, VIII)

Parágrafo Único. O DSEI/SESAI/MS deverá se articular, para a garantia da atenção integral à saúde das crianças indígenas, com a rede de saúde levando-se em consideração a organização regional e a hierarquização da rede assistencial, com a participação complementar dos Estados, Distrito Federal e Municípios e das demais instâncias de gestão e controle social do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 375. São atribuições dos profissionais multiplicadores/facilitadores na Estratégia AIDPI: (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 12)

I - apoiar o planejamento para implantação e implementação da estratégia; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 12, I)

II - promover, com apoio da DASI/SESAI/MS, a capacitação das equipes multidisciplinares de saúde indígena; e (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 12, II)

III - realizar visitas de seguimento para avaliação da estratégia. (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 12, III)

Subseção V

Da Composição da AIDIPI

(Origem: PRT MS/GM 1397/2017, CAPÍTULO V)

Art. 376. Para fins da implementação, a Estratégia AIDPI é composta por três componentes: (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 13)

I - AIDPI Neonatal; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 13, I)

II - AIDPI Criança; e (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 13, II)

III - AIDPI Comunitário Materno Infantil (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 13, III)

Art. 377. A AIDPI Neonatal compreende a atenção à mulher antes da gestação até a criança menor que 2 (dois) meses. (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 14)

Parágrafo Único. A estratégia AIDPI Neonatal pode ser utilizada por médicos e enfermeiros, devidamente capacitados, que trabalham com gestantes, lactentes e crianças, desde o nascimento até 5 (cinco) anos (59 meses e 29 dias) de idade, na Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 378. A AIDPI Criança compreende a atenção a criança de 2 (dois) meses a menores de 4 (quatro) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias. (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 15)

Parágrafo Único. A estratégia AIDPI Criança pode ser utilizada por médicos e enfermeiros, devidamente capacitados, que trabalham com gestantes, lactentes e crianças, desde o nascimento até 5 (cinco) anos (59 meses e 29 dias) de idade, na Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 379. A AIDPI Comunitário Materno Infantil compreende a atenção à mulher antes da gestação até as crianças menores de 4 (quatro) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias. (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 16)

Parágrafo Único. A estratégia AIDPI Comunitário Materno Infantil pode ser utilizada por agentes indígenas de saúde e técnicos de enfermagem devidamente capacitados. (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 16, Parágrafo Único)

Subseção VI

Das Disposições Finais

(Origem: PRT MS/GM 1397/2017, CAPÍTULO VI)

Art. 380. São indicadores estratégicos para acompanhamento dos resultados da implementação da AIDPI: (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 17)

I - taxa de mortalidade infantil; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 17, I)

II - taxa de mortalidade neonatal; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 17, II)

III - taxa de mortalidade materna; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 17, III)

IV - incidência de déficit nutricional em menores de 5 (cinco) anos; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 17, IV)

V - incidência de baixo peso em gestantes; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 17, V)

VI - proporção de crianças indígenas de 1 (um) a 4 (quatro) anos com esquema vacinal completo; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 17, VI)

VII - proporção de crianças indígenas menores de 1 (um) ano com esquema vacinal completo; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 17, VII)

VIII - proporção de atendimentos de pré-natal; (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 17, VIII)

IX - proporção de óbitos infantis investigados; e (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 17, IX)

X - proporção de óbitos maternos investigados. (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 17, X)

Art. 381. A Estratégia AIDPI será detalhada em manual específico disponibilizado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 18)

Art. 382. Os insumos e medicamentos essenciais para a implementação da Estratégia AIDPI serão os listados nos Anexos XLVII e XLVIII . (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Art. 19)

Seção II

Do Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação

Art. 383. Esta Seção define o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional. (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 1º)

Art. 384. Os Calendários e as Campanhas Nacionais de Vacinação têm por objetivo o controle, a eliminação e a erradicação de doenças imunopreveníveis. (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 2º)

§ 1º O Calendário Nacional de Vacinação será adotado de acordo com o disposto no Anexo LVIII , observada a Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação de que trata o Anexo LXI . (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 2º, § 1º)

§ 2º O Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas será adotado de acordo com o disposto no Anexo LIX , observada a Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas de que trata o Anexo LXII . (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 2º, § 2º)

§ 3º As Campanhas Nacionais de Vacinação serão adotadas de acordo com o disposto no Anexo LX . (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 2º, § 3º)

Art. 385. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios adotarão os Calendários Nacionais de Vacinação para execução das ações de vacinação. (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 3º)

Art. 386. Compete à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) a execução das ações de vacinação nas áreas indígenas. (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 4º)

Art. 387. O Ministério da Saúde será responsável pela aquisição e pelo fornecimento às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios das vacinas preconizadas nos Calendários e nas Campanhas Nacionais de Vacinação de que trata esta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 5º)

Parágrafo Único. Os insumos necessários ao atendimento dos Calendários e das Campanhas Nacionais de Vacinação, quais sejam seringas, agulhas e impressos para registro das atividades de vacinação, serão fornecidos às unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com as competências de cada esfera de direção do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 388. Compete às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a gestão da Rede de Frio, observado o disposto no Capítulo III do Título VII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 6º)

Parágrafo Único. Para fins do disposto nesta Seção, consideram-se: (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 6º, Parágrafo Único)

I - Rede de Frio: sistema dotado de estrutura física e técnicoadministrativa, orientado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), por meio de normatização (coordenação), planejamento, avaliação e financiamento, visando à manutenção adequada da Cadeia de Frio; e (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 6º, Parágrafo Único, I)

II - Cadeia de Frio: processo logístico da Rede de Frio para conservação dos imunobiológicos, incluindo-se as etapas de recebimento, armazenamento, distribuição e transporte, de forma oportuna e eficiente, para assegurar a preservação de suas características originais. (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 6º, Parágrafo Único, II)

Art. 389. O registro das informações quanto às vacinas administradas será feito nos instrumentos padronizados no âmbito do PNI, obedecendo-se ao fluxo e à periodicidade ali definidos, sendo responsabilidade: (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 7º)

I - das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, no que se refere ao registro no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI); e (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 7º, I)

II - da SESAI/MS, no que se refere ao registro no Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI). (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 7º, II)

Art. 390. A comprovação da vacinação será feita por meio do cartão ou caderneta de vacinação, emitido pelas unidades de saúde públicas e privadas, devidamente credenciadas no âmbito do SUS, contendo as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 8º)

I - dados pessoais: nome completo, data de nascimento e endereço; (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 8º, I)

II - nome da vacina; (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 8º, II)

III - data; (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 8º, III)

IV - número do lote; (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 8º, IV)

V - laboratório produtor; (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 8º, V)

VI - unidade vacinadora; e (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 8º, VI)

VII - nome do vacinador. (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 8º, VII)

Parágrafo Único. O cartão ou caderneta de vacinação é um documento de caráter pessoal e intransferível, válido em todo o território nacional, sendo que sua atualização deve ser feita em conformidade com as indicações do Calendário Nacional de Vacinação. (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 391. Fica a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) autorizada a editar normas complementares esta Seção e adotar as medidas necessárias para a implantação e o cumprimento do Calendário Nacional de Vacinação, do Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e das Campanhas Nacionais de Vacinação.(Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 9º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300379

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 392. O Ministério da Saúde disponibilizará manual instrutivo com normatizações técnicas sobre o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, cujo conteúdo estará disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/svs. (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Art. 10)

CAPÍTULO II

DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Seção I

Do Comitê Nacional de Assessoramento e Apoio às Ações de Saúde do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência

Art. 393. Fica instituído o Comitê Nacional de Assessoramento e Apoio às Ações de Saúde do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência, de caráter técnico-consultivo, com a finalidade de subsidiar o Ministério da Saúde na implementação do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência. (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 1º)

Art. 394. Compete ao Comitê Nacional de Assessoramento e Apoio às Ações de Saúde do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência: (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 2º)

I - estabelecer os padrões de qualidade dos serviços de reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 2º, I)

II - definir os critérios de organização e de funcionamento dos serviços da rede de reabilitação, do modelo de cuidado e de gestão, por meio de transferência de tecnologia; (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 2º, II)

III - propor e apoiar tecnicamente o Processo de Qualificação dos serviços de reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 2º, III)

IV - estabelecer parâmetros para a Certificação de Qualidade dos novos serviços de reabilitação visual, auditiva, física e intelectual, bem como aos serviços já existentes, que aderirem ao Processo de Qualificação; e (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 2º, IV)

V - propor e apoiar processos de formação e qualificação dos profissionais da rede de reabilitação, em parceria com serviços de referência definidos por critérios técnicos. (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 2º, V)

Art. 395. Comitê Nacional de Assessoramento e Apoio às Ações de Saúde do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência será composto por membros, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º)

I - Gabinete do Ministro da Saúde (GM/MS); (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, I)

II - Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, II)

III - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, III)

a) Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, III, a)

b) Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, III, b)

c) Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, III, c)

IV - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, IV)

V - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, V)

VI - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, VI)

VII - Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH-PR), por meio da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, VII)

VIII - entidades prestadoras de serviços de reabilitação auditiva: (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, VIII)

a) Fundação de São Paulo/Centro Auditivo da Criança (DERDIC/PUC/SP); (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, VIII, a)

b) Hospital de Reabilitação de Anomalias Crânio-faciais/Centro de Pesquisas Audiológicas (Centrinho de Bauru/SP); (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, VIII, b)

c) Fundação Faculdade de Medicina (MEC/MPAS/HC); (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, VIII, c)

d) Hospital de Clinicas da Universidade de Campinas (CEPRE/Unicamp de Campinas); e (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, VIII, d)

e) Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HC/RS). (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, VIII, e)

IX - entidades prestadoras de serviços de reabilitação física: (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, IX)

a) Associação das Pioneiras Sociais (SARAH/DF); (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, IX, a)

b) Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO/MS/ RJ); (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, IX, b)

c) Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD); (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, IX, c)

d) Associação Pestalozzi de Niterói/RJ; e (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, IX, d)

e) Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IOT/HC/FM/USP). (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, IX, e)

X - entidades prestadoras de serviços de reabilitação visual: (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, X)

a) Serviço de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, X, a)

b) Fundação Catarinense de Educação Especial/SC; (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, X, b)

c) Fundação Dorina Nowill para Cegos/SP; e (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, X, c)

d) Associação Brasileira de Assistência ao Deficiente Visual (LARAMARA/SP). (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, X, d)

XI - entidades prestadoras de serviços de reabilitação intelectual: (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, XI)

a) Fundação Síndrome de Down de Campinas/SP; (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, XI, a)

b) Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial de Santa Catarina (NAIPE/SC); (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, XI, b)

c) Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Paulo (APAE/SP); e (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, XI, c)

d) Núcleo de Neurodesenvolvimento Professor Mário Coutinho, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel/RS). (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, XI, d)

§ 1º Comitê Nacional de Assessoramento e Apoio às Ações de Saúde do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência será coordenado pelo DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A adesão dos órgãos e entidades ao Comitê Nacional de Assessoramento e Apoio às Ações de Saúde do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência será realizada mediante a celebração de termo de compromisso específico. (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Desde que haja consenso entre os membros, o Comitê poderá convidar servidores de outros órgãos e entidades públicas, de entidades não-governamentais, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 3º, § 3º)

Art. 396. Ao DAPES/SAS/MS, na qualidade de coordenador do Comitê de que trata esta Seção, compete: (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 4º)

I - convocar e coordenar as reuniões e organizar suas pautas; (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 4º, I)

II - disponibilizar os recursos necessários para a viabilização dos trabalhos do Comitê e seus Grupos de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 4º, II)

III - dar conhecimento à população, por meio de pronunciamentos e/ou documentos oficiais, das decisões e ações do Comitê; e (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 4º, III)

IV - indicar e realizar as formulações técnicas do Comitê para as subsequentes deliberações junto às instâncias internas e Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 4º, IV)

Art. 397. O Comitê se reunirá ordinariamente duas vezes ao ano e extraordinariamente por convocação da Coordenação. (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 5º)

Art. 398. O Comitê será constituído por 4 (quatro) Grupos de Trabalho (GTs). (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 6º)

Parágrafo Único. Os GTs terão o objetivo de aprofundar as discussões sobre temas específicos e apresentar proposições atinentes a cada uma das áreas de reabilitação - visual, auditiva, física e intelectual -, incluindo as deficiências múltiplas, que serão consideradas em cada um dos GTs específicos. (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 399. Os GTs serão denominados da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 7º)

I - Grupo de Trabalho da Deficiência Física; (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 7º, I)

II - Grupo de Trabalho da Deficiência Auditiva; (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 7º, II)

III - Grupo de Trabalho da Deficiência Visual; e (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 7º, III)

IV - Grupo de Trabalho da Deficiência Intelectual. (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 7º, IV)

Art. 400. Compete aos GTs: (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 8º)

I - realizar estudos e elaborar documentos técnicos para subsidiar os trabalhos da Comissão; (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 8º, I)

II - desenvolver as ações deliberadas pelo Comitê concernentes à área específica de sua atuação; e (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 8º, II)

III - contribuir com o processo de apoio in loco aos serviços da rede de reabilitação para a observância dos critérios e parâmetros de qualidade, de organização e de funcionamentos dos serviços, atuando ativamente nos processos da Qualificação e de Certificação. (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 8º, III)

Parágrafo Único. A participação dos GTs nos processos da Qualificação e de Certificação dos serviços poderá contar com a contribuição de instituições e centros de excelência escolhidos por critérios técnicos e observará a estratégia de apoio desenvolvida pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 401. Cada GT será composto por: (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 9º)

I - representantes das respectivas entidades de reabilitação que compõem o Comitê; (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 9º, I)

II - 1 (um) integrante designado entre os membros do Comitê; e (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 9º, II)

III - 2 (dois) representantes do DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 9º, III)

Parágrafo Único. A participação de outros especialistas e/ou profissionais de referência para subsidiar as discussões e produção técnica do GT poderá ocorrer tanto na forma presencial, em reuniões, como por meio de consultoria à distância. (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 402. Os GTs serão coordenados pelo DAPES/SAS/MS, que indicará entre seus membros um especialista para cada GT. (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 10)

Art. 403. Os GTs se reunirão trimestralmente ou em caráter extraordinário sempre que a Coordenação entender necessário. (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 11)

Art. 404. Poderão ser instituídos, em caráter transitório, outros GTs para a discussão de temas específicos, de acordo com as demandas e mediante indicação do Comitê Nacional de Assessoramento e Apoio às Ações de Saúde do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência, a fim de se alcançar a execução plena das atribuições do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 12)

Art. 405. As funções exercidas pelos membros e convidados no âmbito do Comitê Nacional de Assessoramento e Apoio às Ações de Saúde do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência e seus respectivos GTs não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 13)

Art. 406. O Comitê definirá, em sua primeira reunião, o cronograma de trabalho e sua agenda de atividades. (Origem: PRT MS/GM 2672/2011, Art. 14)

CAPÍTULO III

DA SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Seção I

Do Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS

Art. 407. Fica instituído o Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde, objetivando: (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 1º)

I - formular as Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, contendo programas e ações que tenham como objetivo aperfeiçoar, garantir e (ou) recuperar as condições e ambientes de trabalho no SUS; (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 1º, I)

II - harmonizar a Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS com as políticas de gestão do trabalho, gestão da educação e saúde do trabalhador implementadas pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 1º, II)

III - propor estratégias de vigilância e monitoramento dos riscos e da morbidade ligados aos ambientes de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 1º, III)

IV - indicar estratégias de comunicação e participação dos trabalhadores do SUS para garantir o acompanhamento e a adoção das ações e programas constantes da Política; (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 1º, IV)

V - articular instituições de pesquisa e universidades para a execução de estudos e pesquisas em saúde do trabalhador, integrando uma rede de colaboradores para o desenvolvimento técnico-científico na área; (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 1º, V)

VI - propor linhas de financiamento para ações e produção de conhecimento na área; (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 1º, VI)

VII - elaborar instrumentos informativos e desenvolver processos de formação sobre saúde do trabalhador e políticas de saúde para entidades e lideranças sindicais, profissionais, gestores e conselheiros de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 1º, VII)

VIII - manter articulação com a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 1º, VIII)

Art. 408. O Comitê terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 2º)

I - seis representantes do Ministério da Saúde, quais sejam: (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 2º, I)

a) um representante do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DEGERTS/SGTES); (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 2º, I, a)

b) um representante da Coordenação-Geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde, do DEGERTS/SGTES; (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 2º, I, b)

c) um representante do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, da Secretaria de Vigilância em Saúde (DSAST/SVS); (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 2º, I, c)

d) um representante da Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador, da SVS; (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 2º, I, d)

e) um representante da Coordenação de Recursos Humanos, da Subsecretaria de Assuntos Administrativos, da Secretaria-Executiva (CGRH/SAA/SE); (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 2º, I, e)

f) um representante da área da Política Nacional de Humanização, da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 2º, I, f)

II - um representante do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 2º, II)

III - um representante do Ministério do Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 2º, III)

IV - um representante do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 2º, IV)

V - um representante do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 2º, V)

VI - onze representantes da bancada dos trabalhadores da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS); e (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 2º, VI) (com redação dada pela PRT MS/GM 238/2010)

VII - um representante de entidade patronal do setor privado da saúde. (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 2º, VII) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 238/2010)

§ 1º À exceção dos representantes do Ministério da Saúde, os demais integrantes do Comitê serão livremente designados por meio de expediente subscrito pelos representantes legais dos órgãos e instituições representadas. (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Serão designados suplentes que, na ausência do titular, deverão participar das reuniões. (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 2º, § 2º)

§ 3º A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Rede de Observatório em Recursos Humanos em Saúde (ROREHS) terão assento no Comitê como convidados permanentes. (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 2º, § 3º)

Art. 409. O Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS deverá, no prazo de 120 dias, a contar da data de designação de seus integrantes, formular proposta das Diretrizes para a Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 3º)

§ 1º Após o prazo acima referido, a proposta elaborada será apresentada e pactuada na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS) e, em seguida, levada para aprovação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Para a elaboração das Diretrizes, o Comitê reunir-se-á, ordinariamente, de acordo com cronograma elaborado na reunião de instalação do Comitê e, extraordinariamente, sempre que convocado pela Coordenação-Geral. (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 3º, § 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 238/2010)

§ 3º Após a publicação das Diretrizes, o Comitê reunir-se-á, ordinariamente, uma vez a cada 2 (dois) meses e, extraordinariamente, sempre que convocada pela Coordenação Geral, atendendo convocação enviada por ofício, via correio eletrônico, com antecedência mínima de 20 (dias) dias. (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 3º, § 3º)

Art. 410. O Comitê será constituído pelas seguintes instâncias: (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 4º)

I - Plenário; (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 4º, I)

II - Coordenação-Geral; (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 4º, II)

III - Coordenação-Adjunta; e (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 4º, III)

IV - Secretaria-Executiva. (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 4º, IV)

§ 1º A Coordenação-Geral e a Secretaria-Executiva serão compartilhadas pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS/SGTES/MS) e o Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST/SVS/MS). (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 4º, § 1º)

§ 2º A Coordenação Adjunta será indicada pela bancada de trabalhadores da MNNP-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 4º, § 2º)

§ 3º Os técnicos responsáveis pela Secretaria Executiva serão livremente designados pelos Diretores referidos no § 1º. (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 4º, § 3º)

§ 4º O Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS/SGTES/MS) e o Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST/SVS/MS) fornecerão o necessário suporte administrativo para o regular funcionamento do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 4º, § 4º)

Art. 411. O Comitê poderá constituir grupos de trabalho e convidar profissionais de notório saber na matéria, ou especialistas de outros órgãos ou entidades, para prestar assessoria as suas atividades. (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 5º)

Art. 412. As decisões do Plenário do Comitê serão tomadas por consenso. (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 6º)

Art. 413. A participação no Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS é considerada prestação de serviço público relevante, não sendo remunerada. (Origem: PRT MS/GM 2871/2009, Art. 7º)

Seção II

Do Preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), em Casos de Quadro Compatível com Causas Externas e com Doenças e Acidentes Relacionados ao Trabalho

Art. 414. É obrigatório para todas as instituições de assistência à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de vigilância epidemiológica e sanitária, o preenchimento dos campos CID principal e CID secundário para os registros de causas externas e de agravos à saúde do trabalhador na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), em vigor. (Origem: PRT MS/GM 1969/2001, Art. 1º)

Parágrafo Único. O registro de causas externas e de agravos à saúde relacionados ao trabalho deverão ser detalhados no Laudo Médico para Emissão de AIH de acordo com o roteiro disposto no Anexo XLIX . (Origem: PRT MS/GM 1969/2001, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 415. Fica criado e tornado obrigatório o preenchimento na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), do campo Ocupação, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações Resumida (CBO-R), na identificação do paciente, nos casos de acidentes e doenças relacionados ao trabalho em conformidade com os Anexos L e LI . (Origem: PRT MS/GM 1969/2001, Art. 2º)

Art. 416. Fica criado e tornado obrigatório o preenchimento, na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), do campo Classificação Nacional de Atividades Econômicas Resumida (CNAE-R) no item referente aos dados do empregador. (Origem: PRT MS/GM 1969/2001, Art. 3º)

Art. 417. É obrigatório o preenchimento, na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), do campo Vínculo com a Previdência em relação à atividade formal e CGC/CNPJ da Empresa, atividade autônoma, desempregado, aposentado ou não segurado. (Origem: PRT MS/GM 1969/2001, Art. 4º)

Art. 418. Fica definido como de responsabilidade do Responsável Técnico da Unidade de Atendimento Hospitalar que prestou assistência ao paciente, a notificação, por escrito, à Vigilância Epidemiológica e Sanitária do estado, município ou do Distrito Federal e Delegacia Regional do Trabalho, nos casos comprovados ou suspeitos, de agravos à saúde relacionados ao trabalho, cuja fonte de exposição represente riscos a outros trabalhadores e/ou ao meio ambiente. (Origem: PRT MS/GM 1969/2001, Art. 5º)

Art. 419. Deverão constar do Laudo Médico para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) as informações a serem prestadas em conformidade com Anexo LII . (Origem: PRT MS/GM 1969/2001, Art. 6º)

Art. 420. A Secretaria de Atenção à Saúde adotará as medidas complementares para a operacionalização e cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1969/2001, Art. 7º)

Art. 421. O Departamento de Informática do SUS (DATASUS) implementará, na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), as alterações pertinentes, visando assegurar o cumprimento das disposições constantes nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1969/2001, Art. 8º)

Seção III

Da Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS

Art. 422. Fica aprovada a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma do Anexo LXXIX , com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. (Origem: PRT MS/GM 3120/1998, Art. 1º)

Seção IV

Da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, a Ser Adotada como Referência dos Agravos Originados no Processo de Trabalho no SUS

Art. 423. Fica instituída a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico, constante no Anexo LXXX . (Origem: PRT MS/GM 1339/1999, Art. 1º)

Art. 424. Esta lista poderá ser revisada anualmente. (Origem: PRT MS/GM 1339/1999, Art. 2º)

Seção V

Da Regulamentação dos Procedimentos Relativos à Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos ao Benzeno

Art. 425. Ficam instituídas, na forma dos Anexos LXVIII, LXIX, LXX e LXXI , as Normas de Vigilância à Saúde dos Trabalhadores expostos ao Benzeno nos processos de trabalho que produzem, utilizam, transportam, armazenam ou manipulam benzeno e, ou suas misturas líquidas. (Origem: PRT MS/GM 776/2004, Art. 1º)

Seção VI

Dos Procedimentos e Critérios para Envio de Listagem de Trabalhadores Expostos e Ex-expostos ao Asbesto/Amianto nas Atividades de Extração, Industrialização, Utilização, Manipulação, Comercialização, Transporte e Destinação Final de Resíduos, bem como aos Produtos e Equipamentos que o Contenham

Art. 426. Ficam aprovados, na forma do Anexo LXXII , os procedimentos para envio ao Sistema Único de Saúde (SUS) da listagem de trabalhadores expostos e ex-expostos ao asbesto/amianto e/ou a produtos/equipamentos que o contenham e às atividades discriminadas na ementa desta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1851/2006, Art. 1º)

Art. 427. Todas as empresas, que desenvolvem ou desenvolveram atividades descritas na Seção VI do Capítulo III do Título III, encaminharão anualmente ao órgão responsável pela gestão do SUS, em nível municipal ou, na sua ausência, ao órgão regional, listagem de trabalhadores expostos e ex-expostos ao asbesto/amianto.(Origem: PRT MS/GM 1851/2006, Art. 2º)

§ 1º A listagem e as informações referentes aos trabalhadores expostos e ex-expostos ao asbesto/amianto em atividade, independentemente de notificação por parte do SUS, deverão ser encaminhadas, preferencialmente, por meio eletrônico, impreterivelmente, até o primeiro dia útil do mês de julho, devidamente protocoladas na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ou no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador ou no Serviço de Vigilância à Saúde do Trabalhador, da Secretaria Estadual de Saúde, ou, na inexistência dos órgãos citados, no Serviço de Vigilância à Saúde do SUS, onde a empresa está situada. (Origem: PRT MS/GM 1851/2006, Art. 2º, § 1º)

§ 2º A listagem referente ao exercício de anos anteriores, a contar do dia 1º de junho de 1995, poderá ser requisitada por meio de notificação pelo órgão competente, tendo a empresa até 30 (trinta) dias úteis para sua entrega. (Origem: PRT MS/GM 1851/2006, Art. 2º, § 2º)

§ 3º No que se refere às empresas que substituíram o asbesto/amianto, as obrigações previstas neste artigo e parágrafos anteriores limitam-se aos trabalhadores expostos no período em que elas utilizaram ou manipularam o asbesto/amianto ou produtos/equipamentos que o continham. (Origem: PRT MS/GM 1851/2006, Art. 2º, § 3º)

Art. 428. A listagem dos trabalhadores expostos e ex-expostos ao asbesto/amianto, conforme o Anexo LXXII , deverá conter, entre outras, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 1851/2006, Art. 3º)

I - identificação; (Origem: PRT MS/GM 1851/2006, Art. 3º, I)

II - diagnósticos de radiografias de tórax - raio X-, de acordo com padrão da Organização Internacional do Trabalho (OIT) para diagnóstico de pneumoconioses, OIT/2000; (Origem: PRT MS/GM 1851/2006, Art. 3º, II)

III - resultados de provas de função pulmonar, com valores em percentual teórico para: (Origem: PRT MS/GM 1851/2006, Art. 3º, III)

a) Capacidade Vital Forçada - CVF; (Origem: PRT MS/GM 1851/2006, Art. 3º, III, a)

b) Volume Expiratório no 1º segundo - VEF1; (Origem: PRT MS/GM 1851/2006, Art. 3º, III, b)

c) Índice de Tiffenau - VEF1/CVF; e (Origem: PRT MS/GM 1851/2006, Art. 3º, III, c)

d) fluxo expiratório forçado em 25% e 75%. (Origem: PRT MS/GM 1851/2006, Art. 3º, III, d)

Art. 429. A cada diagnóstico ou suspeita de doença relacionada ao asbesto/amianto, os trabalhadores expostos e ex-expostos serão encaminhados ao SUS, acompanhados de uma via da respectiva Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), para notificação do caso à vigilância epidemiológica do SUS/SINAN. (Origem: PRT MS/GM 1851/2006, Art. 4º)

Art. 430. O não-cumprimento do disposto nesta Seção sujeitará as empresas às penalidades previstas na legislação pertinente. (Origem: PRT MS/GM 1851/2006, Art. 5º)

Seção VII

Da Vacinação Obrigatória dos Trabalhadores das Áreas Portuárias, Aeroportuárias, de Terminais e Passagens de Fronteira

Art. 431. É obrigatória a vacinação dos trabalhadores das áreas portuárias, aeroportuárias, de terminais e passagens de fronteira. (Origem: PRT MS/GM 1986/2001, Art. 1º)

Art. 432. É obrigatória a vacinação dos tripulantes ou pessoal dos meios de transporte que procedam de áreas endêmicas e de países com transmissão de febre amarela, segundo a situação epidemiológica e avaliação de risco. (Origem: PRT MS/GM 1986/2001, Art. 2º)

Art. 433. Fica recomendada a vacinação para viajantes que se dirigem às áreas endêmicas e aos países com transmissão de febre amarela, segundo a situação epidemiológica e avaliação de risco. A vacinação deve ter antecedência mínima de 10 dias antes da viagem. (Origem: PRT MS/GM 1986/2001, Art. 3º)

Art. 434. Fica adotada a exigência do certificado internacional de vacinação válido para os viajantes que chegam de países com transmissão de febre amarela, segundo a situação epidemiológica e avaliação de risco. A vacinação deve ter antecedência mínima de 10 dias antes da viagem, exceto se o viajante for revacinado antes do fim do período de validade do certificado. Nesta situação, a validade do certificado será imediata. (Origem: PRT MS/GM 1986/2001, Art. 4º)

Art. 435. Nas áreas endêmicas do território nacional, as autoridades sanitárias estaduais e municipais deverão prover certificado de vacinação para os indivíduos vacinados, devendo manter registros ativos para eventuais verificações. (Origem: PRT MS/GM 1986/2001, Art. 5º)

Art. 436. O Ministério da Saúde, através de seus órgãos competentes, FUNASA e ANVISA, editará normas regulamentadoras desta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1986/2001, Art. 6º)

CAPÍTULO IV

DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

Seção I

Do Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância no âmbito do SUS

Art. 437. Fica instituído Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 1º)

Art. 438. Ao Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância compete: (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 2º)

I - subsidiar a formulação de conteúdos programáticos, normas técnico-gerenciais, métodos e instrumentos para o aprimoramento das políticas de saúde voltadas para o desenvolvimento integral da primeira infância; (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 2º, I)

II - apresentar proposições de aprimoramento das ações e estratégias para o desenvolvimento integral da primeira infância; (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 2º, II)

III - ampliar a discussão sobre o desenvolvimento integral da primeira infância, com participação da sociedade civil, com o objetivo de favorecer o acesso, a equidade e a integralidade das ações e serviços prestados no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 2º, III)

IV - desenvolver estratégias de articulação intersetorial das políticas públicas sociais básicas, que permitam a qualificação dos serviços de atenção integral à primeira infância; (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 2º, IV)

V - contribuir na sensibilização e na mobilização social com o objetivo de facilitar e promover a implementação das diretrizes das políticas públicas de saúde voltadas para o desenvolvimento integral da primeira infância; (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 2º, V)

VI - realizar o balanço semestral do andamento da implementação e dos resultados das políticas públicas de saúde voltadas para o desenvolvimento da primeira infância; e (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 2º, VI)

VII - funcionar como um espaço de articulação intersetorial e discussão permanente sobre as políticas públicas de saúde em construção e execução para o desenvolvimento integral da primeira infância. (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 2º, VII)

Art. 439. O Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância será composto por representantes, titular e suplente, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 3º)

I - 5 (cinco) do Ministério da Saúde (MS); (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 3º, I)

II - 1 (um) do Ministério da Educação (MEC); (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 3º, II)

III - 1 (um) do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário; (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 3º, III)

IV - 1 (um) da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH-PR); (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 3º, IV)

V - 1 (um) do Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 3º, V)

VI - 1 (um) do Conselho Nacional de Educação (CNE); e (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 3º, VI)

VII - 1 (um) do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 3º, VII)

§ 1º O Comitê será coordenado pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A participação dos órgãos e entidades de que tratam os incisos II, III, IV, VI e VII do "caput", será formalizada após resposta a convite a eles encaminhado pela Coordenação do Comitê, com indicação dos seus respectivos representantes. (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Para fins do disposto no inciso I do caput, a Coordenação do Comitê efetuará a indicação dos representantes do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 3º, § 3º)

§ 4º O Comitê se reunirá semestralmente ou, quando solicitado, em caráter extraordinário. (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 3º, § 4º)

Art. 440. Serão convidados para participar do Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância: (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 4º)

I - 2 (dois) representantes dos Poderes Legislativo e Judiciário; (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 4º, I)

II - 10 (dez) representantes de movimentos sociais, fóruns e redes constituídos pela sociedade civil que atuem na área da primeira infância; (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 4º, II)

III - 10 (dez) representantes de universidades e instituições de ensino e pesquisa que atuem na área da primeira infância; (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 4º, III)

IV - 5 (cinco) profissionais de notório saber no tema da primeira infância; (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 4º, IV)

V - 2 (dois) representantes de organismos internacionais, sendo: (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 4º, V)

a) 1 (um) do Fundo das Nações Unidas para Infância e Adolescência (UNICEF); e (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 4º, V, a)

b) 1 (um) da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS); e (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 4º, V, b)

VI - convidados especiais, profissionais da área de comunicação, artistas e intelectuais, entre outros que o Comitê entenda relevantes para o cumprimento de suas finalidades. (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 4º, VI)

Parágrafo Único. Os representantes de que trata o caput do artigo serão convidados pela Coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 441. Na qualidade de Coordenador do Comitê, além de fornecer os apoios técnico e administrativo necessários para o seu funcionamento, compete ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 5º)

I - organizar a pauta das reuniões; (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 5º, I)

II - promover a articulação entre os membros do Comitê e subsidiá-los com as informações por ele demandadas; (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 5º, II)

III - promover a divulgação dos relatórios de acompanhamento dos trabalhos e resultados alcançados; (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 5º, III)

IV - articular os órgãos do Ministério da Saúde envolvidos com as demandas nas ações e estratégias voltadas para o desenvolvimento integral da primeira infância; (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 5º, IV)

V - elaborar a memória e sistematizar os produtos e documentos produzidos pelo Comitê; e (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 5º, V)

VI - manter o Comitê informado sobre os processos de implantação das políticas públicas de saúde da criança. (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 5º, VI)

Art. 442. Para o desenvolvimento integral da primeira infância, compete ao DAPES/SAS/MS: (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 6º)

I - identificar necessidades e buscar alternativas para a educação, capacitação e qualificação dos profissionais de saúde responsáveis pela implementação das ações e estratégias voltadas para o desenvolvimento integral da primeira infância; (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 6º, I)

II - propor ações voltadas para a educação e formação para o desenvolvimento integral da primeira infância; (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 6º, II)

III - identificar necessidades, buscar alternativas e propor ações para o financiamento da política para a primeira infância e propor meios de sua regulação; e (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 6º, III)

IV - identificar as necessidades e propor instrumentos para viabilizar a articulação e pactuação entre os entes federados e pontos de atenção das redes temáticas prioritárias. (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 6º, IV)

Art. 443. A participação no Comitê não será remunerada e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 2362/2012, Art. 7º)

Seção II

Da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis

Art. 444. Fica instituída a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis com o objetivo de construir novas ofertas de cuidado humanizado à saúde e fortalecer aquelas tradicionalmente dirigidas a mulheres e crianças, na perspectiva do vínculo, crescimento e desenvolvimento integral da criança de zero a cinco anos.(Origem: PRT MS/GM 2395/2009, Art. 1º)

Parágrafo Único. A estratégia será implantada a partir de projeto piloto contemplando uma cidade com mais de cem mil habitantes de cada macrorregião, a saber: região Norte, Rio Branco; região Nordeste, Recife; região Centro-Oeste, Campo Grande; região Sudeste, Rio de Janeiro; e região Sul, Florianópolis. (Origem: PRT MS/GM 2395/2009, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 445. Fica instituído o Comitê Técnico-Consultivo para assessorar, monitorar e avaliar a implantação/implementação da estratégia. (Origem: PRT MS/GM 2395/2009, Art. 2º)

§ 1º O Comitê Técnico-Consultivo terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 2395/2009, Art. 2º, § 1º)

I - três representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); a saber: (Origem: PRT MS/GM 2395/2009, Art. 2º, § 1º, I)

a) Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno; (Origem: PRT MS/GM 2395/2009, Art. 2º, § 1º, I, a)

b) Área Técnica de Saúde da Mulher; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2009, Art. 2º, § 1º, I, b)

c) Política Nacional de Humanização; (Origem: PRT MS/GM 2395/2009, Art. 2º, § 1º, I, c)

II - um representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2395/2009, Art. 2º, § 1º, II)

III - um representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 2395/2009, Art. 2º, § 1º, III)

IV - um representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2395/2009, Art. 2º, § 1º, IV)

V - um representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 2395/2009, Art. 2º, § 1º, V)

VI - um representante da Secretaria-Executiva (SE/MS) (Origem: PRT MS/GM 2395/2009, Art. 2º, § 1º, VI)

VII - um representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 2395/2009, Art. 2º, § 1º, VII)

VIII - um representante do Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 2395/2009, Art. 2º, § 1º, VIII)

IX - um representante da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (REDEBLH/FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 2395/2009, Art. 2º, § 1º, IX)

X - um representante da Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal (RENOSP); (Origem: PRT MS/GM 2395/2009, Art. 2º, § 1º, X)

XI - um representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 2395/2009, Art. 2º, § 1º, XI)

XII - um representante da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP); (Origem: PRT MS/GM 2395/2009, Art. 2º, § 1º, XII)

XIII - um representante da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); (Origem: PRT MS/GM 2395/2009, Art. 2º, § 1º, XIII)

XIV - um representante da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); e (Origem: PRT MS/GM 2395/2009, Art. 2º, § 1º, XIV)

XV - um representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 2395/2009, Art. 2º, § 1º, XV)

§ 2º A Coordenação do Comitê Técnico-Consultivo ficará a cargo da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). (Origem: PRT MS/GM 2395/2009, Art. 2º, § 2º)

Art. 446. Os recursos para o funcionamento do Comitê Técnico-Consultivo e a implementação da Estratégia serão de responsabilidade da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/DAPES/SAS, correrão por conta da funcional programática 10.301.2015.20YI.0001 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2395/2009, Art. 3º)

TÍTULO IV

DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

CAPÍTULO I

DA ATENÇÃO BÁSICA

Seção I

Do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes)

Art. 447. Fica instituído o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 1º)

Parágrafo Único. O Telessaúde tem por objetivo apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde ordenadas pela Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 1º, Parágrafo Único)

Subseção I

Da Estrutura

(Origem: PRT MS/GM 2546/2011, CAPÍTULO I)

Art. 448. O Telessaúde Brasil Redes fornecerá aos profissionais e trabalhadores das Redes de Atenção à Saúde no SUS os seguintes serviços: (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 2º)

I - Teleconsultoria: consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, podendo ser de dois tipos:(Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 2º, I)

a) síncrona - teleconsultoria realizada em tempo real, geralmente por chat, web ou videoconferência; ou (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 2º, I, a)

b) assíncrona - teleconsultoria realizada por meio de mensagens offline. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 2º, I, b)

II - Telediagnóstico: serviço autônomo que utiliza as tecnologias da informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico através de distâncias geográfica e temporal; (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 2º, II)

III - Segunda Opinião Formativa: resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 2º, III)

IV - Tele-educação: conferências, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 2º, IV)

Art. 449. O Telessaúde Brasil Redes é integrado por gestores da saúde, instituições formadoras de profissionais de saúde e serviços de saúde do SUS, sendo constituído por: (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 3º)

I - Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico: instituições formadoras e de gestão e/ou serviços de saúde responsáveis pela formulação e gestão de Teleconsultorias, Telediagnósticos e Segunda Opinião Formativa; e (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 3º, I)

II - Ponto de Telessaúde: serviços de saúde a partir dos quais os trabalhadores e profissionais do SUS demandam Teleconsultorias e/ou Telediagnósticos. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 3º, II)

Parágrafo Único. As Teleconsultorias, os Telediagnósticos, as Segundas Opiniões Formativas e as ações de Tele-educação demandadas pelos profissionais de saúde do SUS poderão ser elaborados e respondidos por Teleconsultores a partir de qualquer Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico ou Ponto de Telessaúde. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 450. As Teleconsultorias, os Telediagnósticos e a Segunda Opinião Formativa serão respondidos pelos Núcleos Técnico-Científicos com base na melhor e na mais atualizada evidência clínica e científica disponível, adequada e pertinente ao contexto de origem da solicitação. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 4º)

Parágrafo Único. A resposta deverá ressaltar o conhecimento inerente à resolução do problema e que venha a contribuir com a educação permanente dos profissionais envolvidos, com vistas à ampliação de sua capacidade e autonomia na resolução de casos semelhantes. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 451. O prazo regular para envio da resposta à Teleconsultoria Assíncrona será fixado em protocolos estabelecidos por cada Núcleo Técnico-Científico, em comum acordo com o Comitê Gestor Estadual, não devendo exceder o prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas a contar do recebimento da consulta. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 5º)

Subseção II

Da Gestão e do Funcionamento

(Origem: PRT MS/GM 2546/2011, CAPÍTULO II)

Art. 452. A gestão do Telessaúde Brasil Redes é estruturada da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 6º)

I - Coordenação Nacional, exercida pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES/MS) e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 6º, I)

II - Coordenação Estadual, exercida pela Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal ou por outra instância integrante do comitê gestor estadual, conforme aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB); (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 6º, II)

III - Comitê Gestor Estadual; (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 6º, III)

IV - Núcleo Técnico-Científico de Telessaúde; e (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 6º, IV)

V - gestor municipal de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 6º, V)

Art. 453. Compete à Coordenação Nacional do Telessaúde Brasil Redes: (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 7º)

I - monitorar a implementação e o funcionamento do Telessaúde Brasil Redes; (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 7º, I)

II - avaliar e zelar pelo alcance dos objetivos e metas do Telessaúde Brasil Redes; (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 7º, II)

III - manter a Biblioteca Virtual Telessaúde Brasil, disponível em www.telessaudebrasil.org.br, como referência e identidade do Telessaúde Brasil Redes; (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 7º, III)

IV - disponibilizar as diretrizes para a operacionalização e os referenciais nacionais de avaliação do Telessaúde Brasil Redes; (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 7º, IV)

V - definir os padrões tecnológicos de interoperabilidade, conteúdo e segurança que permitirão a troca de informações entre os sistemas que viabilizam a operação do Telessaúde Brasil Redes e os diferentes sistemas de informação do SUS, incluídos o Cartão Nacional de Saúde e o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 7º, V)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300382

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

VI - definir o conjunto de dados que fará parte do Registro Eletrônico de Saúde (RES) a partir das Teleconsultorias realizadas, visando à implementação de um registro nacional e longitudinal, conforme Capítulo I do Título VII da Portaria de Consolidação nº 1; e (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 7º, VI)

VII - aprovar o Projeto para implementação do Telessaúde Brasil Redes no respectivo Estado, conforme descrito no art. 457. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 7º, VII)

Parágrafo Único. A Coordenação Nacional constituirá Comissão de Monitoramento e Avaliação, com representação das Secretarias do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e de outros Ministérios e entidades que desenvolvam ações e iniciativas relacionadas ao Telessaúde Brasil Redes. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 454. Compete à Coordenação Estadual do Telessaúde Brasil Redes: (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 8º)

I - coordenar em âmbito estadual as ações do Telessaúde Brasil Redes; (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 8º, I)

II - promover a articulação entre as instâncias de gestão do SUS e os demais integrantes do Telessaúde Brasil Redes; e (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 8º, II)

III - criar condições necessárias de infraestrutura e gestão, visando garantir o funcionamento do Telessaúde Brasil Redes; e (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 8º, III)

IV - promover a articulação do Telessaúde Brasil Redes à regulação da oferta de serviços e à Central de Regulação Médica das Urgências, em parceria com a gestão municipal e federal de saúde, de forma compartilhada e articulada com os pontos de atenção da rede. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 8º, IV)

Art. 455. O Comitê Gestor Estadual será vinculado à CIB e composto por: (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 9º)

I - um representante da Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 9º, I)

II - um representante da Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES); (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 9º, II)

III - dois representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS); (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 9º, III)

IV - um representante dos Coordenadores de Núcleos Técnico-Científicos no Estado; e (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 9º, IV)

V - um representante das Escolas Técnicas do SUS no Estado ou Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 9º, V)

§ 1º Compete ao Comitê Gestor Estadual: (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 9º, § 1º)

I - promover a articulação entre as instâncias de gestão estadual, municipal e de instituições de ensino, tendo em vista a gestão do programa no âmbito estadual; (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 9º, § 1º, I)

II - integrar a rede colaborativa entre os Pontos e Núcleos Estaduais de Telessaúde Técnico-Científicos, em âmbito regional e nacional; e (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 9º, § 1º, II)

III - elaborar e implementar projetos contemplando as necessidades loco-regionais. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 9º, § 1º, III)

§ 2º A constituição e a composição do Comitê Gestor Estadual será pactuada na CIB, que poderá incluir outras representações além daquelas previstas no § 1º deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 9º, § 2º)

§ 3º O Comitê Gestor Estadual elaborará o Projeto para implementação do Telessaúde Brasil Redes no respectivo Estado, enviando-o à Coordenação Nacional do Programa. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 9º, § 3º)

§ 4º O Projeto referido no art. 455, § 3º conterá Plano de Trabalho pactuado na CIB e Plano Operativo Anual, este último contendo as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 9º, § 4º)

I - definição das metas físicas das unidades, dos atendimentos e dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, com os respectivos quantitativos e fluxos; (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 9º, § 4º, I)

II - definição das metas de qualidade e dos parâmetros e indicadores de avaliação; e (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 9º, § 4º, II)

III - descrição das atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 9º, § 4º, III)

§ 5º A Coordenação Nacional fará a análise e as readequações técnicas necessárias do Projeto, de acordo com as diretrizes nacionais do Telessaúde Brasil Redes e com a disponibilidade orçamentária. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 9º, § 5º)

§ 6º O relatório anual das atividades deverá demonstrar o alcance das metas estabelecidas no Plano Operativo ou, em caso de não alcance, a justificativa e as medidas de saneamento que foram adotadas. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 9º, § 6º)

§ 7º Para aprovação do Projeto de implantação do Telessaúde Brasil Redes, a Coordenação Nacional contará com a cooperação técnica do Comitê Consultivo, constituído por docentes, pesquisadores, profissionais de saúde e gestores, com reconhecida experiência, nomeados pelo Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 9º, § 7º)

§ 8º As funções dos membros do Comitê Consultivo previsto no art. 455, § 7º não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 9º, § 8º)

Art. 456. Compete ao Núcleo Técnico-Científico de Telessaúde: (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 10)

I - responsabilizar-se pela oferta de Teleconsultoria, Telediagnóstico e Segunda Opinião Formativa. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 10, I)

II - compor e manter equipe de Teleconsultores e corpo clínico de especialistas de referência, compatível com a demanda pelos serviços descritos no art. 456, I; (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 10, II)

III - promover e apoiar a formação de Teleconsultores no âmbito do Telessaúde Brasil Redes; (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 10, III)

IV - atualizar as informações e inserir dados no sistema nacional de informações do Telessaúde Brasil Redes, junto ao Ministério da Saúde, devendo apresentar relatório anual de atividades que comprove o alcance das metas previstas no Plano de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 10, IV)

V - garantir a adequação aos padrões de interoperabilidade propostos pelo Telessaúde Brasil Rede; (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 10, V)

VI - apoiar o desenvolvimento de protocolos que incluam a solicitação prévia de Teleconsultorias sobre procedimentos, para avaliação da necessidade de encaminhamento ou de solicitação para a Central de Regulação Médica das Urgências; (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 10, VI)

VII - monitorar e avaliar o Telessaúde Brasil Redes no seu âmbito de atuação, incluindo a análise do número de solicitações de Teleconsultorias, do tempo de resposta para os usuários do serviço, do número e da pertinência dos encaminhamentos e solicitações de exames complementares, com vistas à ampliação do acesso aos serviços e à melhoria da resolubilidade da atenção à saúde dos usuários do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 10, VII)

VIII - desenvolver ações de tele-educação, com base nas necessidades loco-regionais identificadas e em consonância com as prioridades da política nacional de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 10, VIII)

Art. 457. Compete ao gestor municipal de saúde dos Municípios que integram o Telessaúde Brasil Rede: (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 11)

I - comprometer-se com a implementação, monitoramento e avaliação do Telessaúde Brasil Redes no seu respectivo Município, em articulação com o Comitê Gestor Estadual e com a respectiva instância intermunicipal; e (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 11, I)

II - promover a integração dos profissionais de saúde com as ações do Telessaúde Brasil Redes, de acordo com a carga-horária e conforme a legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 11, II)

Subseção III

Das Disposições Finais

(Origem: PRT MS/GM 2546/2011, CAPÍTULO III)

Art. 458. Fica criado o código 75 - Telessaúde na Tabela de Estabelecimentos do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SNCES) e o tipo tipo de estabelecimento 75 - Telessaúde, com os subtipos Núcleo Técnico-Científico e Unidade de Telessaúde, conforme Tabela 1 do Anexo LXXIII . (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 12)

§ 1º Entende-se por Telessaúde o estabelecimento autônomo que utiliza as tecnologias de informação e comunicação para realizar assistência e educação em saúde através de distâncias geográficas e temporais. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 12, § 1º)

§ 2º Entende-se por Núcleo Científico-Tecnológico a instituição integrante do Telessaúde Brasil Redes que ofereça Teleconsultoria e Segunda Opinião Formativa, com o objetivo de qualificar, ampliar e fortalecer o SUS. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 12, § 2º)

§ 3º Entende-se por Unidade de Telessaúde o estabelecimento autônomo e não vinculado ao Telessaúde Brasil Redes que utiliza as tecnologias de informação e comunicação para realizar serviços de Teleconsultoria e de Apoio ao Diagnóstico através de distâncias geográficas e temporais. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 12, § 3º)

Art. 459. Fica criado o campo "Vinculação dos Núcleos Técnico-Científicos Telessaúde Brasil Redes aos Pontos de Telessaúde" no Módulo Básico do SCNES. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 14)

Parágrafo Único. Os Núcleos de Telessaúde Técnico-Científicos do Telessaúde Brasil Redes deverão informar os respectivos códigos do SCNES dos estabelecimentos de saúde onde estiverem implantados Pontos de Telessaúde. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 14, § 1º)

Art. 460. Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (CGSI/DRAC/SAS/MS) adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS) para o cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 15)

Art. 461. Caberá ao Ministério da Saúde financiar a fase inicial da implementação da etapa de expansão dos novos Núcleos de Telessaúde Técnico-Científicos e oferecer cooperação técnica, reservado o direito de suspender os repasses de recursos e a cooperação diante do não cumprimento do disposto nesta Seção e do não alcance das metas estabelecidas no Plano de Trabalho. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 16)

§ 1º O financiamento previsto no caput deste artigo será regulado por atos específicos do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 16, § 1º)

§ 2º Uma vez implementado no Estado, as três esferas de governo serão responsáveis por garantir a sustentabilidade técnico-financeira do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Art. 16, § 2º)

Subseção IV

Da Comissão Permanente de Telessaúde

Art. 462. Fica instituída, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão Permanente de Telessaúde, com as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 1º)

I - assessoramento de projetos em Telessaúde em andamento no Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 1º, I)

II - elaboração de proposta para estabelecer padrões de intercâmbio de informações, avaliação de qualidade de projetos de Telemedicina e Telessaúde; (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 1º, II)

III - estudo e avaliação de propostas para reembolso de serviços desenvolvidos por instituições universitárias e hospitalares, na área de saúde, por meio do uso de recursos de Telemedicina e Telessaúde; (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 1º, III)

IV - acompanhamento de sistemática para atualização profissional continuada por Telessaúde; (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 1º, IV)

V - formação de base de informação estratégica sobre implementação de Telemedicina e Telessaúde: (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 1º, V)

VI - desenvolvimento de trabalhos cooperados com diversos órgãos governamentais e privados para facilitar a estruturação de Telemedicina e Telessaúde no País; (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 1º, VI)

VII - constituição de Conselho Assessor de Telemedicina e Telessaúde; e (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 1º, VII)

VIII - identificação e formação de grupo de Centros Colaboradores. (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 1º, VIII)

Art. 463. A Comissão terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 2º)

I - 3 (três) representantes do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 2º, I)

II - 2 (dois) representantes do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações; (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 2º, II)

III - 2 (dois) representantes do Ministério da Educação; (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 2º, IV)

IV - 1 (um) representante do Ministério da Defesa; (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 2º, V)

V - 1 (um) representante da Organização Pan-Americana da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 2º, VI)

VI - 1 (um) representante do Conselho Federal de Medicina; (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 2º, VII)

VII - 1 (um) representante da Universidade de São Paulo; (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 2º, VIII)

VIII - 1 (um) representante da Universidade Estadual do Amazonas; (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 2º, IX)

IX - 1 (um) representante da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 2º, X)

X - 1 (um) representante da Universidade Federal de Minas Gerais; (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 2º, XI)

XI - 1 (um) representante da Universidade Federal de Pernambuco; (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 2º, XII)

XII - 1 (um) representante da Universidade Federal de Santa Catarina; (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 2º, XIII)

XIII - 1 (um) representante da Universidade Federal de São Paulo; (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 2º, XIV)

XIV - 1 (um) representante da Universidade Federal do Ceará; (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 2º, XV)

XV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 2º, XVI)

XVI - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 2º, XVII)

XVII - 1 (um) representante do Centro Gestor e Operacional do Sistema de Proteção da Amazônia (CENSIPAM), da Casa Civil, da Presidência da República; (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 2º, XVIII)

XVIII - 1 (um) representante do Conselho Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde (CBTms); e (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 2º, XIX)

XIX - 1 (um) representante da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (Origem: PRT MS/GM 452/2010, Art. 2º, XX)

Subseção V

Da Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes

Art. 464. Fica instituído, no âmbito do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 1º)

Parágrafo Único. O Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica tem como objetivos ampliar a resolutividade da Atenção Básica e promover sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 465. Para os fins desta Subseção, informatizar a Unidade Básica de Saúde (UBS) significa dotá-la de equipamentos de informática e garantir a conectividade e o uso de tecnologias de informação dirigidas: (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 2º)

I - à qualificação das ações e serviços ofertados por este ponto de atenção; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 2º, I)

II - à integração deste ponto de atenção com os demais pontos de atenção integrantes da Rede de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 2º, II)

III - ao desenvolvimento de ações de telessaúde, apoio matricial, formação e educação permanente. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. A informatização prevista no caput deverá assegurar a participação das UBS no Telessaúde Brasil Redes. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 466. O Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica tem como objetivo desenvolver ações de apoio à atenção à saúde e de educação permanente das equipes de atenção básica, visando à educação para o trabalho, na perspectiva da melhoria da qualidade do atendimento, da ampliação do escopo de ações ofertadas por essas equipes, da mudança das práticas de atenção e da organização do processo de trabalho, por meio da oferta de Teleconsultoria, Segunda Opinião Formativa e Telediagnóstico. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 3º)

Art. 467. O Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica será estruturado na forma de uma rede de serviços que prevê a criação de projetos intermunicipais ou de regiões de saúde, geridos de maneira compartilhada, com a possibilidade de participação das Secretarias Estaduais de Saúde, instituições de ensino e serviços de saúde, que garantam o uso da tecnologia como ferramenta de ampliação das ações da atenção básica e de melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde ao cidadão. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 4º)

Parágrafo Único. No caso do Distrito Federal, os projetos apresentados poderão contemplar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE DF e Entorno). (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 468. Será priorizada a articulação com os 12 (doze) Núcleos do Telessaúde Brasil já implantados e os demais em processo de expansão quando da publicação da Portaria nº 2554/GM/MS, de 28 de outubro de 2011, ou que venham a ser implantados depois disso, apoiados nas gestões municipais, estaduais e universidades públicas, para que estes garantam apoio matricial e preparação das equipes dos novos Núcleos, além de outras formas de cooperação que venham a ser pactuadas no âmbito de cada projeto intermunicipal ou de região de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 5º)

Art. 469. O Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica será composto por: (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 6º)

I - Núcleo(s) de Telessaúde Técnico-Científico na Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 6º, I)

II - Pontos do Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 6º, II)

III - unidade de gestão intermunicipal ou de região de saúde do projeto; e (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 6º, III)

IV - coordenação municipal do projeto. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 6º, IV)

Art. 470. O Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico na Atenção Básica deve possuir sede física e ser composto por equipe e equipamentos que garantam a coordenação e execução das ações cotidianas de: (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 7º)

I - Teleconsultoria; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 7º, I)

II - educação permanente; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 7º, II)

III - apoio matricial; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 7º, III)

IV - preparação de pessoal e das equipes para o uso do serviço; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 7º, IV)

V - resolução de problemas relacionados ao uso do serviço; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 7º, V)

VI - monitoramento e avaliação do uso e da qualidade do serviço; e (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 7º, VI)

VII - monitoramento e avaliação do impacto do Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica e seus resultados na atenção à saúde da população. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 7º, VII)

Art. 471. Compete aos Núcleos de Telessaúde Técnico-Científicos na Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 8º)

I - organizar, ofertar e regular a Segunda Opinião Formativa, Teleconsultoria e Telediagnóstico, além de outras ações e serviços ofertados; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 8º, I)

II - estabelecer fluxos, prazos e protocolos, com base na melhor evidência científica disponível, e adscrição de equipes de atenção básica de modo que facilite o uso dos serviços e as solicitações das equipes; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 8º, II)

III - possuir equipe de teleconsultores que garanta, minimamente, a oferta de Teleconsultoria e Segunda Opinião Formativa; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 8º, III)

IV - articular o Telessaúde à regulação da oferta de serviços; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 8º, IV)

V - propiciar a elaboração, de forma compartilhada e pactuada com os pontos de atenção da rede, de fluxograma e protocolos clínicos que incluam a solicitação prévia de Segunda Opinião Formativa e/ou Teleconsultoria antes do encaminhamento ou da solicitação para a central de regulação; e (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 8º, V)

VI - monitorar e avaliar o projeto, incluindo-se a avaliação do número de solicitações de Segunda Opinião Formativa e Teleconsultorias, do tempo de resposta para os usuários, do número e da qualidade dos encaminhamentos e solicitações de exames realizados e da ampliação da resolutividade da atenção básica. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 8º, VI)

Parágrafo Único. Os Núcleos de Telessaúde Técnico-Científicos na Atenção Básica são classificados como: (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 8º, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2859/2014)

I - Estadual: quando a sede do Núcleo está vinculada à gestão Estadual, tendo um conjunto de Municípios integrantes; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 8º, Parágrafo Único, I)

II - Municipal: quando a sede do Núcleo está vinculada à gestão Municipal, tendo abrangência apenas no próprio Município; ou (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 8º, Parágrafo Único, II)

III - Intermunicipal: quando a sede do Núcleo está vinculada à gestão Municipal, tendo um conjunto de Municípios integrantes. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 8º, Parágrafo Único, III)

Art. 472. Os Pontos do Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica serão implementados em UBS equipadas e com pontos conectados e deverão ter seu processo de trabalho definido junto à equipe de atenção básica usuária. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 9º)

Art. 473. A unidade de gestão intermunicipal ou de região de saúde do projeto deverá responder pelo conjunto do projeto e tomar as decisões necessárias à sua operacionalização (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 10)

Art. 474. Compete à unidade de gestão intermunicipal ou de região de saúde do projeto: (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 11)

I - informar sobre o andamento do projeto; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 11, I)

II - gerenciar ações para a formação dos profissionais dos Núcleos de Telessaúde Técnico-Científicos vinculados aos serviços de saúde dos Municípios integrantes do Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 11, II)

III - apoiar todos os Municípios que fazem parte do projeto; e (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 11, III)

IV - garantir condições para a participação de todos os profissionais das equipes de atenção básica nas ações oferecidas pelo Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 11, IV)

Art. 475. A coordenação municipal do projeto será responsável pela gestão do projeto no âmbito de cada Município. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 12)

Art. 476. A Teleconsultoria é ação primordial do Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica e será instituída nos projetos a serem apresentados a partir das disposições do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 13)

Art. 477. Para a execução das ações de que trata esta Subseção, serão priorizadas as Equipes de Saúde da Família (ESF) que já participem de programas de formação, educação permanente e de estímulo ao provimento e fixação de profissionais de saúde desenvolvidos ou financiados pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 14)

Art. 478. Os profissionais ligados ao Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico que realizam Teleconsultoria e Segunda Opinião Formativa a partir dos Pontos do Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica serão, preferencialmente, trabalhadores da própria rede de serviços dos Municípios participantes. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 15)

Parágrafo Único. A preferência por profissionais trabalhadores da rede de serviços do Município participante visa à capacitação progressiva desses profissionais, que já atuam na área, para as funções do Telessaúde Brasil Redes, com vistas à acumulação de inteligência e expertise para sustentabilidade do Programa. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 479. Para implementação do Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão apresentar ao Ministério da Saúde o Projeto de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, respeitada a data-limite definida pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 16)

Parágrafo Único. O projeto de que trata o caput será homologado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e, posteriormente, enviado para o Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 16, § 1º)

Art. 480. O Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS/MS), publicará no endereço eletrônico www.saude.gov.br/dab o manual instrutivo que detalhará os requisitos a serem cumpridos no projeto, tais como conteúdo, cronograma, informações, e definições, incluindo aquelas que versam sobre a distribuição dos recursos financeiros para os Fundos Municipais e/ou Distrital e Estaduais de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 17)

Art. 481. Serão publicados periodicamente, em portaria específica da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), os valores relativos ao repasse de recursos financeiros aos Municípios, por Estado, para os Projetos do Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, no âmbito do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 18)

Art. 482. Compete ao Ministério da Saúde fazer a análise técnica dos Projetos de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, segundo diretrizes e critérios de adequação ao programa, tais como: (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 19)

I - impacto; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 19, I)

II - exequibilidade; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 19, II)

III - conectividade; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 19, III)

IV - sustentabilidade; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 19, IV)

V - custo-efetividade; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 19, V)

VI - abrangência; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 19, VI)

VII - cobertura do projeto; e (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 19, VII)

VIII - disponibilidade financeira. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 19, VIII)

Art. 483. O Ministério da Saúde editará, posteriormente, ato específico que disponha sobre o repasse de recursos para o custeio das atividades para o período posterior ao de que trata o "caput" deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 2525/2013, Art. 2º)

Subseção VI

Dos Núcleos Intermunicipais e Estaduais de Telessaúde do Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica

Art. 484. As equipes da Atenção Básica de que trata esta Subseção incluem: (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 9º)

I - as Equipes de Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 9º, I)

II - as Equipes de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 9º, II)

III - as Equipes de Atenção Domiciliar; (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 9º, III)

IV - os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 9º, IV)

V - as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR); (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 9º, V)

VI - as Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF); (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 9º, VI)

VII - as equipes dos Consultórios na Rua; e (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 9º, VII)

VIII - todas as demais equipes previstas ou que venham a ser previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 9º, VIII)

Art. 485. O porte dos Núcleos de Telessaúde está relacionado à quantidade de equipes da Atenção Básica participantes, observada a seguinte gradação: (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 10)

I - porte I: 80 (oitenta) a 199 (cento e noventa e nove) equipes da Atenção Básica participantes; (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 10, I)

II - porte II: 200 (duzentas) a 399 (trezentas e noventa e nove) equipes da Atenção Básica participantes; (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 10, II)

III - porte III: 400 (quatrocentas) a 599 (quinhentas e noventa e nove) equipes da Atenção Básica participantes; e (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 10, III)

IV - porte IV: a partir de 600 (seiscentas) equipes da Atenção Básica participantes. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 10, IV)

Art. 486. O monitoramento dos Núcleos de Telessaúde por parte do Ministério da Saúde será mensal e a avaliação das informações que embasarão os valores do incentivo financeiro de custeio mensal a serem repassados será trimestral. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 11)

§ 1º Os indicadores dispostos nesta Subseção poderão ser revistos, a qualquer tempo, quando necessária repactuação, com objetivo de atualização e incremento. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 11, § 1º)

§ 2º A constatação, a qualquer tempo, do descumprimento das exigências e condições para o recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal de que trata esta Subseção implicará na suspensão do repasse correspondente, até a regularização da situação do Núcleo de Telessaúde. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 11, § 2º)

§ 3º No caso da ocorrência da hipótese descrita no art. 486, § 2º , não serão devidos os valores do incentivo financeiro de custeio mensal desde a sua suspensão até a regularização da situação. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 11, § 3º)

Art. 487. Será disponibilizado manual instrutivo, no endereço eletrônico do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), disponível no Portal da Saúde em http://dab.saude.gov.br/portaldab/, contendo as orientações sobre os componentes do custeio e a forma de monitoramento dos indicadores previstos nesta Subseção.(Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 12)

Art. 488. Ato específico do Ministro de Estado da Saúde, após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), definirá os valores do incentivo financeiro de custeio mensal de que trata esta Subseção. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 13)

Art. 489. Ato específico do Ministro de Estado da Saúde habilitará os respectivos entes federativos beneficiários ao recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal de que trata esta Subseção. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 14)

Parágrafo Único. Após a publicação do ato específico de que trata o "caput", o incentivo financeiro de custeio mensal será repassado pelo Fundo Nacional de Saúde ao fundo de saúde do ente beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 490. Será permitido mudar o perfil do núcleo de Estadual para Intermunicipal ou vice-versa, desde que encaminhado documento com resolução da CIB solicitando tal alteração ao DAB/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 15)

Parágrafo Único. Após análise e aprovação pelo DAB/SAS/MS do documento de que trata o "caput", será editado ato específico do Ministro de Estado da Saúde para adequar o perfil do Núcleo de Telessaúde do ente federativo previamente habilitado ao pactuado na CIB. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 491. A comprovação da aplicação dos recursos financeiros transferidos por força desta Subseção será apresentada no Relatório Anual de Gestão (RAG), previsto na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e no Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, e assinado pelo respectivo Conselho de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 16)

Art. 492. O Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com fundamento nos relatórios de gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos, nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 17)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300384

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Subseção VII

Do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes para Apoiar a Implantação da Estratégia e-SUS AB

Art. 493. Fica instituído o incentivo financeiro de custeio destinado aos Municípios, Estados e Distrito Federal com núcleos de Telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes para apoio à implantação da estratégia e-SUS AB. (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 1º)

Art. 494. O cálculo do valor do incentivo a ser repassado para cada Município, Estado e Distrito Federal com núcleo de telessaúde considerará a abrangência de implantação (número de equipes de Atenção Básica apoiadas) e o sistema de "software" (Coleta de Dados Simplificado - CDS e o Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC) que será implantado nas Unidades Básicas de Saúde as quais as equipes apoiadas estão vinculadas e que deverão constar no projeto enviado ao DAB/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 3º)

Parágrafo Único. Caberá ao Ministério da Saúde estipular os valores mínimos e máximos do incentivo financeiro previsto nesta Subseção aos quais cada Estado, Distrito Federal e Município, sedes de Núcleo de Telessaúde estarão habilitados ao recebimento, após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 495. Para fins de acompanhamento das atividades dos Núcleos de Telessaúde serão consideradas as atividades desenvolvidas pelos Núcleos de Telessaúde na implantação do CDS e/ou PEC, quais sejam: (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 4º)

I - realizar web conferências sobre a estratégia e-SUS AB no período de vigência do plano de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 4º, I)

II - realizar oficinas de trabalho sobre a estratégia e-SUS AB no período de vigência do plano de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 4º, II)

III - realizar visitas em Unidades Básicas de Saúde para implantação do PEC, no período de vigência do plano de trabalho; e (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 4º, III)

IV - monitorar a evolução do estágio de implantação do e-SUS AB e envio dos dados nos Municípios vinculados ao plano de trabalho. (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 4º, IV)

Parágrafo Único. O monitoramento das informações descritas no art. 4º, ocorrerá periodicamente, através de envio de relatório das atividades pelos Núcleos de Telessaúde ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 496. O incentivo financeiro de custeio de que trata esta Subseção será repassado em (duas) parcelas ao Município sede do Núcleo de Telessaúde para os projetos intermunicipais e ao Estado sede do Núcleo de Telessaúde para os Projetos Estaduais. (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 5º)

§ 1º A primeira parcela corresponderá a 50% (cinquenta por cento) do valor total a ser repassado, após aprovação de Plano de Trabalho encaminhado ao Departamento de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 5º, § 1º)

§ 2º A segunda parcela corresponderá a 50% (cinquenta por cento) do valor total a ser repassado e será liberada quando, no mínimo, 60% dos Municípios identificados nos planos de trabalhos encaminhados pelos núcleos de Telessaúde estiverem com status de implantação intermediário e/ou implantado. (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 5º, § 2º)

§ 3º Os recursos federais referentes ao incentivo financeiro de custeio de que trata esta Subseção poderão ser transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde diretamente aos Fundos de Saúde Estaduais, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 5º, § 3º)

Art. 497. Para acompanhamento do andamento da implantação nas Unidades Básicas de Saúde serão considerados, a partir do relatório de envio de dados ao SISAB, os seguintes estágios de implantação: (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 6º)

I - somente envio de informações de Atividade Coletiva; (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 6º, I)

II - envio de Informações de outras ações; e (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 6º, II)

III - envio de informações de, pelo menos, Cadastro Individual, Atendimento Individual e visita domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 6º, III)

Parágrafo Único. O estágio da implantação nas Unidades Básicas de Saúde será considerado como: (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 6º, Parágrafo Único)

I - não Iniciado - Nenhuma UBS iniciou a implantação; (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 6º, Parágrafo Único, I)

II - incipiente - Ao menos uma UBS iniciou implantação; (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 6º, Parágrafo Único, II)

III - intermediário - 30% e < 60% das UBS em Estágio II ou III; e (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 6º, Parágrafo Único, III)

IV - implantado - 60% das UBS em Estágio II ou III. (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 6º, Parágrafo Único, IV)

Art. 498. Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobra de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 7º)

Art. 499. A comprovação da aplicação dos recursos financeiros transferidos por força desta Subseção será apresentada no Relatório Anual de Gestão (RAG), previsto na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e no Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, e assinado pelo respectivo Conselho de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 8º)

Art. 500. O Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com fundamento nos relatórios de gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos, nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 9º)

Art. 501. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Distrital e Municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo. (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 10)

Art. 502. Nos casos em que for verificado que os recursos financeiros transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde foram executados, total ou parcialmente, em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 11)

Art. 503. Os recursos financeiros para execução do objeto, de que trata esta Subseção, para os Núcleos Municipais e Intermunicipais, são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.8577 - Piso de Atenção Básica Fixo. (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 12)

Art. 504. Os recursos financeiros para execução do objeto, de que trata esta Subseção, para os Núcleos Estaduais, são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Art. 13)

Seção II

Do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Art. 505. Fica instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 1º)

Art. 506. O PMAQ-AB tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente,de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.(Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 2º)

Art. 507. São diretrizes do PMAQ-AB: (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 3º)

I - definir parâmetro de qualidade, considerando-se as diferentes realidades de saúde, de maneira a promover uma maior resolutividade das equipes de saúde da atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 3º, I)

II - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 3º, II)

III - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade; (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 3º, III)

IV - envolver e mobilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 3º, IV)

V - desenvolver cultura de planejamento, negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados; (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 3º, V)

VI - estimular o fortalecimento do modelo de atenção previsto na Política Nacional de Atenção Básica, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 3º, VI)

VII - caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 3º, VII)

Art. 508. O PMAQ-AB é composto por 3 (três) Fases e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 4º)

§ 1º O PMAQ-AB se refere a processos e fases que se sucedem para o desenvolvimento e a melhoria contínua da qualidade da atenção básica. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Cada ciclo do PMAQ-AB ocorrerá a cada 24 (vinte e quatro) meses. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 4º, § 2º)

Art. 509. A Fase 1 do PMAQ-AB é denominada Adesão e Contratualização. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 5º)

§ 1º Na Fase 1, todas as equipes de saúde da atenção básica, incluindo as equipes de saúde bucal e Núcleos de Apoio ao Saúde da Família, independente do modelo pelo qual se organizam, poderão aderir ao PMAQ-AB, desde que se encontrem em conformidade com os princípios da atenção básica e com os critérios a serem definidos no Manual Instrutivo do PMAQ-AB. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O Distrito Federal ou o Município poderá incluir todas ou apenas parte das suas equipes de saúde da atenção básica na adesão ao PMAQ-AB. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 5º, § 2º)

§ 3º Na Fase 1 serão observadas as seguintes etapas: (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 5º, § 3º)

I - formalização da adesão pelo Distrito Federal ou Município,que será feita por intermédio do preenchimento de formulário eletrônico específico a ser indicado pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 5º, § 3º, I)

II - contratualização da equipe de saúde da atenção básica e do gestor do Distrito Federal ou municipal, de acordo com as diretrizes e critérios definidos do Manual Instrutivo do PMAQ-AB; e (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 5º, § 3º, II)

III - informação sobre a adesão do Município ao Conselho Municipal de Saúde e à Comissão Intergestores Regional. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 5º, § 3º, III)

§ 4º Para os fins do disposto no inciso III do § 3º, o Distrito Federal informará a adesão ao respectivo Conselho de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 5º, § 4º)

§ 5º A Fase 1 será realizada pelas equipes que ingressarem no PMAQ-AB pela primeira vez a cada ciclo. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 5º, § 5º)

Art. 510. A Fase 2 do PMAQ-AB é denominada Certificação e será composta por: (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 6º)

I - avaliação externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica, que será coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados; (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 6º, I)

II - avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados na etapa de adesão e contratualização, conforme disposto no art. 509; e (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 6º, II)

III - verificação da realização de momento autoavaliativo pelos profissionais das equipes de atenção básica. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 6º, III)

§ 1º As equipes contratualizadas avaliadas nos termos deste artigo receberão as seguintes classificações de desempenho: (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 6º, § 1º)

I - Ótimo; (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 6º, § 1º, I)

II - Muito Bom; (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 6º, § 1º, II)

III - Bom; (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 6º, § 1º, III)

IV - Regular; e (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 6º, § 1º, IV)

V - Ruim. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 6º, § 1º, V)

§ 2º Caso a equipe contratualizada não alcance um conjunto de padrões mínimos de qualidade considerados essenciais, nos termos do Manual Instrutivo do PMAQ-AB, ela será automaticamente certificada com desempenho ruim. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 6º, § 2º)

§ 3º Para que a equipe seja classificada com o desempenho ótimo, além de obter uma nota mínima, deverá alcançar um conjunto de padrões considerados estratégicos, nos termos do Manual Instrutivo do PMAQ-AB. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 6º, § 3º)

§ 4º O conjunto das classificações de desempenho das equipes contratualizadas comporá o Fator de Desempenho do Distrito Federal e de cada Município. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 6º, § 4º)

Art. 511. A Fase 3 do PMAQ-AB é denominada Recontratualização, que se caracteriza pela pactuação singular do Distrito Federal e dos Municípios com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados na fase 2 do PMAQ-AB. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 7º)

Parágrafo Único. A Fase 3 será realizada pelas equipes que participaram do PMAQ-AB em ciclo anterior. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 512. O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-AB é composto pelos seguintes elementos: (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 8º)

I - autoavaliação, a ser feita pela equipe de saúde da atenção básica a partir de instrumentos ofertados pelo PMAQ-AB ou outros definidos e pactuados pelo Estado, Distrito Federal, Município ou Região de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 8º, I)

II - monitoramento, a ser realizado pelas equipes de saúde da atenção básica, pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo Ministério da Saúde em parceria com as Comissões Intergestores Regionais (CIR), a partir dos indicadores de saúde contratualizados na Fase 1 do PMAQ-AB; (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 8º, II)

III - educação permanente, por meio de ações dos gestores municipais, do Distrito Federal, estaduais e federal, considerando-se as necessidades de educação permanente das equipes; (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 8º, III)

IV - apoio institucional, a partir de estratégia de suporte às equipes de saúde da atenção básica pelos Municípios e à gestão municipal pelas Secretarias de Estado da Saúde e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS); e (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 8º, IV)

V - cooperação horizontal presencial e/ou virtual, que deverá ocorrer entre equipes de atenção básica e entre gestores, com o intuito de permitir a troca de experiências e práticas promotoras de melhoria da qualidade da atenção básica. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 8º, V)

Parágrafo Único. O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento deve ser entendido como transversal a todas as Fases, de maneira a assegurar que as ações de promoção da melhoria da qualidade possam ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo do PMAQ-AB. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 513. O Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) acompanhará o desenvolvimento do PMAQ-AB, com avaliação e definição, inclusive, dos instrumentos utilizados no Programa. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 11)

Parágrafo Único. O Grupo de Trabalho de que trata o "caput" poderá convidar especialistas para discussão e manifestação acerca de elementos do PMAQ-AB. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 11, Parágrafo Único)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300385

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 514. O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS/MS), publicará o Manual Instrutivo do PMAQ-AB, com a metodologia pactuada e outros detalhamentos do Programa. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 12)

Seção III

Do Grupo de Trabalho para Mapeamento, Avaliação e Monitoramento dos Dados Judiciários e Propositura de Atuações Estratégicas em Face da Judicialização no Âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil

Art. 515. Fica instituído Grupo de Trabalho para mapeamento, avaliação e monitoramento dos dados judiciários e propositura de atuações estratégicas em face da judicialização no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, com os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 1º)

I - diagnóstico para reforço das estratégias judiciais que viabilizem a reversão das decisões favoráveis aos médicos cooperados, e mitigação dos efeitos da judicialização inclusive no âmbito das instâncias especiais do Poder Judiciário no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 1º, I)

II - buscar diálogo e interação com o sistema judiciário brasileiro para apresentação dos impactos negativos das citadas demandas aos propósitos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, notadamente a desassistência aos usuários do serviço de Atenção Básica em regiões de extrema vulnerabilidade no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 1º, II)

III - interação com os órgãos de assessoramento jurídico da União e com o Ministério das Relações Exteriores para tratamento conjuntural das demandas; (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 1º, III)

IV - monitoramento e avaliação dos pleitos e do tratamento judiciário das demandas, inclusive para atuação preventiva; (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 1º, IV)

V - apresentar propostas de interlocuções com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), para estratégias de cumprimento das decisões judiciais até que sejam revertidas; e (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 1º, V)

VI - outras medidas que entendam cabíveis. (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 1º, VI)

Art. 516. O Grupo de Trabalho será composto por 6 (seis) membros representantes do Ministério da Saúde, contemplando as seguintes representações, com respectivas suplências em igual quantitativo: (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 2º)

I - Gabinete da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (GAB/SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 2º, I)

II - Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DEPREPS/SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 2º, II)

III - Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CGPLAN/SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 2º, III)

IV - Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 2º, IV)

V - Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde (CONJUR/MS); e (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 2º, V)

VI - Assessoria para Assuntos Internacionais em Saúde, do Gabinete do Ministro (AISA/GM/MS). (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 2º, VI)

§ 1º A coordenação dos trabalhos será exercida pela Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, cabendo ao seu representante a função de secretariar as atividades e manter registro de todas as convocações, pautas e atas. (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Serão convidados a integrar o grupo de trabalho, como membros colaborativos: (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 2º, § 2º)

I - o Ministério das Relações Exteriores; e (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 2º, § 2º, I)

II - a Advocacia-Geral da União, nas representações da Secretaria-Geral de Contencioso e da Procuradoria-Geral da União. (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 2º, § 2º, II)

Art. 517. As atividades desempenhadas no Grupo de Trabalho não serão remuneradas na medida em que são afins às funções ordinárias dos membros, reconhecida a relevância dessa atuação para a Administração Pública Federal. (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 3º)

Art. 518. Pela imprevisibilidade de esgotamento do objeto, o Grupo de Trabalho exercerá suas atividades por prazo indeterminado. (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 4º)

Art. 519. O Grupo de Trabalho poderá expedir relatórios, recomendações, manuais, cartilhas e quaisquer outros produtos, assim como pleitear reuniões para discussão dos temas e encaminhamentos que entenda como essenciais e colaborativos ao cumprimento dos seus objetivos, reportando-se à Secretaria-Executiva. (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 5º)

CAPÍTULO II

DA ATENÇÃO HOSPITALAR

Art. 520. As ações de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH) terão por objetivo detectar, de modo oportuno, as doenças transmissíveis e os agravos de importância nacional ou internacional, bem como a alteração do padrão epidemiológico em regiões estratégicas do país, desenvolvida em estabelecimentos de saúde hospitalares, que atuarão como unidades sentinelas para a Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar de Interesse Nacional (REVEH). (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 5º)

§ 1º A atuação da VEH tomará por base protocolos e procedimentos padronizados, que permitam a identificação oportuna, a notificação imediata, a investigação inicial ou complementar e o registro ou a atualização de informações no SINAN e em outros sistemas oficiais, quando disponíveis. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º A VEH será realizada de modo articulado com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), instituído pela Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013, e demais estruturas ou setores integrantes do sistema hospitalar que visem contribuir para a qualificação do cuidado em saúde ou vigilância das doenças e agravos.(Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 5º, § 2º)

§ 3º Os valores destinados aos hospitais federais integrantes do sistema VEH não serão incorporados ao incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, sendo financiados de forma direta pelo Ministério da Saúde, conforme procedimento que será regulamentado em ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 5º, § 3º)

Art. 521. Para desenvolver as ações de VEH, os entes federativos devem possuir hospitais que tenham sido habilitados como estratégicos para a composição da REVEH. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 6º)

Parágrafo Único. Para compor a REVEH, o estabelecimento de saúde deverá ser credenciado para a instalação, registro e atualização das informações no SINAN junto à Secretaria de Saúde do Distrito Federal ou do Município, devendo-se atender ao SUS na proporção de 1 (um) hospital com 50 (cinquenta) ou mais leitos para cada 1.000.000 (um milhão) de habitantes, ou, no mínimo, 1 (um) hospital por Estado, independentemente do número de habitantes, e que seja: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 6º, Parágrafo Único)

I - hospital geral de referência nacional, regional, estadual, distrital ou municipal; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 6º, Parágrafo Único, I)

II - hospital especializado em doenças transmissíveis de referência nacional, regional, estadual, distrital ou municipal; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 6º, Parágrafo Único, II)

III - hospital participante de estratégia de vigilância sentinela de doenças e agravos de interesse da SVS/MS; ou (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 6º, Parágrafo Único, III)

IV - hospital participante de estratégias gerenciadas por outras Secretarias do Ministério da Saúde ou pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 6º, Parágrafo Único, IV)

Art. 522. Para a execução de ações de VEH, o estabelecimento de saúde deverá atender aos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 7º)

I - designar profissional de saúde de nível superior, preferencialmente com experiência em vigilância epidemiológica, como responsável pelas atividades de vigilância epidemiológica hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 7º, I)

II - promover, em até 24 (vinte e quatro) horas, a notificação compulsória imediata de todos os casos e óbitos por doenças ou agravos identificados, segundo legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 7º, II)

III - realizar investigação complementar dos casos e óbitos hospitalizados já notificados por outros estabelecimentos de saúde, registrando-se a informação no instrumento ou sistema de informação correspondente, quando disponível; e (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 7º, III)

IV - elaborar relatório trimestral com o perfil de morbidade e mortalidade hospitalar das doenças de notificação compulsória, a ser encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde em instrumento padronizado, por meio eletrônico ou impresso. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 7º, IV)

Art. 523. Para a execução de ações de VEH, as Secretarias de Saúde dos Estados deverão atender aos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 8º)

I - designar profissional ou setor de referência para implementar e gerir a estratégia de vigilância epidemiológica hospitalar em seu âmbito de gestão; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 8º, I)

II - consolidar os relatórios encaminhados pelas Secretarias Municipais de Saúde participantes da REVEH de sua área de abrangência, independente da gestão hospitalar, federal, estadual ou municipal, para conhecimento e análise do perfil de morbidade e mortalidade hospitalar, das doenças de notificação compulsória do seu território; e (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 8º, II)

III - encaminhar relatório semestral consolidado à SVS/MS, em instrumento padronizado, por meio eletrônico ou impresso. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 8º, III)

Art. 524. Para a execução de ações de VEH, as Secretarias de Saúde dos Municípios deverão atender aos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 9º)

I - designar profissional ou setor de referência para implementar e gerir a estratégia de vigilância epidemiológica hospitalar em seu âmbito de gestão; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 9º, I)

II - consolidar os relatórios encaminhados pelos estabelecimentos de saúde participantes da REVEH de sua área de abrangência, independentemente da gestão hospitalar federal, estadual ou municipal, para conhecimento e análise do perfil de morbidade e mortalidade hospitalar das doenças de notificação compulsória de seu território; e (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 9º, II)

III - encaminhar relatório trimestral consolidado à Secretaria de Saúde Estadual, em instrumento padronizado, por meio eletrônico ou impresso. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 9º, III)

Art. 525. Compete à Secretaria de Saúde do Distrito Federal as mesmas atribuições das Secretarias de Saúde Municipais descritas no art. 524, ressalvando-se o disposto no art. 524, III. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 10)

Parágrafo Único. A Secretaria de Saúde do Distrito Federal deverá encaminhar semestralmente relatório consolidado à SVS/MS em instrumento padronizado, por meio eletrônico ou impresso. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 526. O ente federativo será desabilitado das ações de VEH, total ou parcialmente, tendo em vista o número de seus estabelecimentos de saúde habilitados como estratégicos para a composição da REVEH, cadastrados no SCNES, quando: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 12)

I - o tempo entre a notificação e a digitação dos registros de notificação compulsória imediata seja superior a 7 (sete) dias em mais de 50% (cinquenta por cento) dos casos ou óbitos identificados pelo componente da REVEH, por três meses consecutivos; ou (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 12, I)

II - deixar de promover a notificação negativa registrada no SINAN por mais de 4 (quatro) semanas epidemiológicas consecutivas, quando da ausência de notificação compulsória. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 12, II)

§ 1º A desabilitação será total quando todos os estabelecimentos de saúde do ente federativo, habilitados como estratégicos para a composição da REVEH e cadastrados no SCNES, enquadrarem-se no disposto no inciso I ou II do "caput". (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 12, § 1º)

§ 2º A desabilitação será parcial quando o enquadramento no disposto no inciso I ou II do "caput" não abranger todos os estabelecimentos de saúde do ente federativo habilitados como estratégicos para a composição da REVEH. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 12, § 2º)

§ 3º A desabilitação parcial será realizada de forma proporcional ao número total de estabelecimentos de saúde do ente federativo habilitados como estratégicos para a composição da REVEH, cadastrados no SCNES e aqueles, dentre estes, que se enquadrarem no disposto no inciso I ou II do "caput". (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 12, § 3º)

Art. 527. A avaliação das ações de VEH será efetuada semestralmente pela SVS/MS por meio do SINAN, a partir do ano seguinte ao da habilitação. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 13)

Seção I

Do Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos Sem Fins Lucrativos

Art. 528. Fica instituído o Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos e o Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 1º)

Art. 529. Ficam estabelecidos os seguintes requisitos mínimos para habilitação de hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos à adesão ao Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos com o Sistema Único de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 2º)

I - possuir registro nos órgãos competentes federais, estaduais ou municipais incumbidos do cadastro de instituições de assistência social beneficente, educacional ou de saúde; (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 2º, a)

II - possuir Certificado de Filantropia emitido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS); (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 2º, b)

III - ter sido submetido à avaliação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) e obtido, no mínimo, 60% de aproveitamento; (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 2º, c)

IV - informar, por meio da Comunicação de Internação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), na sua totalidade, as internações de pacientes não usuários do SUS; (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 2º, d)

V - apresentar percentual de devolução das cartas enviadas pelo Ministério da Saúde (por erro no preenchimento na identificação do paciente), de no máximo 10%, a partir da competência março 2002; (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 2º, e)

VI - não ter denúncias comprovadas de cobranças indevidas ou de mau atendimento a usuários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 2º, f)

Art. 530. Os hospitais habilitados ao INTEGRASUS que, a qualquer tempo, deixarem de cumprir com quaisquer dos requisitos listados no art. 529 sofrerão penalidades de advertência ou de desabilitação mediante avaliação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 3º)

CAPÍTULO III

DO ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Seção I

Das Disposições Gerais

(Origem: PRT MS/GM 825/2016, CAPÍTULO I)

Art. 531. Este Capítulo define a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 1º)

Art. 532. Para efeitos deste Capítulo considera-se: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 2º)

I - Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 2º, I)

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 2º, II)

III - cuidador: pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 2º, III)

Art. 533. O SAD tem como objetivos: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 3º)

I - redução da demanda por atendimento hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 3º, I)

II - redução do período de permanência de usuários internados; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 3º, II)

III - humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 3º, III)

IV - a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 3º, IV)

Art. 534. A AD seguirá as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 4º)

I - ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva da RAS; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 4º, I)

II - estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 4º, II)

III - adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 4º, III)

IV - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es). (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 4º, IV)

Seção II

Da Indicação e Organização da Atenção Domiciliar

(Origem: PRT MS/GM 825/2016, CAPÍTULO II)

Subseção I

Da indicação e das modalidades de Atenção Domiciliar

(Origem: PRT MS/GM 825/2016, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 535. A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, paliação, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 5º)

Art. 536. A AD será organizada em três modalidades: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 6º)

I - Atenção Domiciliar 1 (AD 1); (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 6º, I)

II - Atenção Domiciliar 2 (AD 2); e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 6º, II)

III - Atenção Domiciliar 3 (AD 3). (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 6º, III)

§ 1º A determinação da modalidade está atrelada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 6º, § 1º)

§ 2º A divisão em modalidades é importante para a compreensão do perfil de atendimento prevalente, e, consequentemente, para adequado planejamento e gestão dos recursos humanos, materiais necessários, e fluxos intra e intersetoriais. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 6º, § 2º)

Art. 537. Nas três modalidades de AD, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 7º)

I - trabalhar em equipe multiprofissional integrada à RAS; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 7º, I)

II - identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 7º, II)

III - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 7º, III)

IV - promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 7º, IV)

V - utilizar linguagem acessível, considerando o contexto; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 7º, V)

VI - pactuar fluxos para atestado de óbito, devendo ser preferencialmente emitido por médico da EMAD ou da Equipe de Atenção Básica do respectivo território; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 7º, VI)

VII - articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD, por meio de ações como busca ativa e reuniões periódicas; e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 7º, VII)

VIII - participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 7º, VIII)

Art. 538. Considera-se elegível, na modalidade AD 1, o usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 8º)

§ 1º A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 8º, § 1º)

§ 2º As equipes de atenção básica que executarem as ações na modalidade AD 1 devem ser apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 8º, § 2º)

Art. 539. Considera-se elegível na modalidade AD 2 o usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 9º)

I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 9º, I)

II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 9º, II)

III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 9º, III)

IV - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 9º, IV)

Art. 540. Considera-se elegível, na modalidade AD 3, usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 10)

Art. 541. O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD 2 e AD 3 é de responsabilidade do SAD. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 11)

Parágrafo Único. Fica facultado à EMAD Tipo 2 prestar assistência apenas na modalidade AD 2, caso não possua condições técnicas e operacionais para a execução da modalidade AD 3. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 542. Ao usuário em AD acometido de intercorrências agudas será garantido atendimento, transporte e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 (vinte e quatro) horas/dia, previamente definidas como referência para o usuário. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 12)

Art. 543. A admissão de usuários dependentes funcionalmente, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), será condicionada à presença de cuidador(es) identificado(s). (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 13)

Art. 544. Será inelegível para a AD o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 14)

I - necessidade de monitorização contínua; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 14, I)

II - necessidade de assistência contínua de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 14, II)

III - necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 14, III)

IV - necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 14, IV)

V - necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 14, V)

Art. 545. O descumprimento dos acordos assistenciais entre a equipe multiprofissional e o usuário, familiar(es) ou cuidador(es) poderá acarretar a exclusão do usuário do SAD, ocasião na qual o atendimento do usuário se dará em outro serviço adequado ao seu caso, conforme regulação local. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 15)

Subseção II

Do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

(Origem: PRT MS/GM 825/2016, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 546. As equipes que compõem o SAD são: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 16)

I - Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), que pode ser constituída como: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 16, I)

a) EMAD Tipo 1; ou (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 16, I, a)

b) EMAD Tipo 2; e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 16, I, b)

II - Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 16, II)

§ 1º A EMAD e a EMAP devem ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme as normativas de cadastramento vigentes. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 16, § 1º)

§ 2º A EMAD é pré-requisito para constituição de um SAD, não sendo possível a implantação de uma EMAP sem a existência prévia de uma EMAD. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 16, § 2º)

Art. 547. A EMAD terá a seguinte composição mínima: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 17)

I - EMAD Tipo 1: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 17, I)

a) profissional(is) médico(s) com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 17, I, a)

b) profissional(is) enfermeiro(s) com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 17, I, b)

c) profissional(is) fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho por equipe; e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 17, I, c)

d) profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho por equipe; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 17, I, d)

II - EMAD Tipo 2: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 17, II)

a) profissional médico com CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 17, II, a)

b) profissional enfermeiro com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 17, II, b)

c) profissional fisioterapeuta ou assistente social com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 17, II, c)

d) profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 17, II, d)

Parágrafo Único. Nenhum profissional componente de EMAD poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 17, Parágrafo Único)

Art. 548. A EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações listadas a seguir, cuja soma das CHS de seus componentes será de, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 18)

I - assistente social; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 18, I)

II - fisioterapeuta; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 18, II)

III - fonoaudiólogo; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 18, III)

IV - nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 18, IV)

V - odontólogo; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 18, V)

VI - psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 18, VI)

VII - farmacêutico; ou (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 18, VII)

VIII - terapeuta ocupacional. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 18, VIII)

Parágrafo Único. Nenhum profissional componente da EMAP poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 18, Parágrafo Único)

Subseção III

Do Funcionamento do SAD

(Origem: PRT MS/GM 825/2016, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 549. O SAD será organizado a partir de uma base territorial, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida e se relacionará com os demais serviços de saúde que compõem a RAS, em especial com a atenção básica, atuando como matriciadores dessas equipes, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 19)

§ 1º A EMAD realizará atendimento, no mínimo, 1 (uma) vez por semana a cada usuário. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 19, § 1º)

§ 2º A EMAP será acionada somente a partir da indicação clínica da EMAD, para dar suporte e complementar suas ações. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 19, § 2º)

§ 3º Durante o período em que o usuário estiver sob os cuidados do SAD, a equipe de atenção básica de sua referência deverá compartilhar o cuidado, participando na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) daquele usuário. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 19, § 3º)

§ 4º O SAD deverá articular-se com os outros serviços da RAS, principalmente hospitais, serviços de urgência e Atenção Básica, buscando evitar demanda direta dos usuários. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 19, § 4º)

Art. 550. A admissão do usuário ao SAD exigirá a sua prévia concordância e de seu familiar ou, na inexistência de familiar, de seu cuidador, com assinatura de termo de esclarecimento e responsabilidade. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 20)

Art. 551. Em municípios com porte populacional que permita a implantação de mais de 1 (uma) EMAD, fica facultada a organização do SAD a partir de arranjos diferenciados compostos por EMAD responsável pelo cuidado de pacientes com características específicas, tais como equipes voltadas para o atendimento infantil e neonatal. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 21)

Art. 552. Estima-se, em média, o atendimento de 60 (sessenta) usuários para cada EMAD Tipo 1 e 30 (trinta) usuários para cada EMAD Tipo 2, mensalmente. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 22)

Art. 553. O SAD ofertará, no mínimo, 12 (doze) horas/dia de funcionamento, de modo que o trabalho da EMAD seja no formato de cuidado horizontal (diarista) em dias úteis e nos finais de semana e feriados, de forma a assegurar a continuidade da atenção em saúde, podendo utilizar, nestas ocasiões, o regime de plantão.(Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 23)

Parágrafo Único. A EMAP deverá apoiar a EMAD nos dias úteis e, quando necessário, ter escala especial para finais de semana e feriados. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 23, Parágrafo Único)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300387

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 554. As equipes contarão com infraestrutura especificamente destinada para o seu funcionamento que contemple: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 24)

I - equipamentos; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 24, I)

II - material permanente e de consumo; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 24, II)

III - aparelho telefônico; e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 24, III)

IV - veículo(s) para locomoção das equipes. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 24, IV)

§ 1º Os equipamentos e os materiais citados no "caput", bem como os prontuários dos usuários atendidos pelo SAD serão instalados na estrutura física de unidade de saúde municipal, estadual ou do Distrito Federal, a critério do gestor de saúde local. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 24, § 1º)

§ 2º Não é obrigatório que o SAD possua sede própria, podendo estar sediado em estabelecimento de saúde, conforme regras definidas em normativa específica. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 24, § 2º)

Seção III

Dos Requisitos e Fluxos para Habilitação do SAD

(Origem: PRT MS/GM 825/2016, CAPÍTULO III)

Subseção I

Dos Requisitos para Habilitação

(Origem: PRT MS/GM 825/2016, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 555. São requisitos para habilitação do SAD: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 25)

I - população municipal igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população mais recente estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 25, I)

II - hospital de referência no município ou região a qual integra; e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 25, II)

III - cobertura de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) habilitado e em funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 25, III)

§ 1º A população mínima referida no inciso I do "caput" pode ser atingida por um município, isoladamente, ou por meio de agrupamento de Municípios cuja população seja inferior a 20.000 (vinte mil) habitantes, devendo ocorrer, nesse caso, prévia pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver, na Comissão Intergestores Regional (CIR); (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 25, § 1º)

§ 2º Em municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes será aceito serviço de atendimento móvel de urgência equivalente ao SAMU. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 25, § 2º)

§ 3º Os municípios com proposta de SAD por meio de agrupamento deverão celebrar convênio, pactuar Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP) ou estabelecer outro formato jurídico interfederativo responsável por registrar as atribuições e responsabilidades entre os entes federativos. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 25, § 3º)

§ 4º Os municípios referidos no § 3º deverão aprovar os acordos celebrados entre si na respectiva CIB ou na CIR, se houver, e enviá-los ao Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAHU/SAS/MS), juntamente com o projeto referido na Subseção II da Seção II do Capítulo III do Título IV. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 25, § 4º)

§ 5º No caso de o proponente do SAD ser a Secretaria Estadual de Saúde, o projeto deverá ser pactuado com o gestor municipal de saúde do(s) município(s) em que o SAD atuará, aprovado na CIB, não sendo permitida a duplicidade de proponentes para um mesmo município. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 25, § 5º)

§ 6º No caso do § 5º, o documento com o registro da pactuação deverá ser enviado ao DAHU/SAS/MS juntamente com o projeto referido na Subseção II da Seção III do Capítulo III do Título IV. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 25, § 6º)

Art. 556. Os municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes poderão solicitar habilitação de EMAD Tipo 1. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 26)

Art. 557. Municípios com população inferior a 40.000 (quarenta mil) habitantes poderão solicitar habilitação de EMAD Tipo 2, individualmente, se tiverem população entre 20.000 (vinte mil) e 39.999 (trinta e nove mil e novecentos e noventa e nove) habitantes ou por meio de agrupamento, no caso daqueles com menos de 20.000 (vinte mil) habitantes. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 27)

Art. 558. Municípios com população igual ou maior que 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, poderão solicitar a segunda EMAD e, sucessivamente, 1 (uma) nova EMAD a cada 100.000 (cem mil) novos habitantes. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 28)

Art. 559. Todos os municípios com uma EMAD, tipo 1 ou tipo 2, poderão solicitar 1 (uma) EMAP, sendo possível a implantação de mais 1 (uma) EMAP a cada 3 (três) EMAD a mais implantadas. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 29)

Subseção II

Do Conteúdo e Fluxo do Projeto para Criação ou Ampliação do SAD

(Origem: PRT MS/GM 825/2016, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 560. O gestor de saúde do Município, Estado ou Distrito Federal deverá elaborar projeto para criação ou ampliação do SAD, contemplando os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30)

I - quadro resumo que contenha os seguintes dados: Município, Unidade Federativa, população, nome e contatos (telefone e e-mail) do Coordenador ou Referência Técnica da Atenção Domiciliar, proponente (Município, Estado ou Distrito Federal), número de equipes por tipo, confirmação de SAMU ou serviço equivalente e confirmação de hospital de referência no Município ou região; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, I)

II - objetivos do projeto; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, II)

III - caracterização do(s) ente(s) federativo(s) proponentes, a partir de dados sócio-demográficos, da descrição dos serviços de saúde existentes e perfil epidemiológico, com problematização e justificativas para a implantação da política; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, III)

IV - especificação do número de equipes (EMAD e EMAP) previstas, observados os critérios e os prazos descritos neste Capítulo, incluindo os territórios de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, IV)

V - quadro de profissionais, mencionando as CHS; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, V)

VI - descrição da inserção do SAD na RAS, incluindo serviços de referência, de forma a assegurar fluxos para: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, VI)

a) admissão, alta e intercorrências com a rede básica, de urgências e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, VI, a)

b) encaminhamentos para especialidades e para métodos complementares de diagnóstico tanto para situações eletivas quanto de urgência; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, VI, b)

c) confirmação e expedição de atestado de óbito domiciliar; e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, VI, c)

d) transporte e remoção do usuário, dentro das especificidades locais, tanto em situações eletivas indicadas pelo SAD, quanto de urgência; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, VI, d)

VII - descrição da infraestrutura para o SAD, incluindo-se área física, mobiliário, telefone, equipamentos, veículo(s) para locomoção da(s) EMAD e EMAP; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, VII)

VIII - descrição do funcionamento do SAD, com garantia de cobertura de 12 (doze) horas diárias, inclusive nos finais de semana e feriados; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, VIII)

IX - proposta de educação permanente e capacitação para profissionais do SAD e cuidadores, indicando periodicidade e temáticas; e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, IX)

X - descrição de estratégias de monitoramento e avaliação do SAD, tomando como referência os indicadores propostos no Manual de Monitoramento e Avaliação: Programa Melhor em Casa, disponível no endereço eletrônico do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, X)

§ 1º Para Municípios com menos de 20.000 habitantes agrupados para proposta de SAD, o projeto deve observar requisitos adicionais descritos no Manual Instrutivo do SAD, bem como o documento previsto no art. 555, § 2º . (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, § 1º)

§ 2º O gestor de saúde local enviará o projeto para criação ou ampliação do SAD ao DAHU/SAS/MS, , por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde. (SAIPS). (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, § 2º)

Art. 561. O DAHU/SAS/MS fará a análise do projeto de criação ou ampliação do SAD, considerando-se as diretrizes e critérios previstos neste Capítulo e a disponibilidade orçamentária, bem como providenciará o devido encaminhamento interno com vistas à publicação de ato normativo de habilitação dos entes federativos beneficiários. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 31)

§ 1º Publicada a portaria de habilitação, o gestor local deverá implantar a(s) equipe(s) solicitada(s), promovendo o cadastramento destas no SCNES em até 3 (três) meses, a contar da data de publicação da sua portaria de habilitação, sob pena de perder sua respectiva habilitação. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 31, § 1º)

§ 2º Equipes descadastradas do SCNES por 6 (seis) competências seguidas ou com suspensão de repasse de recursos de custeio por mais de 6 (seis) competências seguidas em função das irregularidades previstas no art. 307 da Portaria de Consolidação nº 6, terão suas habilitações automaticamente revogadas. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 31, § 2º)

Art. 562. O cadastramento das EMAD e EMAP, no SCNES, deverá ser feito em unidades cujas mantenedoras sejam as secretarias de saúde estaduais, do Distrito Federal ou municipais ou, ainda, unidades que façam parte da rede conveniada ao SUS, conforme as regras de cadastramento publicadas em ato específico. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 32)

Art. 563. Os estabelecimentos de saúde credenciados no código 13.01 (Internação Domiciliar) até a data de publicação da Portaria nº 825/GM/MS, de 25 de abril de 2016 permanecerão habilitados e continuarão recebendo os recursos financeiros devidos por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), informadas no SIH-SUS. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 33)

§ 1º Após a publicação da Portaria nº 825/GM/MS, de 25 de abril de 2016, não poderão ser habilitados novos estabelecimentos de saúde no código 13.01. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 33, § 1º)

§ 2º Não será permitido o registro concomitante de usuário em serviço com habilitação 13.01 e em SAD, sendo considerado faturamento duplicado. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 33, § 2º)

Seção IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 825/2016, CAPÍTULO V)

Art. 564. Fica atualizado o quantitativo de habilitações de equipes de EMAD e EMAP, com base nas equipes cadastradas no SCNES na competência definitiva de dezembro de 2015, considerando-se as proporções e os prazos previstos nos arts. 559 e 561 . (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 42)

§ 1º As equipes cadastradas no SCNES até a publicação da Portaria nº 825/GM/MS, de 25 de abril de 2016, previamente habilitadas, serão consideradas vigentes e automaticamente inclusas na relação constante do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 42, § 1º)

§ 2º Desde a competência financeira de janeiro/2016, fica autorizada a transferência do custeio mensal de 1/12 (um doze avos) do valor anual aos entes beneficiários, conforme detalhado no Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 42, § 2º)

§ 3º Novas habilitações ocorrerão por meio de portarias com esta finalidade, observando-se o disposto neste Capítulo e as disponibilidades orçamentárias e financeiras de cada exercício. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 42, § 3º)

CAPÍTULO IV

DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Seção I

Do Grupo Executivo para o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

Art. 565. Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, Grupo Executivo para o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. (Origem: PRT MS/GM 1274/2008, Art. 1º)

Art. 566. O Grupo Executivo terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1274/2008, Art. 2º)

I - dois representantes da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos: (Origem: PRT MS/GM 1274/2008, Art. 2º, I)

a) Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1274/2008, Art. 2º, I, a)

b) Departamento de Economia em Saúde (DES/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1274/2008, Art. 2º, I, b)

II - um representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1274/2008, Art. 2º, II)

III - um representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), do Núcleo de Gestão em Biodiversidade e Saúde/Centro de Produtos Naturais/Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos); e (Origem: PRT MS/GM 1274/2008, Art. 2º, III)

IV - um representante do Grupo Hospitalar Conceição (GHC/MS), do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Plantas Medicinais e Fitoterapia. (Origem: PRT MS/GM 1274/2008, Art. 2º, IV)

Art. 567. O Grupo Executivo deverá apoiar o Ministério da Saúde na coordenação do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). (Origem: PRT MS/GM 1274/2008, Art. 3º)

Art. 568. O Grupo Executivo será assessorado por uma Secretaria-Executiva, que ficará encarregada de organizar, acompanhar e encaminhar as deliberações do Grupo Executivo. (Origem: PRT MS/GM 1274/2008, Art. 4º)

Art. 569. O Grupo Executivo poderá convidar outros representantes do Ministério da Saúde, e de entidades vinculadas ao setor público e privado que atuem profissionalmente em atividades relacionadas ao tema desta Seção, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 1274/2008, Art. 5º)

Seção II

Da Farmácia Viva

Art. 570. Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sob gestão estadual, municipal ou do Distrito Federal, a Farmácia Viva. (Origem: PRT MS/GM 886/2010, Art. 1º)

§ 1º A Farmácia viva, no contexto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, deverá realizar todas as etapas, desde o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos. (Origem: PRT MS/GM 886/2010, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Fica vedada a comercialização de plantas medicinais e fitoterápicos elaborados a partir das etapas mencionadas no parágrafo primeiro. (Origem: PRT MS/GM 886/2010, Art. 1º, § 2º)

Art. 571. A Farmácia Viva fica sujeita ao disposto em regulamentação sanitária e ambiental específicas, a serem emanadas pelos órgãos regulamentadores afins. (Origem: PRT MS/GM 886/2010, Art. 2º)

Seção III

Do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB)

Art. 572. O Anexo LXXVII dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB).

Art. 573. O Anexo LXXVIII dispõe sobre as Normas Operacionais do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB).

Seção IV

Do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS)

Art. 574. Esta Seção institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). (Origem: PRT MS/GM 1214/2012, Art. 1º)

Art. 575. O QUALIFAR-SUS tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, integral, segura responsável e humanizada. (Origem: PRT MS/GM 1214/2012, Art. 2º)

Art. 576. São diretrizes do QUALIFAR-SUS: (Origem: PRT MS/GM 1214/2012, Art. 3º)

I - promover condições favoráveis para a estruturação dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS) como estratégia de qualificação do acesso aos medicamentos e da gestão do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 1214/2012, Art. 3º, I)

II - contribuir para garantia e ampliação do acesso da população a medicamentos eficazes, seguros, de qualidade e o seu uso racional, visando à integralidade do cuidado, resolutividade e o monitoramento dos resultados terapêuticos desejados; (Origem: PRT MS/GM 1214/2012, Art. 3º, II)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300388

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

III - estimular a elaboração de normas, procedimentos, recomendações e outros documentos que possam orientar e sistematizar as ações e os serviços farmacêuticos, com foco na integralidade, na promoção, proteção e recuperação da saúde; (Origem: PRT MS/GM 1214/2012, Art. 3º, III)

IV - promover a educação permanente e fortalecer a capacitação para os profissionais de saúde em todos os âmbitos da atenção, visando ao desenvolvimento das ações da Assistência Farmacêutica no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1214/2012, Art. 3º, IV)

V - favorecer o processo contínuo e progressivo de obtenção de dados, que possibilitem acompanhar, avaliar e monitorar a gestão da Assistência farmacêutica, o planejamento, programação, controle, a disseminação das informações e a construção e acompanhamento de indicadores da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1214/2012, Art. 3º, V)

Art. 577. O QUALIFAR-SUS está organizado em 4 (quatro) eixos, com os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 1214/2012, Art. 4º)

I - Eixo Estrutura: contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na Assistência Farmacêutica, considerando a área física, os equipamentos, mobiliários e recursos humanos; (Origem: PRT MS/GM 1214/2012, Art. 4º, I)

II - Eixo Educação: promover a educação permanente e capacitação dos profissionais de saúde para qualificação das ações da Assistência Farmacêutica voltadas ao aprimoramento das práticas profissionais no contexto das Redes de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1214/2012, Art. 4º, II)

III - Eixo Informação: produzir documentos técnicos e disponibilizar informações que possibilitem o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços da Assistência Farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 1214/2012, Art. 4º, III)

IV - Eixo Cuidado: inserir a Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas visando a resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia. (Origem: PRT MS/GM 1214/2012, Art. 4º, IV)

Art. 578. A operacionalização dos eixos do QUALIFAR-SUS de que trata esta Seção será regulada em atos específicos, mediante pactuação prévia no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 1214/2012, Art. 5º)

CAPÍTULO V

CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEOS) E LABORATÓRIOS REGIONAIS DE PRÓTESES DENTÁRIAS (LRPDS)

Seção I

Disposições Gerais

Art. 579. Ficam instituídos os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs), e estabelecidos os critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 1º)

§ 1º Os CEOs são estabelecimentos de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como Tipo Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade, com serviço especializado de Odontologia para realizar, no mínimo, as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 1º, § 1º)

I - diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 1º, § 1º, I)

II - periodontia especializada; (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 1º, § 1º, II)

III - cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 1º, § 1º, III)

IV - endodontia; e (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 1º, § 1º, IV)

V - atendimento a portadores de necessidades especiais. (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 1º, § 1º, V)

§ 2º O LRPD é o estabelecimento cadastrado no CNES como Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) para realizar, no mínimo, o serviço de prótese dentária total e/ou prótese parcial removível. (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 1º, § 2º)

§ 3º O cadastramento nas modalidades estabelecidas nesta Seção, CEO Tipo 1, CEO Tipo 2, CEO Tipo 3 e LRPD e a verificação das informações das Unidades de Saúde serão efetuados pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), por meio de serviço e classificação específicos, sem o prejuízo de outras formas. (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 1º, § 3º)

§ 4º Unidades de Saúde que disponham das condições estabelecidas nesta Seção poderão credenciar-se conforme o estabelecido no § 3º e de acordo com o fluxo definido no art. 585. (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 1º, § 4º)

Art. 580. A Unidade de Saúde a ser habilitada nas modalidades de CEO e/ou de LRPD atenderá às seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 2º)

I - ser referência para o próprio município, região ou microrregião de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR); (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 2º, I)

II - ser Unidade de Saúde cadastrada no CNES; e (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 2º, II)

III - dispor dos equipamentos e dos recursos mínimos exigidos nesta Seção que estejam exclusivamente a serviço do SUS e dos serviços mínimos exigidos nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 2º, III)

Art. 581. Ficam definidas, na forma do Anexo XIV , as características das modalidades de CEO estabelecidas no art. 579. (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 3º)

Art. 582. O não atendimento às condições e características definidas nesta Seção pelos municípios pleiteantes, bem como pelas Unidades de Saúde, a qualquer tempo, implicará o descredenciamento da Unidade de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 5º)

Parágrafo Único. Caberá às CIBs e/ou ao Ministério da Saúde encaminhar a solicitação ao DAB/SAS/MS, para posterior publicação. (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 583. Em relação aos tipos de prestadores fica estabelecido que: (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 6º)

I - somente as Unidades de Saúde de natureza jurídica pública, universidades de qualquer natureza jurídica, consórcios públicos de saúde de qualquer natureza jurídica e serviços sociais autônomos poderão credenciar-se como CEO; e (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 6º, I)

II - não haverá restrição quanto à natureza jurídica para as Unidades de Saúde credenciarem-se como LRPD. (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 6º, II)

Art. 584. Os gestores deverão providenciar a adequação visual da Unidade de Saúde à qual está sendo pleiteado o credenciamento, para os itens considerados obrigatórios, do Manual de Inserção de Logotipo disponibilizado pelo Ministério da Saúde em seu endereço eletrônico. (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 7º)

Art. 585. Ficam definidas as condições gerais e o fluxo de credenciamento para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs). (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 4º)

§ 1º O gestor poderá credenciar como CEO e LRPD quantos estabelecimentos forem necessários para atendimento à demanda da população da região/microrregião de saúde, limitado à disponibilidade financeira do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O gestor também poderá credenciar CEO e LRPD com recursos próprios. (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 4º, § 2º)

§ 3º O gestor municipal e o estadual interessados em implantar CEO ou em credenciar algum estabelecimento de saúde deverá apresentar sua proposta à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do respectivo Estado, indicando se o pleito é para CEO Tipo 1, CEO Tipo 2 ou CEO Tipo 3. (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 4º, § 3º)

§ 4º A partir da proposta do pleiteante, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) informará o Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área de Saúde Bucal (DAB/SAS/MS) - sobre o(s) Município(s) e o(s) estabelecimento(s) de saúde aprovado(s). (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 4º, § 4º)

§ 5º A proposta de que trata o § 4º deste artigo deverá contemplar minimamente os seguintes elementos: (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 4º, § 5º)

I - identificação do Município ou do Estado pleiteante e do estabelecimento de saúde, com cópia do registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 4º, § 5º, a)

II - descrição dos serviços que serão ofertados; (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 4º, § 5º, b)

III - demonstração da coerência com o Plano Diretor de Regionalização; (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 4º, § 5º, c)

IV - identificação da área de abrangência do CEO, indicando para qual município, região ou microrregião é referência, mencionando, inclusive, a população coberta; e (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 4º, § 5º, d)

V - emissão de documento, pelos gestores, atestando que atendem aos requisitos estabelecidos na Seção I do Capítulo V do Título IV, com prazo de 30 (trinta) dias, a contar do credenciamento do CEO, para providenciar a atualização, caso necessário, dos sistemas de informação relacionados. (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 4º, § 5º, e)

§ 6º Deverá ser adotado como critério de seleção o maior percentual de cobertura das Equipes de Saúde Bucal do Programa Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 4º, § 6º)

§ 7º Caberá às respectivas CIB encaminhar solicitação de habilitação dos CEO, conforme o fluxo estabelecido no parágrafo 4º deste artigo e à Secretaria de Atenção à Saúde a formalização em portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 4º, § 7º)

§ 8º O LRPD é o estabelecimento cadastrado no CNES com o tipo de estabelecimento 39 - Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) e subtipo de estabelecimento 39.03 para realizar, no mínimo, um dos procedimentos definidos na Seção V do Capítulo I do Título III da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 4º, § 8º)

I - os Municípios com qualquer base populacional poderão cadastrar o(s) LRPD; e (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 4º, § 8º, a)

II - não há restrição quanto à natureza jurídica para os estabelecimentos a serem cadastrados por esses Municípios como LRPD. (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 4º, § 8º, b)

§ 9º O gestor municipal ou estadual, interessado em credenciar/contratar um ou mais LRPD, encaminhará a proposta por intermédio de ofício à Área Técnica de Saúde Bucal - Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 4º, § 9º)

§ 10. A proposta que trata da implantação dos LRPD deverá contemplar, minimamente, os seguintes elementos: (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 4º, § 10)

I - identificação do Município ou do Estado pleiteante e do Estabelecimento de Saúde, com cópia do CNES; (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 4º, § 10, a)

II - identificação da área de abrangência do serviço que irá ser ofertado, indicando qual Município, região ou microrregião é referência, mencionando, inclusive, a população coberta; (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 4º, § 10, b)

III - descrição dos procedimentos que serão ofertados; e (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 4º, § 10, c)

IV - emissão de documento, pelo gestor, informando a capacidade de produção, por mês, do estabelecimento a ser credenciado/contratado. (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 4º, § 10, d)

§ 11. O Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS) realizará avaliação trimestral da produção total realizada pelo Município, com base nos dados extraídos dos sistemas de informação e de disseminação de dados, referentes aos procedimentos definidos no art. 196 da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 4º, § 11)

§ 12. A verificação e a análise das informações dos procedimentos realizados nos LRPD será por meio do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Art. 4º, § 12)

Seção II

Do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO)

Art. 586. Esta Seção dispõe sobre o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 1º)

Art. 587. O PMAQ-CEO tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos CEO, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção especializada em saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 2º)

Art. 588. Constituem-se diretrizes do PMAQ-CEO: (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 3º)

I - definir parâmetros de qualidade dos CEO, considerando as diferentes realidades de saúde, de maneira a promover uma maior resolutividade dos serviços especializados em saúde bucal; (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 3º, I)

II - fortalecer o processo de referência e contra referência de saúde bucal; (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 3º, II)

III - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelos CEO; (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 3º, III)

IV - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade; (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 3º, IV)

V - envolver e mobilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes dos CEO e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção especializada em saúde bucal; (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 3º, V)

VI - desenvolver cultura de planejamento, negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados; (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 3º, VI)

VII - estimular a efetiva mudança do modelo de atenção em saúde bucal, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 3º, VII)

VIII - caráter voluntário para a adesão tanto pelos profissionais do CEO quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 3º, VIII)

Art. 589. O PMAQ-CEO será composto por 3 (três) fases e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 4º)

§ 1º O PMAQ-CEO se refere a processos e fases que se sucedem para o desenvolvimento e a melhoria contínua da qualidade da atenção especializada em saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Cada ciclo do PMAQ-CEO ocorrerá a cada 24 (vinte e quatro) meses. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 4º, § 2º)

Art. 590. A Fase 1 do PMAQ-CEO é denominada Adesão e Contratualização. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 5º)

§ 1º Na Fase 1, todos os CEO habilitados pelo Ministério da Saúde através de portaria específica, independente do Tipo, I, II ou III, poderão aderir ao PMAQ-CEO desde que se encontrem em conformidade com os critérios a serem definidos no Manual Instrutivo do PMAQ-CEO. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O estado, o município ou o Distrito Federal poderá incluir no Programa um ou mais CEO sob sua gestão. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 5º, § 2º)

§ 3º Nesta Fase 1 serão observadas as seguintes etapas: (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 5º, § 3º)

I - formalização da adesão pelo estado, município ou Distrito Federal, por intermédio do preenchimento de formulário eletrônico específico a ser indicado pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 5º, § 3º, I)

II - contratualização da equipe do CEO e do gestor Estadual, Municipal ou do Distrito Federal, de acordo com as diretrizes e critérios definidos do Manual Instrutivo do PMAQ-CEO; e (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 5º, § 3º, II)

III - informação sobre a adesão do município deve ser encaminhada ao Conselho Municipal de Saúde, à CIR e à CIB. No caso do estado, a Comissão Intergestores Bipartite e o Distrito Federal deve encaminhar informação sobre a adesão ao respectivo Conselho de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 5º, § 3º, III)

§ 4º A Fase 1 será realizada pelos CEO que ingressarem no PMAQ-CEO pela primeira vez a cada ciclo. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 591. A Fase 2 do PMAQ-CEO é denominada Certificação e será composta por: (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 6º)

I - avaliação externa de desempenho dos CEO e da gestão da atenção especializada em saúde bucal, que será coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados e pesquisa de satisfação do usuário;(Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 6º, I)

II - avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados na etapa de adesão e contratualização, conforme disposto no art. 590; e (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 6º, II)

III - verificação da realização de momento autoavaliativo pelos profissionais dos CEO. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 6º, III)

§ 1º Os CEOs contratualizados avaliados nos termos deste artigo receberão as seguintes classificações de desempenho: (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 6º, § 1º)

I - ótimo; (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 6º, § 1º, I)

II - muito bom; (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 6º, § 1º, II)

III - bom; (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 6º, § 1º, III)

IV - regular; e (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 6º, § 1º, IV)

V - ruim. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 6º, § 1º, V)

§ 2º Caso o CEO contratualizado não alcance um conjunto de padrões mínimos de qualidade considerados essenciais, nos termos do Manual Instrutivo do PMAQ-CEO, ele será automaticamente certificado com desempenho ruim. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 6º, § 2º)

§ 3º Para que o CEO seja classificada com o desempenho ótimo, além de obter uma nota mínima, deverá alcançar um conjunto de padrões considerados estratégicos, nos termos do Manual Instrutivo do PMAQ-CEO. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 6º, § 3º)

§ 4º O conjunto das classificações de desempenho dos CEOs contratualizados comporá o Fator de Desempenho do Distrito Federal, do estado e de cada município. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 6º, § 4º)

Art. 592. A Fase 3 do PMAQ-CEO é denominada Recontratualização, que se caracteriza pela pactuação singular dos estados, municípios e do Distrito Federal com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados nas Fases 2 do PMAQ-CEO. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 7º)

Parágrafo Único. A Fase 3 será realizada pelos CEO que participaram do PMAQ-CEO em ciclo anterior. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 593. O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-CEO é composto pelos seguintes elementos: (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 8º)

I - autoavaliação, a ser feita pela equipe do CEO a partir de instrumentos ofertados pelo PMAQ-CEO ou outros definidos e pactuados pelo município, Distrito Federal, estado ou Região de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 8º, I)

II - monitoramento, a ser realizado pela equipe do CEO, pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo Ministério da Saúde em parceria com as CIR, a partir dos indicadores de saúde contratualizados na Fase 1 do PMAQ-CEO; (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 8º, II)

III - educação permanente, por meio de ações dos gestores municipais, do Distrito Federal, estaduais e federal, considerando-se as necessidades de educação permanente das equipes dos CEO; (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 8º, III)

IV - apoio institucional, a partir de estratégia de suporte aos CEO pelos gestores municipais e à gestão municipal pelas Secretarias de Estado da Saúde (SES), Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), CIR, CIB e Ministério da Saúde (MS); e (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 8º, IV)

V - cooperação horizontal (presencial e/ou virtual), que deverá ocorrer entre equipes do CEO e entre gestores, com o intuito de permitir a troca de experiências e práticas promotoras de melhoria da qualidade da atenção especializada em saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 8º, V)

Parágrafo Único. O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento deve ser entendido como transversal em todas as Fases, de maneira a assegurar que as ações de promoção da melhoria da qualidade possam ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo do PMAQ-CEO. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 594. O Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde da CIT acompanhará o desenvolvimento do PMAQ-CEO, com avaliação e definição, inclusive, dos instrumentos utilizados no Programa. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 11)

Parágrafo Único. O Grupo de Trabalho de que trata o "caput" poderá convidar especialistas para discussão e manifestação acerca de elementos do PMAQ-CEO. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 595. O Ministério da Saúde, por meio do DAB/SAS/MS, publicará o Manual Instrutivo do PMAQ-CEO, com a metodologia pactuada e outros detalhamentos do Programa. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 12)

CAPÍTULO VI

DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

Art. 596. Fica instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 1º)

Parágrafo Único. O Programa objeto deste Artigo será executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 597. São princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 2º)

I - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 2º, a)

II - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecida no Anexo LXXXI ; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 2º, b)

III - toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 2º, c)

IV - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo LXXXII ; . (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 2º, d)

V - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 2º, e)

VI - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima. (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 2º, f)

Art. 598. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento será constituído pelos seguintes componentes, regulamentados em ato próprio do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 3º)

I - Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 3º, a)

II - Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 3º, b)

III - Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto. (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 3º, c)

§ 1º O Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal, tem o objetivo de estimular os estados e municípios, de acordo com os princípios e critérios estabelecidos, a realizarem o acompanhamento pré-natal completo e o cadastramento das gestantes; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal terá dois componentes; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 3º, § 2º)

I - criação de condições técnicas, financeiras e operacionais que permitam o desenvolvimento de mecanismos destinados à organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal por meio do estabelecimento de protocolos de regulação, da estruturação de Centrais de Regulação e estruturação de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares, e (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 3º, § 2º, a)

II - financiamento do incremento da qualidade assistencial e da capacidade instalada obstétrica e neonatal de hospitais públicos e filantrópicos integrantes do Sistema Único de Saúde que prestem este tipo de assistência e que cumpram os requisitos e critérios de elegibilidade estabelecidos. (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 3º, § 2º, b)

§ 3º O Componente III-A nova sistemática de pagamento da assistência ao parto, tem a finalidade de melhorar as condições do custeio desta assistência nos hospitais cadastrados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde SIH/SUS e terá dois componentes: (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 3º, § 3º)

I - alteração do valor e forma de remuneração da assistência ao parto, e (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 3º, § 3º, a)

II - pagamento de um adicional sobre o valor de que trata a alínea "a" para aqueles hospitais que prestarem assistência ao parto a gestantes cadastradas no Programa de Incentivo à Assistência Pré-natal e que tenham o acompanhamento pré-natal completo. (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 3º, § 3º, b)

Art. 599. Ficam estabelecidas, para cada nível de gestão do Sistema Único de Saúde, as seguintes competências/atribuições na implementação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º)

§ 1º São competências/atribuições do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º, § 1º)

I - articular com estados, municípios e Distrito Federal a implantação do Programa e estabelecer mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º, § 1º, a)

II - assessorar os estados, municípios e o Distrito Federal na elaboração de seus respectivos Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, na estruturação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º, § 1º, b)

III - estabelecer normas técnicas e critérios de elegibilidade para inclusão no Programa; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º, § 1º, c)

IV - alocar recursos destinados ao co-financiamento dos componentes integrantes do Programa. (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º, § 1º, d)

§ 2º São competências/atribuições das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º, § 2º)

I - elaborar, em articulação com as respectivas Secretarias Municipais de Saúde e como condição indispensável à implantação do Programa Nacional,os Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, organizando seus sistemas estaduais/regionais de assistência obstétrica e neonatal que contemplem ações voltadas para a atenção básica, o apoio laboratorial, a atenção ambulatorial especializada e a assistência hospitalar obstétrica e neonatal, explicitando as unidades de referência para o diagnóstico, a atenção ambulatorial à gestação de alto risco e a assistência ao parto de baixo e alto risco; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º, § 2º, a)

II - coordenar e executar, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde, a programação física e financeira da assistência obstétrica e neonatal; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º, § 2º, b)

III - estruturar e garantir o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º, § 2º, c)

IV - assessorar os municípios na estruturação de suas respectivas Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento; . (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º, § 2º, d)

V - assessorar os municípios no processo de implementação do Programa e seus respectivos componentes e no desenvolvimento de mecanismos destinados a seu controle, avaliação e acompanhamento; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º, § 2º, e)

VI - alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º, § 2º, f)

VII - monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, no âmbito estadual; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º, § 2º, g)

VIII - manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade SIM, SINASC, SIPAC. (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º, § 2º, h)

§ 3º São competências/atribuições das Secretarias Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º, § 3º)

I - participar da elaboração do Programa Estadual de Humanização no Pré-natal e Nascimento; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º, § 3º, a)

II - estruturar e garantir o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal, naqueles municípios que cumpram os critérios de elegibilidade estabelecidos; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º, § 3º, b)

III - estruturar e garantir o funcionamento do sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar, naqueles municípios que cumpram os critérios de elegibilidade estabelecidos; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º, § 3º, c)

IV - garantir o atendimento pré-natal e do puerpério em seu próprio território e realizar o cadastro de suas gestantes; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º, § 3º, d)

V - identificar laboratórios e garantir a realização dos exames básicos e o acesso aos exames de seguimento do pré-natal, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º, § 3º, e)

VI - estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º, § 3º, f)

VII - alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º, § 3º, g)

VIII - monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados mediante o acompanhamento de indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, no âmbito municipal; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º, § 3º, h)

IX - manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade SIM, SINASC, SIPAC. (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 5º, § 3º, i)

Seção I

Do Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do SUS

Art. 600. Fica instituído o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 1º)

Parágrafo Único. O Componente objeto deste artigo tem o objetivo de estimular os estados e municípios a incrementar a qualidade do acompanhamento pré-natal, promovendo o cadastramento de suas gestantes, organizando seus sistemas assistenciais, municipais e estaduais, garantindo a realização do acompanhamento pré-natal completo e a articulação deste com a assistência ao parto e puerpério. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 601. A adesão ao Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal será condicionada ao cumprimento, pelos municípios pleiteantes, dos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 4º)

I - dispor de sistema de assistência pré-natal, ao parto; puerpério e neonatal devidamente organizado, com definição de unidades de referência para o diagnóstico, assistência ambulatorial e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 4º, I)

II - dispor de rede ambulatorial para realização do pré-natal e consulta no puerpério; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 4º, II)

III - dispor de laboratórios vinculados à sua rede para realização dos exames básicos ou garantir acesso; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 4º, III)

IV - dispor de Unidade(s) de Referência para o Atendimento Ambulatorial e Hospitalar à Gestante de Alto Risco ou garantir acesso; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 4º, IV)

V - estabelecer mecanismos de vinculação pré-natal/parto; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 4º, V)

VI - estabelecer mecanismos de cadastramento no pré-natal das gestantes até o 4° mês da gestação e garantir, de acordo com os princípios gerais e condições para o acompanhamento pré-natal estabelecidos no Anexo LXXXI , a realização dos seguintes procedimentos: (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 4º, VI)

a) realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4° mês da gestação; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 4º, VI, a)

b) Realizar, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 4º, VI, b)

c) Realizar 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 4º, VI, c)

VII - realizar os seguintes exames laboratoriais: (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 4º, VII)

a) ABO-Rh, na primeira consulta; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 4º, VII, a)

b) VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 4º, VII, b)

c) urina - rotina, (elementos anormais e sedimentos) - um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 4º, VII, c)

d) glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 4º, VII, d)

e) HB/Ht, na primeira consulta. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 4º, VII, e)

VIII - oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 4º, VIII)

IX - aplicação de vacina antitetânica dose imunizante (segunda do esquema recomendado) ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 4º, IX)

X - realização de atividades educativas; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 4º, X)

XI - classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 4º, XI)

XII - garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 4º, XII)

Art. 602. Para ser incluído no Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal, o município pleiteante deverá apresentar o TERMO DE ADESÃO, e integraremos Planos Regionais para a Assistência à Gestação, ao Parto e ao Recém-Nascido, a serem articulados pela respectiva Secretaria Estadual de Saúde/SES, a seguir encaminhando-os à Secretaria de Políticas de Saúde, para fins de publicação. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 5º)

Art. 603. O Incentivo à Assistência Pré-natal a ser pago pelo Ministério da Saúde aos municípios que aderirem ao Componente será operacionalizado da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º)

§ 1º O município cadastrará as gestantes na 1ª consulta de pré-natal (até o 4° mês de gravidez), através da Ficha de Cadastramento da Gestante-do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal, constante do Anexo LXXXIII ; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 1º)

§ 2º A Ficha de Cadastramento da Gestante deverá alimentar o SISPRENATAL, programa a ser disponibilizado pelo DATASUS; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 2º)

§ 3º A Ficha de Cadastramento da Gestante conterá os seguintes dados de alimentação obrigatória: (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 3º)

I - dados de cadastramento: (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 3º, I)

a) nome da unidade de saúde; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 3º, I, a)

b) código da unidade no SIA; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 3º, I, b)

c) nome do município; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 3º, I, c)

d) código do município no IBGE; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 3º, I, d)

e) sigla da UF; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 3º, I, e)

f) código da UF no IBGE. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 3º, I, f)

II - identificação da gestante: (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 3º, II)

a) número da gestante no SISPRENATAL; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 3º, II, a)

b) gestante acompanhada pelo PSF e código da área e da microárea; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 3º, II, b)

c) nome da Gestante; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 3º, II, c)

d) data do nascimento da gestante - dia/mês/ano; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 3º, II, d)

e) nome da mãe da gestante; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 3º, II, e)

f) endereço residencial; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 3º, II, f)

g) número do cartão SUS; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 3º, II, g)

h) Número do CPF; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 3º, II, h)

i) Certidão de Nascimento ou Casamento; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 3º, II, i)

j) Identidade; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 3º, II, j)

k) carteira de trabalho. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 3º, II, k)

III - dados assistenciais: (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 3º, III)

a) data da 1ª consulta pré-natal; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 3º, III, a)

b) data da última menstruação; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 3º, III, b)

c) responsável pela primeira consulta pré-natal. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 3º, III, c)

§ 4º A Ficha de Cadastramento da Gestante referente ao Componente I - Incentivo à Assistência Pré-Natal, será emitida em 02 (duas) vias, devendo 01 (uma) via ser arquivada no prontuário da gestante na unidade onde a mesma realizou a primeira consulta pré-natal ou consulta de cadastramento, e a segunda deve ser encaminhada para digitação das informações no SISPRENATAL, para possibilitar o recebimento do valor do incentivo. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 4º)

§ 5º Após a alimentação do SISPRENATAL com a Ficha de Cadastramento da Gestante, o próprio sistema gerará automaticamente um BPA magnético específico, para importação no SIA/SUS, com o código de procedimento 07.071.02.7 - ADESÃO AO COMPONENTE I - INCENTIVO A ASSISTÊNCIA PRÉ NATAL, que passa a integrar a Tabela do SIA-SUS no Subgrupo 07.070.00.4 - Procedimento de Assistência Pré-Natal. É considerado executado quando realizado o preenchimento e a alimentação do SISPRENATAL com todos os campos da Ficha de Cadastramento da Gestante - Componente I - Incentivo à Assistência Pré-Natal: Nível de Hierarquia: 01, 02 ,03, 04; 05, 06,07. 08; Serviço/classificação: 32/122, 32/123; Atividade profissional: 01, 22, 29, 59, 60, 73, 74, 76, 79, 84; Tipo de Prestador: 05, 15, 04,14; Tipo de Atendimento: 00; Grupo de Atendimento: 00; Faixa Etária: 00; Valor: 10,00. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 5º)

I - o procedimento Adesão ao Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal só será efetuado pelo SIA/SUS a unidades públicas municipais ou estaduais; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 5º, I)

§ 6º O SISPRENATAL terá duas saídas, sendo uma delas para alimentação do SIA/SUS e outra para formação da Base de Dados Nacional do próprio sistema. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 6º)

I - Para alimentação do SIA/SUS, as Secretarias Municipais de Saúde deverão observar o cronograma definido pelo DATASUS para aquele sistema; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 6º, I)

II - A saída do SISPRENATAL com os dados exclusivos do programa deverá ser apresentada pelas Secretarias Municipais de Saúde, por meio magnético, com a evolução aos atendimentos à Secretaria Estadual de Saúde/SES para transmissão ao DATASUS, na área de conferência 38, até o dia 15 de cada mês; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 6º, II)

III - O DATASUS remeterá à SES o recibo de entrada dos dados na Base Nacional SISPRENATAL; (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 6º, III)

IV - O DATASUS atualizará a Base Nacional do SISPRENATAL, até o 5° dia útil, a contar da data de transferência dos dados pela SES. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 6º, IV)

§ 7º No término do pré-natal, após a realização do parto e da consulta do puerpério, e quando devidamente alimentado, o SISPRENATAL gerará BPA magnético específico, lançando o código de procedimento abaixo discriminado, que passa a integrar a tabela do SIA/SUS: 07.071.03.5 - CONCLUSÃO DA ASSISTÊNCIA PRENATAL. É considerado executado o procedimento quando realizadas as 6 (seis) consultas de pré-natal, todos os exames obrigatórios, a imunização anti-tetânica, a realização do parto e da consulta do puerpério nas gestantes cadastradas no SISPRENATAL: Nível de Hierarquia: 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08; Serviço/classificação: 32/122; 32/123; Tipo de Prestador: 05, 15, 04, 14; Atividade profissional: 01 22 29 59 60 73 74 76 79 84; Tipo de Atendimento: 00; Grupo de Atendimento: 00; Faixa Etária: 00;Valor: 40,00. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 7º)

I - A cada consulta pré-natal realizada pela gestante acompanhada pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, o profissional responsável pela consulta, deverá preencher a FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL, que alimentará o sistema. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 7º, II)

II - Os dados referentes a cada gestante, constantes da FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL, constante do Anexo LXXXIV , serão consolidados pelo próprio sistema que emitirá BPA magnético específico, para importação no SIA/SUS, possibilitando o pagamento do incentivo 07.071.035 - Conclusão da Assistência Pré-natal. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 7º, III)

III - O SISPRENATAL, será integrado ao SGAIH permitindo cruzamento de informações e disponibilizando um relatório constando o número de cadastramento da gestante no SISPRENATAL e o número da AIH utilizada no parto da mesma gestante. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 7º, IV)

Art. 604. As Secretarias Estaduais de Saúde, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde, deverão elaborar os Planos Regionais para a Assistência à Gestação, Parto e ao Recém-nascido. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 9º)

Art. 605. A Secretaria de Atenção à Saúde adotará as medidas necessárias ao fiel cumprimento do disposto nesta Seção, ficando autorizada a realizar as alterações de códigos de procedimento bem como sua descrição e valor, quando pertinente. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 12)

Seção II

Do Componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, no âmbito do SUS

Art. 606. Fica instituído o Componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 571/2000, Art. 1º)

Art. 607. A Secretaria de Atenção à Saúde estabelecerá os requisitos para a participação de estados, municípios e Distrito Federal no componente de que trata esta Seção, os critérios de elegibilidade de municípios e hospitais a serem contemplados, os quantitativos de recursos do montante global a serem destinados a cada atividade, os componentes de despesa que serão autorizados para cada tipo de atividade, bem como adote as demais medidas necessárias ao fiel cumprimento desta Seção. (Origem: PRT MS/GM 571/2000, Art. 3º)

Parágrafo Único. As Secretarias de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal e os hospitais que cumprirem com os requisitos e critérios estabelecidos, deverão elaborar projeto de investimentos específico, plano de trabalho e cronograma de desembolso a serem submetidos à apreciação da Secretaria de Atenção à Saúde, que após aprovação, os enviará à Secretaria-Executiva para a celebração dos respectivos convênios. (Origem: PRT MS/GM 571/2000, Art. 3º, Parágrafo Único)

Seção III

Do Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto

Art. 608. Fica instituído o Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto. (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 1º)

Parágrafo Único. O Componente objeto deste artigo estabelecerá alterações na sistemática de pagamento da assistência ao parto, possibilitando a melhoria da Qualidade assistencial. (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 609. A assistência pré-natal deverá ser realizada de acordo com os princípios gerais e condições para o acompanhamento pré-natal estabelecidas no Capítulo VI do Título IV e ser efetuada, preferencialmente, nos termos da Seção I do Capítulo VI do Título IV da mesma data, que institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 2º, § 2º)

§ 1º A assistência ao parto e puerpério deverá ser realizada de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo LXXXII ; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 2º, § 3º)

§ 2º As unidades prestadoras de serviços do Sistema Único de Saúde deverão integrar-se ao sistema de saúde local, no sentido de possibilitar a adequada organização e regulação assistencial, a ampliação do acesso e da qualidade do atendimento e viabilizando a atenção ao pré-natal, parto, puerpério e assistência ao recém-nascido de forma mais humanizada; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 2º, § 4º)

§ 3º Os Centros de Parto Normal, Casas de Parto, Hospitais e Maternidades integrantes do Sistema único de Saúde deverão estar vinculadas às Unidades Básicas e de Saúde da Família de sua área de abrangência. (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 2º, § 5º)

Art. 610. Determina que a Secretaria de Atenção à Saúde priorize o envio de cartas, às pacientes submetidas aos procedimentos de parto nas Unidades prestadoras de serviços do SUS, com questionário de avaliação das condições e da qualidade do atendimento prestado. (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 5º)

Art. 611. É de responsabilidade dos gestores estaduais e municipais, dependendo das prerrogativas e competências compatíveis com o nível de gestão, efetuar o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria que garantam o cumprimento das regras do Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.(Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 8º)

Art. 612. A Secretaria de Atenção à Saúde adotará as medidas necessárias ao fiel cumprimento das regras do Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, ficando autorizada a realizar as alterações de códigos de procedimento bem como sua descrição e valor quando pertinente. (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 10)

Seção IV

Da Atenção Integral e Humanizada à Mulher e ao Recém-nascido no Alojamento Conjunto

Art. 613. Ficam instituídas as diretrizes para atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 1º)

Parágrafo Único. As diretrizes dispostas nesta Seção aplicam-se ao Alojamento Conjunto de serviços de saúde, públicos e privados, inclusive das Forças Armadas, de hospitais universitários e de ensino. (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 614. O Alojamento Conjunto é o local em que a mulher e o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanecem juntos, em tempo integral, até a alta. (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 2º)

Parágrafo Único. O Alojamento Conjunto possibilita a atenção integral à saúde da mulher e do recém-nascido, por parte do serviço de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 615. A manutenção da mulher e do recém-nascido em Alojamento Conjunto apresenta as seguintes vantagens: (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 3º)

I - favorece e fortalece o estabelecimento do vínculo afetivo entre pai, mãe e filho; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 3º, I)

II - propicia a interação de outros membros da família com o recém-nascido; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 3º, II)

III - favorece o estabelecimento efetivo do aleitamento materno com o apoio, promoção e proteção, de acordo com as necessidades da mulher e do recém-nascido, respeitando as características individuais; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 3º, III)

IV - propicia aos pais e acompanhantes a observação e cuidados constantes ao recém-nascido, possibilitando a comunicação imediata de qualquer anormalidade; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 3º, IV)

V - fortalece o autocuidado e os cuidados com o recém nascido, a partir de atividades de educação em saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 3º, V)

VI - diminui o risco de infecção relacionada à assistência em serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 3º, VI)

VII - propicia o contato dos pais e familiares com a equipe multiprofissional por ocasião da avaliação da mulher e do recém nascido, e durante a realização de outros cuidados. (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 3º, VII)

Art. 616. O Alojamento Conjunto destina-se a: (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 4º)

I - mulheres clinicamente estáveis e sem contraindicações para a permanência junto ao seu bebê; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 4º, I)

II - recém-nascidos clinicamente estáveis, com boa vitalidade, capacidade de sucção e controle térmico; peso maior ou igual a 1800 gramas e idade gestacional maior ou igual a 34 semanas; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 4º, II)

III - recém-nascidos com acometimentos sem gravidade, como por exemplo: icterícia, necessitando de fototerapia, malformações menores, investigação de infecções congênitas sem acometimento clínico, com ou sem microcefalia; e (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 4º, III)

IV - recém-nascidos em complementação de antibioticoterapia para tratamento de sífilis ou sepse neonatal após estabilização clínica na UTI ou UCI neonatal. (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 4º, IV)

§ 1º Cabe ao serviço de saúde realizar a gestão eficiente de leitos de forma que mulheres em outras situações ginecológicas e obstétricas, especialmente em situação de perda gestacional, não permaneçam no mesmo quarto ou enfermaria com puérperas e recémnascidos. (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Incumbe ao serviço de saúde evitar que puérperas que não podem amamentar por doença de base ou uso de medicamentos, permaneçam junto com mulheres que amamentam. (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 4º, § 2º)

Art. 617. O Alojamento Conjunto contará com os seguintes recursos humanos mínimos: (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 5º)

I - Enfermagem: (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 5º, I)

a) profissional de nível superior para função de coordenação, preferencialmente com habilitação em neonatologia/obstetrícia ou 2 (dois) anos de experiência profissional comprovada na área, com jornada horizontal diária mínima de quatro horas; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 5º, I, a)

b) profissional de nível superior para assistência, preferencialmente com habilitação em neonatologia/obstetrícia ou 2 (dois) anos de experiência profissional comprovada na área para cada 20 binômios mãe-RN ou fração em cada turno; e (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 5º, I, b)

c) profissional de nível técnico para cada oito binômios mãe RN ou fração em cada turno. (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 5º, I, c)

II - Pediatria: (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 5º, II)

a) profissional médico para função de responsabilidade técnica com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em pediatria ou em neonatologia, reconhecida pelo Ministério da Educação; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 5º, II, a)

b) profissional médico para assistência com jornada horizontal diária mínima de quatro horas, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em pediatria ou em neonatologia, reconhecida pelo Ministério da Educação para cada 20 recém-nascidos ou fração; e (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 5º, II, b)

c) profissional médico plantonista preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecida pelo Ministério da Educação para cada 20 recém-nascidos ou fração. Plantonista do alojamento conjunto poderá ser profissional da equipe da Unidade de Cuidados Intermediários Convencional ou Canguru (UCINCo ou UCINCa), prevista no Título IV do Anexo II da Portaria de Consolidação nº 3, ou, ainda, da equipe de assistência ao recém-nascido no nascimento quando o estabelecimento não disponibilizar de leitos UCINCo/UCINCa; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 5º, II, c)

III - Obstetrícia: (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 5º, III)

a) profissional médico para função de responsabilidade técnica com jornada horizontal diária mínima de quatro horas, preferencialmente com habilitação em Ginecologia e Obstetrícia, ou título de especialista ou residência médica em Ginecologia e Obstetrícia; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 5º, III, a)

b) profissional médico para assistência, com jornada horizontal diária mínima de quatro horas, preferencialmente com habilitação em Ginecologia e Obstetrícia, ou título de especialista ou residência médica em Ginecologia e Obstetrícia para cada 20 puérperas ou fração; e (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 5º, III, b)

c) profissional médico plantonista, preferencialmente com habilitação em Ginecologia e Obstetrícia, ou título de especialista ou residência médica em Ginecologia e Obstetrícia. Plantonista do Alojamento Conjunto poderá ser profissional da equipe de obstetras de plantão. (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 5º, III, c)

§ 1º O profissional de Enfermagem de nível superior e o médico poderão acumular as funções de responsabilidade técnica e assistência. (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Os serviços de saúde que realizam 500 partos por ano ou menos poderão estabelecer outros arranjos de jornadas de trabalho, desde que seja garantida assistência integral e presencial à mulher e ao recém-nascido pelas equipes multiprofissionais. (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 5º, § 2º)

§ 3º Outras categorias profissionais poderão ser necessárias na assistência à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto, conforme necessidades específicas, tais como profissionais de ortopedia, neurologia, oftalmologia, cirurgia geral e infantil, assistente social, psicologia, nutrição, fisioterapia e fonoaudiologia.(Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 5º, § 3º)

Art. 618. Cabe à equipe multiprofissional no Alojamento Conjunto: (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 6º)

I - avaliar as puérperas diariamente, com atenção aos sinais de alerta para complicações no período pós-parto, tais como sangramento vaginal aumentado, febre, dor exacerbada, edema assimétrico de extremidades, sinais inflamatórios de ferida cirúrgica, sinais de sofrimento psíquico e depressão pós-parto; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 6º, I)

II - promover e proteger o aleitamento materno sob livre demanda, apoiando a puérpera na superação de possíveis dificuldades de acordo com suas necessidades específicas e respeitando suas características individuais; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 6º, II)

III - garantir à mulher o direito a acompanhante, de sua livre escolha, durante toda a internação e a receber visitas diárias, inclusive de filhos menores; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 6º, III)

IV - estimular e facilitar a presença do pai sem restrição de horário, inclusive de genitor sócio-afetivo; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 6º, IV)

V - oferecer à mulher orientações relativas à importância de não ofertar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida, além do leite materno, exceto em situações especiais com prescrição médica ou de nutricionista, destacando que, nesses casos, deverá ser oferecido, preferencialmente, leite humano pasteurizado de Banco de Leite Humano; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 6º, V)

VI - oferecer à mulher orientações relativas à importância de não usar protetores de mamilo e não oferecer bicos artificiais ou chupetas ao recém-nascido; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 6º, VI)

VII - oferecer à mulher orientações sobre os riscos da amamentação cruzada amamentar outro recém-nascido que não seja o próprio filho, e da proibição desta prática no Alojamento Conjunto; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 6º, VII)

VIII - apoiar, incentivar e orientar a participação da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido, bem como de outros familiares, de acordo com o desejo dos pais da criança; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 6º, VIII)

IX - orientar e estimular o contato pele a pele, posição canguru, pelo tempo que a mãe e o pai considerarem oportuno e prazeroso, especialmente quando se tratar de recém-nascido com peso inferior a 2500g; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 6º, IX)

X - realizar o exame clínico do recém-nascido em seu próprio berço ou no leito materno, preferencialmente na presença da mãe e do pai; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 6º, X)

XI - realizar o banho do recém-nascido na cuba de seu próprio berço ou banheira e assegurar a limpeza e a desinfecção entre o uso de acordo com padronização da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar das respectivas maternidades. Durante o banho, orientar os cuidados necessários para a prevenção de hipotermia, incentivando a participação materna e paterna ou de outro acompanhante; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 6º, XI)

XII - avaliar o peso do recém-nascido de acordo com necessidades individuais; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 6º, XII)

XIII - adotar técnicas não farmacológicas de prevenção/redução da dor para a coleta de sangue e outros procedimentos dolorosos. Recomenda-se a sucção ao seio materno previamente, durante a realização de procedimentos; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 6º, XIII)

XIV - identificar e enfatizar os recursos disponíveis na comunidade e na rede de saúde local para atendimento continuado das mulheres e das crianças, referindo-as ou agendando-as para acompanhamento no serviço de saúde na primeira semana após o parto; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 6º, XIV)

XV - realizar atividades de educação em saúde, preferencialmente em grupo, com o objetivo de: (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 6º, XV)

a) ampliar o autocuidado das mulheres e de cuidados com os recém-nascidos; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 6º, XV, a)

b) desfazer mitos relacionados à maternidade, à paternidade, ao aleitamento materno, ao puerpério, ao retorno à vida sexual, entre outros; e (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 6º, XV, b)

c) oferecer orientações quanto aos cuidados de saúde, nutrição, higiene, saúde sexual e reprodutiva, destacando o direito a uma vida sexual livre, prazerosa e segura e o direito à escolha sobre a reprodução se, quando e quantas vezes engravidar, com esclarecimento sobre métodos contraceptivos disponíveis e importância do uso do preservativo masculino ou feminino. (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 6º, XV, c)

XVI - ofertar a inserção de método contraceptivo de longa duração e alta eficácia antes da alta, caso seja escolha da mulher. (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 6º, XVI)

Parágrafo Único. A equipe de saúde deverá conferir atenção ao estabelecimento de vínculo entre a mãe e o recém-nascido, a riscos e a vulnerabilidades particulares, bem como manter observação e escuta qualificada para esclarecer dúvidas e apoiar a mulher nesse período. (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 619. O Alojamento Conjunto contará com os seguintes recursos físicos: (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 7º)

I - os quartos devem ser ambientes destinados à assistência à puérpera e ao recém-nascido com capacidade para um ou dois leitos, com banheiro anexo; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 7º, I)

II - as enfermarias devem ser ambientes destinados à assistência à puérpera e ao recém-nascido com capacidade para três a seis leitos, com banheiro anexo, conforme normativas vigentes da ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 7º, II)

III - para cada leito materno, deve ser disponibilizado um berço para o recém-nascido e uma poltrona para acompanhante. O berço do recém-nascido deve ficar ao lado do leito da mãe e deve ser respeitada a distância mínima de um metro entre leitos ocupados; e (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 7º, III)

IV - os quartos devem ter tamanho adequado para acomodar mulher e recém-nascido, de acordo com as normas vigentes da ANVISA. (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 7º, IV)

Parágrafo Único. Medidas que assegurem a privacidade da mulher devem ser adotadas, assim como a observação do conforto luminoso para as puérperas os recém-nascidos e acompanhantes, quando instalados em quartos ou enfermarias com mais de um leito. (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 620. O serviço de saúde responsável pelo Alojamento Conjunto deverá dispor dos seguintes equipamentos, materiais e medicamentos para atendimento à mulher e ao recém-nascido: (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 8º)

I - berço de material de fácil limpeza, desinfecção e que permita a visualização lateral; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 8º, I)

II - bandeja individualizada com termômetro, material de higiene e curativo umbilical; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 8º, II)

III - estetoscópio clínico e esfigmomanômetro; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 8º, III)

IV - balança; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 8º, IV)

V - balança para recém-nascido; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 8º, V)

VI - régua antropométrica e fita métrica inelástica de plástico; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 8º, VI)

VII - aparelho de fototerapia, um para cada 10 berços; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 8º, VII)

VIII - oftalmoscópio; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 8º, VIII)

IX - otoscópio; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 8º, IX)

X - aspirador com manômetro e oxigênio; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 8º, X)

XI - glicosímetro; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 8º, XI)

XII - analgésicos, anti-inflamatórios, antibióticos, anti-hipertensivos e outras medicações de uso comum no puerpério e no período neonatal; e de enfermagem, composto por desfibrilador, carro ou maleta contendo medicamentos, ressuscitador manual com reservatório, máscaras, laringoscópio completo, tubos endotraqueais, conectores, cânulas de Guedel e fio guia estéril, apropriados para adultos e recém nascidos. O carro ou maleta de emergência pode ser único para atendimento materno e ao recém-nascido. (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 8º, XII)

Art. 621. A alta da mulher e do recém-nascido deverá ser realizada mediante elaboração de projeto terapêutico singular, considerando-se, para o tempo de alta, as necessidades individuais. (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 9º)

Parágrafo Único. Recomenda-se a permanência mínima de 24 horas em Alojamento Conjunto, momento a partir do qual a alta pode ser considerada, desde que preenchidos os critérios abaixo listados: (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 9º, Parágrafo Único)

I - puérpera: (i) em bom estado geral, com exame físico normal, sem sinais de infecção puerperal/sítio cirúrgico, com loquiação fisiológica; (ii) sem intercorrências mamárias como fissura, escoriação, ingurgitamento ou sinais de mastite, e orientada nas práticas de massagem circular e ordenha do leite materno; (iii) com recuperação adequada, comorbidades compensadas ou com encaminhamento assegurado para seguimento ambulatorial de acordo com as necessidades; (iv) bem orientada para continuidade dos cuidados em ambiente domiciliar e referenciada para Unidade Básica de Saúde (retorno assegurado até o 7º dia após o parto); (v) estabelecimento de vínculo entre mãe e bebê; (vi) com encaminhamento para unidade de referência para acesso a ações de saúde sexual e reprodutiva e escolha de método anticoncepcional, caso a mulher não receba alta já em uso de algum método contraceptivo, ou para seguimento pela atenção

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

básica da prescrição ou inserção de método pela equipe da maternidade; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 9º, Parágrafo Único, I)

II - recém-nascido: (i) a termo e com peso adequado para a idade gestacional, sem comorbidades e com exame físico normal. (ii) com ausência de icterícia nas primeiras 24 horas de vida; (iii) com avaliação de icterícia, preferencialmente transcutânea, e utilização do normograma de Bhutani para avaliar a necessidade de acompanhamento dos níveis de bilirrubina quando necessário; (iv) apresentando diurese e eliminação de mecônio espontâneo e controle térmico adequado; (v) com sucção ao seio com pega e posicionamento adequados, com boa coordenação sucção/deglutição, salvo em situações em que há restrições ao aleitamento materno; (vi) em uso de substituto do leite humano/formula láctea para situações em que a amamentação é contra-indicada de acordo com atualização OMS/2009 "Razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite". (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 9º, Parágrafo Único, II)

III - revisão das sorologias da mulher realizadas durante a gestação ou no momento da internação para o parto, assim como investigação de infecções congênitas no recém-nascido, conforme necessidade. Entre as sorologias, merecem destaque: sífilis, HIV, toxoplasmose e hepatite B. Outras doenças infectocontagiosas, como citomegalovírus, herpes simplex e infecções por arbovírus deverão ser investigadas se houver história sugestiva durante a gestação e/ou sinais clínicos sugestivos no recém-nascido; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 9º, Parágrafo Único, III)

IV - realização de tipagem sanguínea, Coombs da mãe e do recém-nascido, quando indicado; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 9º, Parágrafo Único, IV)

V - oximetria de pulso (teste do coraçãozinho) e Triagem Ocular (Teste do Reflexo Vermelho ou teste do olhinho) realizados; Triagem Auditiva (teste da orelhinha) assegurada no primeiro mês de vida e Triagem Biológica (teste do pezinho) assegurada preferencialmente entre o 3º e 5º dia de vida; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 9º, Parágrafo Único, V)

VI - avaliação e vigilância adequadas dos recém-nascidos para sepse neonatal precoce com base nos fatores de risco da mãe e de acordo com as diretrizes atuais do Ministério da Saúde para a prevenção de infecção pelo estreptococo do grupo B; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 9º, Parágrafo Único, VI)

VII - a mãe, o pai e outros cuidadores devem ter conhecimento e habilidade para dispensar cuidados adequados ao recém nascido, e reconhecer situações de risco como a ingestão inadequada de alimento, o agravamento da icterícia e eventual desidratação nos primeiros sete dias de vida; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 9º, Parágrafo Único, VII)

VIII - avaliação do serviço social para os fatores de risco psíquicos, sociais e ambientais, como o uso de drogas ilícitas, alcoolismo, tabagismo, antecedentes de negligência, violência doméstica, doença mental, doenças transmissíveis e situações de vulnerabilidade social; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 9º, Parágrafo Único, VIII)

IX - agenda com a Atenção Básica, o retorno da mulher e do recém-nascido entre o terceiro e o quinto dia de vida (5º Dia de Saúde Integral); e (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 9º, Parágrafo Único, IX)

X - preenchimento de todos os dados na Caderneta da Gestante e na Caderneta de Saúde da Criança. (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 9º, Parágrafo Único, X)

Art. 622. No momento da alta, a equipe multiprofissional fornecerá à mulher as seguintes orientações: (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 10)

I - procurar a Unidade Básica de Saúde ou o pronto-atendimento caso a mulher apresente sinais de infecção (febre, secreção purulenta vaginal, por ferida operatória ou nas mamas), sangramento com odor fétido ou com volume aumentado, edema assimétrico de extremidades, dor refratária a analgésicos, sofrimento emocional, astenia exacerbada ou outros desconfortos; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 10, I)

II - procurar a Unidade Básica de Saúde se o recém-nascido apresentar problemas com aleitamento materno, icterícia ou qualquer outra alteração; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 10, II)

III - em caso de intercorrências com as mamas, os Bancos de Leite Humano poderão oferecer a assistência referente às boas práticas da amamentação, e orientações sobre a doação de leite humano; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 10, III)

IV - realizar vacinação conforme calendário vacinal; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 10, IV)

V - higienizar as mãos antes e após o cuidado com o recém nascido; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 10, V)

VI - evitar ambientes aglomerados ou com pessoas apresentando sinais e sintomas de doenças infectocontagiosas, como gripe e resfriado; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 10, VI)

VII - prevenir a morte súbita do recém-nascido por meio dos seguintes cuidados: deixar a criança em posição supina, manter a amamentação ao seio e evitar o tabagismo materno ou outra forma de exposição da criança ao fumo; (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 10, VII)

VIII - transportar o recém-nascido de forma segura e prevenir acidentes domésticos; e (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 10, VIII)

IX - para crianças filhos de mães cuja amamentação é contraindicada de acordo com razões médicas aceitáveis/OMS/2009, orientar o preparo correto da formula láctea e higienização dos utensílios utilizados para preparo e oferta desse alimento. (Origem: PRT MS/GM 2068/2016, Art. 10, IX)

CAPÍTULO VII

DO CONTROLE DA DOR E CUIDADOS PALIATIVOS

Seção I

Da Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos

Art. 623. Fica instituída a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos, com a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 3150/2006, Art. 1º)

I - três representantes da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 3150/2006, Art. 1º, I)

II - um representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES/MS; (Origem: PRT MS/GM 3150/2006, Art. 1º, II)

III - um representante do Instituto Nacional de Câncer - INCA/MS; (Origem: PRT MS/GM 3150/2006, Art. 1º, III)

IV - um representante da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor - SBED; (Origem: PRT MS/GM 3150/2006, Art. 1º, IV)

V - um representante da Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP; (Origem: PRT MS/GM 3150/2006, Art. 1º, V)

VI - um representante da Sociedade Brasileira de Anestesiologia - SBA; (Origem: PRT MS/GM 3150/2006, Art. 1º, VI)

VII - um representante da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia - SBN; (Origem: PRT MS/GM 3150/2006, Art. 1º, VII)

VIII - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; e (Origem: PRT MS/GM 3150/2006, Art. 1º, VIII)

IX - um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS. (Origem: PRT MS/GM 3150/2006, Art. 1º, IX)

§ 1º Os representantes acima mencionados deverão ser formalmente indicados pelas respectivas instituições, devendo a indicação ser renovada anualmente. (Origem: PRT MS/GM 3150/2006, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos será coordenada pela Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 3150/2006, Art. 1º, § 2º)

§ 3º À Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos, quando julgar necessário, poderá convidar participantes ad hoc, sempre de caráter institucional, interno ou externo ao Ministério da Saúde, nas áreas correlacionadas. (Origem: PRT MS/GM 3150/2006, Art. 1º, § 3º)

§ 4º À Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos cabe pronunciar-se sobre: (Origem: PRT MS/GM 3150/2006, Art. 1º, § 4º)

I - as diretrizes nacionais sobre controle da dor e cuidados paliativos; (Origem: PRT MS/GM 3150/2006, Art. 1º, § 4º, a)

II - as ações de controle da dor e cuidados paliativos, levadas a cabo no âmbito coletivo ou individual na assistência pública; (Origem: PRT MS/GM 3150/2006, Art. 1º, § 4º, b)

III - as recomendações para o desenvolvimento dessas ações nas entidades públicas e privadas que integram o SUS e, quando solicitado, o sistema de saúde suplementar; (Origem: PRT MS/GM 3150/2006, Art. 1º, § 4º, c)

IV - a atualização das normas e procedimentos do SUS referentes ao controle da dor e cuidados paliativos; (Origem: PRT MS/GM 3150/2006, Art. 1º, § 4º, d)

V - a incorporação tecnológica para ações de controle da dor e cuidados paliativos, encaminhando parecer para a Comissão para Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC; (Origem: PRT MS/GM 3150/2006, Art. 1º, § 4º, e)

VI - projetos de incentivo para ações de controle da dor e cuidados paliativos; (Origem: PRT MS/GM 3150/2006, Art. 1º, § 4º, f)

VII - a estruturação de redes de atenção na área de controle da dor e cuidados paliativos; (Origem: PRT MS/GM 3150/2006, Art. 1º, § 4º, g)

VIII - a formação e qualificação de profissionais para atuação em controle da dor e cuidados paliativos; e (Origem: PRT MS/GM 3150/2006, Art. 1º, § 4º, h)

IX - a avaliação de estudos e pesquisas na área de controle da dor e cuidados paliativos. (Origem: PRT MS/GM 3150/2006, Art. 1º, § 4º, i)

Art. 624. A Secretaria de Atenção à Saúde tomará as providências cabíveis para a operacionalização dos trabalhos da referida Câmara. (Origem: PRT MS/GM 3150/2006, Art. 2º)

Seção II

Dos Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica

Art. 625. Ficam criados, no âmbito do Sistema Único de Saúde, os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. (Origem: PRT MS/GM 1319/2002, Art. 1º)

Parágrafo Único. Entende-se por Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica aqueles hospitais cadastrados pela Secretaria de Atenção à Saúde como Centro de Alta Complexidade em Oncologia de Tipo I, II ou III e ainda aqueles hospitais gerais que, devidamente cadastrados como tal, disponham de ambulatório para tratamento da dor crônica e de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos e adequados para a prestação de assistência aos portadores de dor crônica de forma integral e integrada e tenham capacidade de se constituir em referência para a rede assistencial do estado na área de tratamento da dor crônica. (Origem: PRT MS/GM 1319/2002, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 626. As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na regulamentação, adotarão as providências necessárias à implantação/organização/habilitação e cadastramento dos Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. (Origem: PRT MS/GM 1319/2002, Art. 2º)

Art. 627. Na definição dos quantitativos e distribuição geográfica dos Centros de Referência de que trata o art. 625, as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal utilizarão os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1319/2002, Art. 3º)

I - população; (Origem: PRT MS/GM 1319/2002, Art. 3º, a)

II - necessidades de cobertura assistencial; (Origem: PRT MS/GM 1319/2002, Art. 3º, b)

III - mecanismos de acesso e fluxos de referência e contra-referência; (Origem: PRT MS/GM 1319/2002, Art. 3º, c)

IV - nível de complexidade dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 1319/2002, Art. 3º, d)

V - distribuição geográfica dos serviços; e (Origem: PRT MS/GM 1319/2002, Art. 3º, e)

VI - integração com a rede de atenção básica e programa de saúde da família. (Origem: PRT MS/GM 1319/2002, Art. 3º, f)

§ 1º O quantitativo máximo de Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica, por estado, encontra-se definido no Anexo LXXXV ; (Origem: PRT MS/GM 1319/2002, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A este quantitativo agregam-se os Centros de Alta Complexidade em Oncologia já cadastrados ou a serem cadastrados pela Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1319/2002, Art. 3º, § 2º)

Art. 628. A Secretaria de Atenção à Saúde definirá as Normas de Cadastramento de Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica, bem como adotará as providências necessárias ao fiel cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1319/2002, Art. 4º)

Art. 629. Serão automaticamente cadastrados como Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica aqueles hospitais que venham a ser cadastrados como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) pela Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1319/2002, Art. 5º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO VIII

DA PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Art. 630. A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 631. A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde orientar-se-á pelo Manual de "Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde", a ser disponibilizado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 2º)

Art. 632. Os objetivos gerais do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde são: (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 3º)

I - buscar a equidade de acesso da população brasileira às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade; (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 3º, I)

II - orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população; (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 3º, II)

III - definir os limites financeiros federais para a assistência de média e alta complexidade de todos os municípios, compostos por parcela destinada ao atendimento da população do próprio município em seu território e pela parcela correspondente à programação das referências recebidas de outros municípios; (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 3º, III)

IV - possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 3º, IV)

V - fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 3º, V)

VI - contribuir na organização das redes de serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 3º, VI)

VII - possibilitar a transparência dos pactos intergestores resultantes do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência e assegurar que estejam explicitados no "Termo Compromisso para Garantia de Acesso", conforme Anexo LVI . (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 3º, VII)

§ 1º O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, de que trata o art. 632, VII, é o documento que, com base no processo de Programação Pactuada e Integrada, deve conter as metas físicas e orçamentárias das ações a serem ofertadas nos municípios de referência, que assumem o compromisso de atender aos encaminhamentos acordados entre os gestores para atendimento da população residente em outros municípios. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso entre municípios de uma mesma Unidade Federada deve ser aprovado na respectiva Comissão Intergestores Bipartite - CIB. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso interestadual deve ser aprovado nas Comissões Intergestores Bipartite dos Estados envolvidos. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 3º, § 3º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300393

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 633. Os pressupostos gerais que deverão nortear a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência são os seguintes: (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 4º)

I - integrar o processo geral de planejamento em saúde de cada Estado e município, de forma ascendente, coerente com os Planos de Saúde em cada esfera de gestão; (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 4º, I)

II - orientar-se pelo diagnóstico dos principais problemas de saúde, como base para a definição das prioridades; (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 4º, II)

III - ser coordenado pelo gestor estadual com seus métodos, processos e resultados aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite. (CIB), em cada unidade federada; e (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 4º, III)

IV - estar em consonância com o processo de construção da regionalização. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 4º, IV)

Art. 634. Os eixos orientadores do processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência são os seguintes: (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 5º)

I - Centralidade da Atenção Básica - a programação da assistência deve partir das ações básicas em saúde, para compor o rol de ações de maior complexidade tecnológica, estabelecendo os patamares mínimos de demanda orientada pelos problemas e estratégias da atenção básica, não apenas na sua dimensão assistencial, como também na de promoção e prevenção; (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 5º, I)

II - Conformação das Aberturas Programáticas: (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 5º, II)

a) a programação da atenção básica e da média complexidade ambulatorial deve partir de áreas estratégicas; (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 5º, II, a)

b) a programação das ações ambulatoriais que não estão organizadas por áreas estratégicas deve ser orientada pela estrutura da Tabela de Procedimentos, com flexibilidade no seu nível de agregação, permitindo, inclusive, a programação de procedimentos que não estão previstos na tabela; (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 5º, II, b)

c) a programação hospitalar deve ser orientada pelas clínicas de acordo com a distribuição de leitos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 5º, II, c)

d) os procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) devem ser programados de acordo com as aberturas programáticas definidas, bem como as ações executadas pelos serviços financiados por valores globais; (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 5º, II, d)

III - Parâmetros para Programação de Ações de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 5º, III)

a) a programação das ações de atenção básica e média complexidade ambulatorial serão orientadas a partir de parâmetros de concentração e cobertura populacional, sugeridos pelo Ministério da Saúde, conforme portaria específica a ser publicada; (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 5º, III, a)

b) a programação das ações de alta complexidade dar-se-á, conforme parâmetros já definidos para a estruturação das redes de serviços de alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 5º, III, b)

IV - Integração das Programações - os agravos de relevância para a Vigilância em Saúde serão incorporados nas áreas estratégicas previstas na PPI da Assistência, considerando as metas traçadas anualmente na PPI da Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 5º, IV)

V - Composição das Fontes de Recursos Financeiros a serem Programados - visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 5º, V)

VI - Processo de Programação e Relação Intergestores - definição das seguintes etapas no processo de programação: (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 5º, VI)

a) Etapa Preliminar de Programação; (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 5º, VI, a)

b) Programação Municipal; (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 5º, VI, b)

c) Pactuação Regional; e (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 5º, VI, c)

d) Consolidação da PPI Estadual. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 5º, VI, d)

§ 1º Quando necessário, será realizada a programação interestadual, com a participação dos Estados e dos municípios envolvidos, com mediação do gestor federal e aprovação nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, mantendo consonância com o processo de construção da regionalização. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 5º, § 1º)

§ 2º A programação de estados, de municípios e do Distrito Federal deve ser refletida na programação dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 5º, § 2º)

§ 3º Dar flexibilidade aos gestores estaduais e municipais na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, respeitando as pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT); (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 5º, § 3º)

Art. 635. A programação nas regiões de fronteiras internacionais deve respeitar o Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS Fronteiras), instituído pela Portaria nº 1.120/GM, de 6 de julho de 2005. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 6º)

Art. 636. A Programação Pactuada e Integrada deve ser realizada no mínimo a cada gestão estadual, respeitando as pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite, e revisada periodicamente, sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário, de oferta de serviços, na tabela de procedimentos, nos limites financeiros, entre outras. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 7º)

Parágrafo Único. Estabelecer que no início da gestão municipal seja efetuada uma revisão da PPI estadual para face dos novos Planos Municipais de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 637. Ao final do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência, a Secretaria de Estado da Saúde e do Distrito Federal encaminhará à Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, a seguinte documentação acompanhada de ofício devidamente assinado pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB: (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 8º)

I - cópia da resolução CIB que aprova a nova programação; (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 8º, I)

II - quadros com os Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade, conforme Anexo LVII , devidamente assinados pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB; (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 8º, II)

III - quadro síntese dos critérios e parâmetros adotados; e (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 8º, III)

IV - memória dos pactos municipais realizados com explicitação das metas físicas e financeiras. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 8º, IV)

§ 1º As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal podem dispor de instrumentos próprios de programação, respeitando os padrões estabelecidos por este Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Os incisos III e IV deste artigo podem ser substituídos pelo envio da base do sistema informatizado do Ministério da Saúde, para os Estados que optarem pela sua utilização. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 8º, § 2º)

Art. 638. Alterações periódicas físicas e/ou financeiras que repercutam em modificações nos Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, serão aprovadas pelas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhadas à Secretaria de Atenção à Saúde, pela Secretaria de Estado da Saúde e do Distrito Federal, mediante ofício devidamente assinado pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB, acompanhado da seguinte documentação: (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 9º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1699/2011)

I - cópia da Resolução da CIB que altera o(s) limite(s) financeiro(s), justificando e explicitando os valores anuais do Estado e dos Municípios envolvidos; e (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 9º, I)

II - quadros com os Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade conforme o Anexo LVII , devidamente assinados pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 9º, II)

Parágrafo Único. Deve ser anexada à resolução da CIB, memória das alterações realizadas explicitando quantitativos físicos e financeiros. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 9º, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1699/2011)

Art. 639. Os documentos discriminados nos incisos dos arts. 637 e 638 deverão ser postados à Secretaria de Atenção à Saúde, até o dia 25 do mês anterior à competência em que vigorará o novo limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC). (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 10)

Parágrafo Único. Os quadros referentes Anexo LVII também deverão ser encaminhados em meio magnético à Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS), por meio do endereço eletrônico ppiassistencial@saude.gov.br, até o dia 25 do mês anterior à competência em que vigorará o novo limite financeiro MAC. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 640. Compete à Secretaria de Atenção à Saúde, por intermédio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS), a conferência e a validação da documentação encaminhada pelos Estados e o Distrito Federal, bem como a devida orientação às Secretarias Estaduais quanto ao seu correto preenchimento. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 11)

Art. 641. As alterações de limites financeiros, cumpridos os trâmites e prazos estabelecidos neste Capítulo, entrerão em vigor a partir da competência subsequente ao envio da documentação pela CIB, por intermédio de portaria da Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 12)

§ 1º Quando ocorrerem erros no preenchimento da documentação, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS) deverá comunicar à CIB, viabilizando um prazo para regularização pela SES, não superior a cinco dias úteis, objetivando que a vigência da publicação não seja prejudicada.(Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 12, § 1º)

§ 2º Não serão realizadas alterações de limites financeiros, com efeitos retroativos em relação ao prazo estabelecido no art. 639, excetuando os casos excepcionais, devidamente justificados. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 12, § 2º)

§ 3º Os casos excepcionais deverão ser enviados à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), com as devidas justificativas pela CIB Estadual e estarão condicionados à aprovação do Secretário de Atenção à Saúde, para posterior processamento pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 12, § 3º)

§ 4º As mudanças operacionais/gerenciais, em relação aos limites financeiros, adotadas por Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde ou ainda por Comissões Intergestores Bipartite, antes da vigência da publicação de portaria da SAS/MS, serão de exclusiva responsabilidade do gestor do SUS que as adotar. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 12, § 4º)

§ 5º Nas situações em que não houver acordo na Comissão Intergestores Bipartite, vale o disposto no regulamento do Pacto de Gestão, publicado pela Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 12, § 5º)

Art. 642. A Secretaria de Atenção à Saúde/MS adotará as medidas necessárias à publicação de portaria com Parâmetros para Programação de Ações de Assistência à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Art. 13)

TÍTULO V

DA ATENÇÃO A AGRAVOS ESPECÍFICOS

CAPÍTULO I

DO PROGRAMA SOS EMERGÊNCIAS NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE)

Art. 643. Este Capítulo dispõe sobre o Programa SOS Emergência, no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 1º)

Parágrafo Único. O Programa SOS Emergências é uma ação estratégia prioritária para a implementação do Componente Hospitalar da RUE, realizada em conjunto com os Estados, Distrito Federal e Municípios para a qualificação da gestão e do atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) nas maiores e mais complexas Portas de Entrada Hospitalares de Urgência do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 1º, Parágrafo Único)

Seção I

DOS OBJETIVOS E REQUISITOS PARA PARTICIPAÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 1663/2012, CAPÍTULO I)

Art. 644. São objetivos do Programa SOS Emergências: (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 2º)

I - estimular a organização e a implantação da RUE, buscando um pacto cooperativo entre as instâncias de gestão do SUS para garantir os investimentos e recursos necessários a esta mudança de modelo de atenção nos grandes prontos-socorros dos estabelecimentos hospitalares integrados ao SUS; (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 2º, I)

II - intervir de forma mais organizada, ágil e efetiva sobre a oferta do cuidado nas grandes emergências hospitalares do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 2º, II)

III - assessorar tecnicamente a equipe do hospital participante do Programa e oferecer capacitação para aprimoramento da gestão do cuidado ao paciente em situação de urgência e emergência; (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 2º, III)

IV - apoiar as unidades hospitalares para a melhoria da gestão e da qualidade assistencial, por meio da implantação de dispositivos como a classificação de risco, gestão de leitos, implantação de protocolos clínico-assistenciais e administrativos, adequação da estrutura e ambiência hospitalar, regulação e articulação com o sistema de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 2º, IV)

V - possibilitar a readequação física e tecnológica dos serviços de urgência e emergência da unidade hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 2º, V)

Art. 645. O Programa SOS Emergências será integrado por Portas de Entradas Hospitalares de Urgência selecionadas pelo Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias de Saúde estaduais, distrital e municipais. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 3º)

Parágrafo Único. Serão consideradas Portas de Entradas Hospitalares de Urgência prioritárias para o Programa SOS Emergências aquelas que cumprirem os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 3º, Parágrafo Único)

I - ser referência regional, realizando no mínimo dez por cento dos atendimentos aos usuários do SUS em situação de urgência e emergência oriundos de outros Municípios, conforme registro no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS); (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 3º, Parágrafo Único, I)

II - ter, no mínimo, cem leitos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 3º, Parágrafo Único, II)

III - estar habilitada em pelo menos uma das seguintes linhas de cuidado: (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 3º, Parágrafo Único, III)

a) cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 3º, Parágrafo Único, III, a)

b) neurologia/neurocirurgia; (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 3º, Parágrafo Único, III, b)

c) traumato-ortopedia; ou (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 3º, Parágrafo Único, III, c)

d) ser referência em pediatria; (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 3º, Parágrafo Único, III, d)

IV - ter maior volume de produção de procedimentos ambulatoriais e de internação, conforme registro no SIH/SUS e no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), ou outro(s) que vierem a substituí-lo(s); e (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 3º, Parágrafo Único, IV)

V - ter a aprovação do(s) gestor(es) estadual(is), municipal(is), distrital de saúde e do Ministério da Saúde, de acordo com o território abrangido pelo referenciamento dos usuários do SUS em situação de urgência e emergência para ingresso do estabelecimento hospitalar no Programa. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 3º, Parágrafo Único, V)

Art. 646. O estabelecimento hospitalar selecionado para o Programa SOS Emergências deverá se adequar aos critérios de qualificação dispostos no art. 861 da Portaria de Consolidação nº 6, e cumprir as seguintes exigências: (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 4º)

I - construir processo seguro e qualificado de gestão das emergências por meio da criação do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), observado o disposto nos arts. 35 e 36 do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3; (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 4º, I)

II - elaborar o diagnóstico situacional acerca do papel do estabelecimento hospitalar na Região de Saúde, com análise dos processos internos de trabalho e da gestão interna; (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 4º, II)

III - elaborar o plano de ação para melhoria do acesso e qualidade assistencial; (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 4º, III)

IV - monitorar e avaliar os produtos e resultados das ações previstas no plano de ação; (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 4º, IV)

V - criar mecanismos seguros de gestão do acesso pelo risco por meio da implantação do Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR); (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 4º, V)

VI - implantar programa de qualificação dos profissionais para atendimento ao paciente em situação de urgência e emergência; (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 4º, VI)

VII - instituir espaços de discussão coletiva com os trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 4º, VII)

VIII - induzir melhorias no gerenciamento da Unidade de Emergência por meio da readequação e/ou implantação de sistemas de gestão hospitalar para o monitoramento contínuo da qualidade assistencial; (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 4º, VIII)

IX - participar, por meio de representantes do NAQH, da construção do Plano Regional da Rede de Atenção às Urgências do seu território; e (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 4º, IX)

X - atuar de forma conjunta desenvolvendo estratégias que envolvam a articulação e integração do estabelecimento hospitalar ao SUS e suas redes de atenção. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 4º, X)

Art. 647. Para o cumprimento das exigências dispostas no art. 646, o estabelecimento hospitalar selecionado para o Programa SOS Emergências contará com o apoio técnico do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS), com o objetivo de fornecer apoio local à equipe do NAQH e de direção do hospital, com vistas: (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 5º)

I - ao desenvolvimento de atividades cotidianas relativas à atenção às urgências no ambiente hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 5º, I)

II - à qualificação da gestão hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 5º, II)

III - à sua integração à Rede de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 5º, III)

Art. 648. O Ministério da Saúde, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), promoverá a capacitação e formação dos profissionais das instituições hospitalares selecionadas para o Programa SOS Emergências na área de Urgência e Emergência, além de participar na oferta de tecnologias oferecendo a estrutura necessária para o seu desenvolvimento e para a qualificação do cuidado e da gestão. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 6º)

Seção II

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 1663/2012, CAPÍTULO III)

Art. 649. O Programa SOS Emergências será monitorado e acompanhado pelo DAET/SAS/MS, com o apoio do Comitê Nacional de Apoio e Acompanhamento do Programa SOS Emergências, instituído por meio do Termo de Cooperação Técnica nº 12/2011, de 8 de novembro de 2011, publicado no Diário Oficial da União do dia 10 de novembro de 2011, Seção 3, p. 132. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 13)

CAPÍTULO II

DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA NÃO INVASIVA AOS PORTADORES DE DOENÇAS NEUROMUSCULARES

Art. 650. Fica instituído, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Portadores de Doenças Neuromusculares. (Origem: PRT MS/GM 1370/2008, Art. 1º)

§ 1º O Programa ora instituído tem por objetivo melhorar a atenção à saúde dos portadores de doenças neuromusculares, adotar medidas que permitam retardar a perda da função vital destes pacientes ou mesmo evitá-la, promover a melhoria da sua qualidade e expectativa de vida e, ainda, ampliar o acesso à ventilação nasal intermitente de pressão positiva quando a mesma estiver indicada. (Origem: PRT MS/GM 1370/2008, Art. 1º, § 1º)

§ 2º O rol das doenças neuromusculares a ser contemplado pelo Programa será definido, em ato próprio, pela Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1370/2008, Art. 1º, § 2º)

§ 3º Pelo seu escopo restrito à distrofia muscular progressiva, fica extinto o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva instituído pela Portaria nº 1.531/GM, de 4 de setembro de 2001. (Origem: PRT MS/GM 1370/2008, Art. 1º, § 3º)

Art. 651. As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema adotarão as medidas necessárias à organização e implantação do Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Portadores de Doenças Neuromusculares ora instituído. (Origem: PRT MS/GM 1370/2008, Art. 2º)

Art. 652. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) estabelecerá os critérios técnicos para a implantação do Programa, o rol de doenças a serem contempladas, bem como adotará as medidas necessárias ao fiel cumprimento do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1370/2008, Art. 3º)

CAPÍTULO III

DO PROJETO DE ESTRUTURAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS EXISTENTES DE ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA E REABILITAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA (PROJETO SUPORTE)

Art. 653. Fica criado o Projeto de Estruturação e Qualificação dos Serviços Existentes de Ortopedia, Traumatologia e Reabilitação Pós-Operatória no Sistema Único de Saúde (PROJETO SUPORTE). (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 1º)

Parágrafo Único. O objetivo do Projeto é promover a estruturação de serviços de tráumato-ortopedia e de reabilitação pós-operatória, por meio do apoio técnico e financeiro às Secretarias Estaduais e às Municipais de Saúde na implantação e implementação de serviços de ortopedia, traumatologia e reabilitação pós-operatória de média e alta complexidade, prioritariamente nas regiões com baixa capacidade de oferta e de produção nas referidas especialidades. (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 654. As ações serão desenvolvidas de forma integrada e pactuada entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 2º)

Art. 655. As parcerias entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e as Municipais serão firmadas por instrumento legal específico. (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 3º)

Art. 656. Caberá ao Ministério da Saúde, representado pelo Instituto Nacional de Tráumato-Ortopedia (INTO), na medida das disponibilidades materiais e financeiro-orçamentária, a assessoria e execução do Projeto SUPORTE para: (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 4º)

I - apoiar a organização da rede de atenção em tráumato-ortopedia e reabilitação de forma hierarquizada, contemplando os três níveis de atenção, e fomentar a sua estruturação, de acordo com os princípios do SUS; (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 4º, I)

II - elaborar protocolos operacionais de referência e contrareferência e protocolos técnicos de procedimentos; (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 4º, II)

III - realizar diagnóstico da oferta de serviços, que inclui instalações físicas, equipamentos e profissionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 4º, III)

IV - realizar diagnóstico da demanda e dos serviços prestados, a partir da avaliação da fila de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), dos dados disponíveis na Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) e de outros instrumentos congêneres, bem como da produção ambulatorial e hospitalar registrada no SIA/SUS e no SIH/SUS; (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 4º, IV)

V - apoiar financeiramente a estruturação dos serviços de tráumato-ortopedia e de reabilitação pós-operatória, na aquisição de equipamentos hospitalares e insumos especializados para realização de cirurgias ortopédicas, que serão disponibilizados aos Estados e aos Municípios por meio de instrumento legal próprio; (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 4º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 490/2010)

VI - apoiar a realização de procedimentos cirúrgicos em tráumato-ortopedia preferencialmente em alta complexidade - disponibilizando equipe multiprofissional, e insumos especializados. (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 4º, VI) (com redação dada pela PRT MS/GM 490/2010)

VII - deslocar a equipe e viabilizar o transporte dos materiais para realização dos procedimentos cirúrgicos do inciso V; (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 4º, VII)

VIII - promover a educação permanente durante a realização dos procedimentos cirúrgicos em tráumato-ortopedia por meio de cursos teórico-práticos; (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 4º, VIII)

IX - realizar assessoria a distância, via internet, para avaliação de casos clínicos; (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 4º, IX)

X - promover educação permanente a distância, por meio de vídeoconferência; (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 4º, X)

XI - assessorar a implantação de programas de residência médica em tráumato-ortopedia e residência em enfermagem ortopédica das unidades da região; (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 4º, XI)

XII - assessorar os programas de residência médica em tráumato-ortopedia e de especialização em enfermagem ortopédica das unidades da região; (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 4º, XII)

XIII - disponibilizar bolsas para programas em conjunto de residência médica em tráumato-ortopedia e de especialização em enfermagem ortopédica; e (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 4º, XIII)

XIV - assessorar a padronização e aquisição de implantes ortopédicos. (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 4º, XIV)

Art. 657. A Secretaria de Atenção à Saúde avaliará a execução da implementação dos serviços de que trata o art. 653, parágrafo único por meio de termos de compromisso e/ou convênios. (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 5º)

Art. 658. Deverão constar dos termos de compromissos e/ou convênios, quando da adesão, que caberá às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 6º)

I - garantir o acesso às informações para realização dos diagnósticos de oferta e de demanda; (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 6º, I)

II - implementar, quando necessário, instrumentos de registro e de sistematização de informações; (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 6º, II)

III - garantir a adequação da área física para implantação dos serviços de média e alta complexidade em tráumato-ortopedia, de acordo com a normalização vigente; (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 6º, III)

IV - garantir a manutenção e o funcionamento dos equipamentos hospitalares de que trata o art. 656, V; (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 6º, IV)

V - garantir quantitativo suficiente de profissionais de saúde para o desenvolvimento das atividades dos serviços de média e alta complexidade em tráumato-ortopedia e reabilitação pós-operatória; (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 6º, V)

VI - garantir os recursos logísticos na unidade para a realização de procedimentos cirúrgicos em tráumato-ortopedia pela equipe do INTO, disponibilizando equipe multiprofissional, salas de cirurgia, leitos hospitalares e de terapia intensiva, central de material e esterilização, Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêuticos - SADT, insumos e demais recursos necessários à adequada consecução dos procedimentos supramencionados; (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 6º, VI)

VII - garantir a hospedagem individual, alimentação no local de trabalho para a equipe do INTO; (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 6º, VII)

VIII - garantir o pagamento integral da ajuda de custo para os profissionais do INTO, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, após a realização dos procedimentos cirúrgicos; (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 6º, VIII)

IX - selecionar, indicar e garantir a participação dos profissionais de saúde que atuam nas áreas de tráumato-ortopedia, anestesiologia, terapia intensiva, reabilitação pós-operatória e enfermagem ortopédica nos programas de educação permanente tanto na região como no INTO, conforme cronograma estabelecido; (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 6º, IX)

X - garantir o deslocamento e a hospedagem dos profissionais da região para os eventos de educação permanente, conforme cronograma estabelecido; e (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 6º, X)

XI - garantir os recursos logísticos na região para a realização dos eventos teóricos, tais como auditório, recursos áudio-visuais e outros. (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 6º, XI)

Art. 659. As Secretarias Estaduais de Saúde e às Secretarias Municipais de Saúde deverão apresentar à Secretaria de Atenção à Saúde as necessidades quanto à estruturação de serviços de tráumato-ortopedia e reabilitação pós-operatória, de acordo com o art. 653 acompanhadas de parecer favorável da Comissão Intergestores Bipartite. (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 7º)

§ 1º Serão priorizadas pela Secretaria de Atenção à Saúde as demandas para a realização das ações de caráter estrutural, organizativo e operacional provenientes dos Estados que compõem a Amazônia Legal. (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 7º, § 1º)

§ 2º As solicitações das demais regiões serão analisadas pela Secretaria de Atenção à Saúde de acordo com prioridades e disponibilidade orçamentária e financeira. (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 7º, § 2º)

Art. 660. Os recursos orçamentários para a estruturação desses serviços correrão por conta do Programa de Trabalho 10.302.2015.8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 401/2005, Art. 8º)

CAPÍTULO IV

DA COMISSÃO NACIONAL COM A FINALIDADE DE AVALIAR E DEFINIR DIRETRIZES POLÍTICAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Art. 661. Constituir Comissão Nacional com a finalidade de avaliar e definir diretrizes políticas para a promoção da saúde, prevenção e controle das doenças e agravos não-transmissíveis, integrada por representante de cada uma das unidades do Ministério da Saúde e entidade vinculada e das instituições, a seguir indicadas:(Origem: PRT MS/GM 1359/2003, Art. 1º)

I - Secretaria-Executiva; (Origem: PRT MS/GM 1359/2003, Art. 1º, I)

II - Secretaria de Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1359/2003, Art. 1º, II)

III - Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1359/2003, Art. 1º, III)

IV - Instituto Nacional de Câncer; (Origem: PRT MS/GM 1359/2003, Art. 1º, IV)

V - Agência Nacional de Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1359/2003, Art. 1º, V)

VI - Conselho Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1359/2003, Art. 1º, VI)

VII - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1359/2003, Art. 1º, VII)

VIII - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1359/2003, Art. 1º, VIII)

IX - Organização Pan-Americana da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1359/2003, Art. 1º, IX)

Parágrafo Único. A coordenação da Comissão será exercida pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1359/2003, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 662. A política de redução das doenças e agravos não-transmissíveis deverá objetivar: (Origem: PRT MS/GM 1359/2003, Art. 2º)

I - a articulação de todas as ações em desenvolvimento no País para seu controle, visando reorientá-las sob o enfoque da promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 1359/2003, Art. 2º, I)

II - o desenvolvimento da cultura institucional baseada na prevenção, para diminuir a morbidade, mortalidade e incapacidade que causam; (Origem: PRT MS/GM 1359/2003, Art. 2º, II)

III - a associação das ações individuais, especialmente a detecção precoce e o tratamento oportuno de casos, com as de caráter coletivo; (Origem: PRT MS/GM 1359/2003, Art. 2º, III)

IV - o apoio ao ordenamento dos serviços de saúde, segundo as estratégias de atenção à saúde da família, da participação da população e do controle social. (Origem: PRT MS/GM 1359/2003, Art. 2º, IV)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300395

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 663. Consideram-se objetivos específicos das ações dirigidas à prevenção e ao controle das doenças e agravos não-transmissíveis: (Origem: PRT MS/GM 1359/2003, Art. 3º)

I - a melhoria da situação de saúde da população brasileira, no que diz respeito à implementação de intervenções que busquem diminuir a presença de fatores de risco, incluindo hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, obesidade, tabagismo, alcoolismo e outros; (Origem: PRT MS/GM 1359/2003, Art. 3º, I)

II - o estabelecimento de intervenções integrais precoces e adequadas para controle da hipertensão, diabetes e arterioesclerose, a fim de diminuir as deficiências físicas resultantes de enfermidades cerebrovasculares, assim como reduzir as patologias do comportamento; (Origem: PRT MS/GM 1359/2003, Art. 3º, II)

III - a incorporação, nos serviços de saúde, de práticas preventivas dos fatores de riscos e promocionais de estilos de vida saudáveis para a família, dentro de uma percepção integrada, que compreenda os ciclos biológicos, com ênfase nas relações psíquicas, sociais e culturais; (Origem: PRT MS/GM 1359/2003, Art. 3º, III)

IV - o estímulo à participação comunitária, por meio da comunicação social, com o sentido de gerar opinião favorável à adoção de comportamentos, atitudes e hábitos protetores da saúde, mediante alianças para a ação da população diante de determinados fatores de risco e para o desenvolvimento social, descentralizado e intersetorial; (Origem: PRT MS/GM 1359/2003, Art. 3º, IV)

V - a realização de estudos e análises da situação dessas doenças e de avaliação de impacto das ações, programas e políticas para acompanhamento das ações destinadas à sua prevenção e ao seu controle; (Origem: PRT MS/GM 1359/2003, Art. 3º, V)

VI - a implantação de projetos e atividades com a finalidade de prevenir acidentes, especialmente de trânsito, e violências, com repercussão na demanda dos serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1359/2003, Art. 3º, VI)

CAPÍTULO V

DA CÂMARA TÉCNICA EM REUMATOLOGIA

Art. 664. Fica instituída a Câmara Técnica em Reumatologia com a finalidade elaborar as diretrizes para à atenção à saúde da pessoa com doenças reumatológicas, bem como acompanhar, avaliar e atualizar as normas, parâmetros e procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materias Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 3443/2010, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Câmara Técnica de que trata o caput será composta pelos membros a seguir relacionados e atuará sob a coordenação do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde (DAET/SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 3443/2010, Art. 1º, Parágrafo Único) (com redação dada pela PRT MS/GM 1256/2014)

I - um representante do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 3443/2010, Art. 1º, Parágrafo Único, I)

II - um representante do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 3443/2010, Art. 1º, Parágrafo Único, II)

III - um representante do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 3443/2010, Art. 1º, Parágrafo Único, III)

IV - um representante do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 3443/2010, Art. 1º, Parágrafo Único, IV)

V - um representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 3443/2010, Art. 1º, Parágrafo Único, V)

VI - um representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 3443/2010, Art. 1º, Parágrafo Único, VI)

VII - um representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 3443/2010, Art. 1º, Parágrafo Único, VII)

VIII - um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 3443/2010, Art. 1º, Parágrafo Único, VIII)

IX - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 3443/2010, Art. 1º, Parágrafo Único, IX)

X - um representante do Hospital Universitário indicado pela Associação Brasileira dos Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE); (Origem: PRT MS/GM 3443/2010, Art. 1º, Parágrafo Único, X)

XI - um representante da Sociedade Brasileira de Reumatologia; e (Origem: PRT MS/GM 3443/2010, Art. 1º, Parágrafo Único, XI)

XII - um representante da Associação Nacional de Pacientes com Reumatismo (ANAPAR). (Origem: PRT MS/GM 3443/2010, Art. 1º, Parágrafo Único, XII)

Art. 665. São atribuições da Câmara Técnica em Reumatologia: (Origem: PRT MS/GM 3443/2010, Art. 2º)

I - a elaboração de Diretrizes para a atenção à saúde da pessoa com doença reumatológica; (Origem: PRT MS/GM 3443/2010, Art. 2º, I)

II - as ações de promoção da saúde, da prevenção, de diagnóstico e do tratamento de doenças e agravos levadas a cabo no âmbito coletivo ou individual na assistência pública e privada; (Origem: PRT MS/GM 3443/2010, Art. 2º, II)

III - as recomendações para o desenvolvimento das ações das entidades públicas e privadas que integram o SUS e, quando solicitado, o sistema de saúde suplementar; (Origem: PRT MS/GM 3443/2010, Art. 2º, III)

IV - acompanhar , monitorar e sugerir revisão, quando indicado, da tabela de procedimentos relativos à Atenção Á Saúde da pessoa com doença reumatológica; (Origem: PRT MS/GM 3443/2010, Art. 2º, IV)

V - a estruturação de redes de atenção na área de reumatologia; e (Origem: PRT MS/GM 3443/2010, Art. 2º, V)

VI - a avaliação de estudos e pesquisas na área de reumatologia. (Origem: PRT MS/GM 3443/2010, Art. 2º, VI)

Art. 666. A Câmara Técnica se reunirá, periodicamente, conforme cronograma a ser estabelecido pelo Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde (DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 3443/2010, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1256/2014)

Parágrafo Único. A Câmara Técnica em Reumatologia, quando julgar necessário, poderá convidar participantes ad hoc, sempre de caráter institucional, internos ou externos ao Ministério da Saúde, nas áreas correlacionadas com a reumatologia. (Origem: PRT MS/GM 3443/2010, Art. 3º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO VI

DA ATENÇÃO ONCOLÓGICA

Seção I

Das Regras e Critérios para o Credenciamento de Instituições e para Apresentação, Recebimento, Análise, Aprovação, Execução, Acompanhamento, Prestação de Contas e Avaliação de Resultados de Projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD)

Art. 667. O Anexo LXXXVI dispõe sobre as regras e critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD).

Seção II

Do Plano de Expansão da Radioterapia

Art. 668. Fica instituído o Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de articular projetos de ampliação e qualificação de hospitais habilitados em oncologia, em consonância com os vazios assistenciais, as demandas regionais de assistência oncológica e as demandas tecnológicas do SUS. (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 1º)

Art. 669. São objetivos do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS: (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 2º)

I - definir, coordenar e aplicar método de criação de novos serviços de radioterapia em hospitais habilitados no SUS como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON); (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 2º, I)

II - definir, coordenar e aplicar método de ampliação de serviços existentes de radioterapia em hospitais habilitados no SUS como UNACON com Serviço de Radioterapia ou como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON); (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 2º, II)

III - desenvolver o Plano de Ações para Expansão da Radioterapia no SUS; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 2º, III)

IV - definir, em parceria com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, a expansão adequada à Rede de Atenção à Saúde, especificamente quanto à atenção oncológica; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 2º, IV)

V - coordenar e monitorar visitas técnicas de diagnóstico necessárias durante a implantação do projeto e coordenação do processo de obras e de aquisição de equipamentos de diagnóstico e tratamento; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 2º, V)

VI - coordenar a elaboração de pareceres técnicos relacionados ao Plano, em resposta a solicitações do Ministério da Saúde, dos Poderes Legislativo e Judiciário, organizações da sociedade civil, órgãos de controle estatais, Secretarias de Saúde, Hospitais e outros; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 2º, VI)

VII - subsidiar programas de capacitação de profissionais; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 2º, VII)

VIII - gerenciar todos os projetos de criação ou ampliação nos hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia com recursos do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 2º, VIII)

IX - articular as demandas tecnológicas do SUS com as iniciativas do Plano Brasil Maior para o estímulo à produção e desenvolvimento tecnológico nacional, por intermédio da internalização da produção dos equipamentos. (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 2º, IX)

Art. 670. O Plano de Expansão da Radioterapia no SUS será executado por criação ou ampliação de serviços de radioterapia ofertados ao SUS, mediante a formalização de convênio para doação de equipamentos de radioterapia devidamente instalados, com a apresentação de todos os documentos exigidos no instrumento referido. (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 3º)

Art. 671. O convênio a que se refere o art. 670 somente será assinado mediante a apresentação de declaração emitida pela respectiva Secretaria de Saúde Estadual, constando os seguintes compromissos mínimos: (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 4º)

I - priorização dos processos para aprovação de projetos, licenciamento e credenciamento de serviços de radioterapia no âmbito da Secretaria de Saúde Estadual; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 4º, I)

II - regulação do acesso de pacientes para os serviços de radioterapia criados ou ampliados no âmbito deste Plano; e (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 4º, II)

III - garantia de apoio técnico e financeiro ao hospital, quando a Secretaria Estadual de Saúde julgar pertinente e necessário. (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 4º, III)

Parágrafo Único. Para os fins do estabelecido no "caput" deste artigo, o hospital e a respectiva Secretaria Estadual de Saúde terão responsabilidade solidária. (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 672. A assinatura de convênios no âmbito do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS será feita com a observância de ordem de classificação e de prioridade para os hospitais interessados, observada a pontuação fixada no Anexo XXXV . (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 5º)

§ 1º As Secretarias de Saúde Estaduais poderão, mediante justificativa técnica, propor nova ordem de classificação e de prioridade para os hospitais pontuados e classificados em seu Estado, bem como propor a inclusão de outros estabelecimentos de saúde na listagem. (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O pedido de nova ordem de classificação ou de inclusão de novos estabelecimentos de saúde, conforme § 1º, somente poderá ser formulado se as Secretarias de Saúde Estaduais promoverem, previamente, chamamento público para seleção de potenciais interessados. (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 5º, § 2º)

Art. 673. Para fins de criação ou ampliação de serviços de radioterapia, são elegíveis para adesão ao Plano de Expansão da Radioterapia no SUS os estabelecimentos hospitalares públicos ou privados sem fins lucrativos que sejam habilitados como: (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 6º)

I - UNACON; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 6º, I)

II - UNACON com Serviço de Radioterapia; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 6º, II)

III - UNACON com Serviço de Hematologia; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 6º, III)

IV - UNACON com Serviço de Oncologia Pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 6º, IV)

V - CACON; e (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 6º, V)

VI - CACON com Serviço de Oncologia Pediátrica. (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 6º, VI)

Art. 674. Para fins de criação de serviços de radioterapia, são elegíveis para adesão ao Plano de Expansão da Radioterapia no SUS os hospitais públicos ou privados sem fins lucrativos associados a serviço isolado de radioterapia com fins lucrativos. (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 7º)

Art. 675. Fica instituído o Comitê Gestor do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS, que será composto pelos seguintes membros: (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 8º)

I - Secretário(a) Executivo(a) do Ministério da Saúde (SE), que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 8º, I)

II - Secretário(a) de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 8º, II)

III - Secretário(a) de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE); e (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 8º, III)

IV - Diretor-Geral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS). (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 8º, IV)

Art. 676. Compete ao Comitê Gestor: (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 9º)

I - aprovar as diretrizes estratégicas do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 9º, I)

II - aprovar o Plano de Ações elaborado pelo Comitê Executivo; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 9º, II)

III - aprovar outras ações propostas pelo Comitê Executivo; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 9º, III)

IV - propor os locais e hospitais, em consonância com as respectivas Secretarias Estaduais de Saúde, onde serão implementados os projetos de criação ou ampliação de serviços de radioterapia; e (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 9º, IV)

V - avaliar as propostas das Secretarias Estaduais de Saúde para nova ordem de classificação e de prioridade para os hospitais pontuados e classificados em seu Estado. (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 9º, V)

Parágrafo Único. O Comitê Gestor reunir-se-á semestralmente com o objetivo de acompanhar a execução do Plano de Ações aprovado. (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 677. Fica instituído o Comitê Executivo do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS, que será composto por representantes dos seguintes órgãos do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 10)

I - Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde (DECIIS/SCTIE/MS), que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 10, I)

II - Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 10, II)

III - Departamento de Logística em Saúde (DLOG/SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 10, III)

IV - Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA/SE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 10, IV)

V - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 10, V)

Art. 678. Compete ao Comitê Executivo: (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11)

I - propor ao Comitê Gestor as diretrizes estratégicas do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, I)

II - elaborar o Plano de Ações, que conterá, entre outras, as linhas estratégicas que orientarão o emprego de esforços e recursos, materiais e financeiros, necessários à execução do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, II)

III - propor outras ações ao Comitê Gestor; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, III)

IV - gerenciar e monitorar a implantação das ações estabelecidas no Plano de Ações; e (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, IV)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300396

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

V - propor ao Comitê Gestor a listagem dos locais e hospitais onde serão implementados os projetos de criação ou ampliação de serviços de radioterapia. (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, V)

§ 1º O Comitê Executivo contará com: (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, § 1º)

I - Gerência de Projeto, exercida pela Coordenação-Geral de Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde (CGEMS/DECIIS/SCTIE/MS), com apoio do DAET/SAS/MS e do INCA/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, § 1º, I)

II - Apoio Logístico, exercido em conjunto pela SAA/SE/MS, pelo DLOG/SE/MS e pela Secretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/SE/MS), no âmbito de suas competências; e (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, § 1º, II)

III - Coordenação Técnica, exercida pelo INCA/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, § 1º, III)

§ 2º O Comitê Executivo reunir-se-á mensalmente com o objetivo de acompanhar a execução o Plano de Expansão de Radioterapia no SUS. (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, § 2º)

§ 3º Compete à Gerência de Projeto do Comitê Executivo: (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, § 3º)

I - acompanhar as ações que integram o Plano de Expansão de Radioterapia no SUS; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, § 3º, I)

II - subsidiar tecnicamente o Comitê Executivo; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, § 3º, II)

III - analisar a adesão ao Plano de Expansão de Radioterapia no SUS, bem como futuras alterações; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, § 3º, III)

IV - avaliar e acompanhar os projetos de criação e ampliação de serviços de radioterapia, considerando aspectos de estrutura e assistenciais; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, § 3º, IV)

V - acompanhar a execução do cronograma de obras para criação ou ampliação dos serviços de radioterapia; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, § 3º, V)

VI - acompanhar a execução do cronograma de compensação tecnológica previsto na aquisição das tecnologias previstas no Plano de Expansão de Radioterapia no SUS, em consonância com o objetivo previsto no art. 669, IX; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, § 3º, VI)

VII - participar de visitas técnicas; e (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, § 3º, VII)

VIII - acompanhar, por meio de indicadores específicos, a implantação e produção assistencial dos serviços criados e ampliados. (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, § 3º, VIII)

§ 4º A Gerência de Projeto poderá convocar reuniões e solicitar técnicos e relatórios de qualquer área do Ministério da Saúde, para acompanhar e monitorar a implantação das ações que integram o Plano de Ações. (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, Parágrafo Único)

§ 5º Compete ao Apoio Logístico: (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, § 4º)

I - colaborar na elaboração e execução do Plano de Ações para a Expansão da Radioterapia no SUS; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, § 4º, I)

II - orientar, implementar e avaliar os processos e as ações de compra de bens e de contratação de serviços relativos ao Plano de Ações; e (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, § 4º, II)

III - orientar e avaliar os processos de orçamento, finanças e contabilidade das compras de bens e contratações de serviços relativos ao Plano de Ações. (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, § 4º, III)

§ 6º Compete à Coordenação Técnica: (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, § 5º)

I - atuar como facilitadora da implantação do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, § 5º, I)

II - contribuir para a implementação das diretrizes do Plano de Ações; (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, § 5º, II)

III - apoiar tecnicamente o Comitê Gestor do Plano de Expansão; e (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, § 5º, III)

IV - elaborar e consolidar relatórios semestrais que subsidiarão as reuniões do Comitê Gestor do Plano de Expansão. (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, § 5º, IV)

§ 7º As funções dos membros do Comitê Gestor e do Comitê Executivo não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Art. 11, § 6º)

CAPÍTULO VII

DO SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Seção I

Da Organização do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual

Art. 679. Esta Seção define o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 1º)

Art. 680. O Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS integra as redes intersetoriais de enfrentamento da violência contra mulheres, homens, crianças, adolescentes e pessoas idosas e tem como funções precípuas preservar a vida, ofertar atenção integral em saúde e fomentar o cuidado em rede. (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 2º)

Art. 681. O Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual poderá ser organizado em todos os estabelecimentos de saúde integrantes do SUS, conforme as especificidades e atribuições de cada estabelecimento. (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 3º)

Art. 682. O Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual poderá abranger as seguintes classificações: (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 4º)

I - Serviço de Referência para Atenção Integral às Mulheres em Situação de Violência Sexual; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 4º, I)

II - Serviço de Referência para Atenção Integral a Adolescentes em Situação de Violência Sexual; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 4º, II)

III - Serviço de Referência para Atenção Integral às Crianças em Situação de Violência Sexual; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 4º, III)

IV - Serviço de Referência para Atenção Integral aos Homens em Situação de Violência Sexual; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 4º, IV)

V - Serviço de Referência para Atenção Integral às Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 4º, V)

VI - Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei; e (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 4º, VI)

VII - Serviços ambulatoriais com atendimento a pessoas em situação de violência sexual. (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 4º, VII)

§ 1º Os Serviços de Referência para Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes, Crianças, Homens e Pessoas Idosas em situação de violência sexual e o Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei poderão ser organizados em hospitais gerais e maternidades, prontos-socorros, Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e no conjunto de serviços de urgência não hospitalares. (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Os serviços ambulatoriais, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios de especialidades e outros, compõem a rede de cuidado a pessoas em situação de violência sexual, devendo realizar o atendimento conforme suas especificidades e atribuições. (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 4º, § 2º)

Art. 683. Os Serviços de Referência para Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes, Crianças, Homens e Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual terão suas ações desenvolvidas em conformidade com a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde, realizando: (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 5º)

I - acolhimento; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 5º, I)

II - atendimento humanizado, observados os princípios do respeito da dignidade da pessoa humana, da não discriminação, do sigilo e da privacidade; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 5º, II)

III - escuta qualificada, propiciando ambiente de confiança e respeito; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 5º, III)

IV - informação prévia ao paciente, assegurada sua compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas, multiprofissionais e policiais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 5º, IV)

V - atendimento clínico; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 5º, V)

VI - atendimento psicológico; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 5º, VI)

VII - realização de anamnese e preenchimento de prontuário onde conste, entre outras, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 5º, VII)

a) data e hora do atendimento; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 5º, VII, a)

b) história clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 5º, VII, b)

c) exame físico completo, inclusive exame ginecológico, se for necessário; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 5º, VII, c)

d) descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica;e (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 5º, VII, d)

e) identificação dos profissionais que atenderam a pessoa em situação de violência; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 5º, VII, e)

VIII - dispensação e administração de medicamentos para profilaxias indicadas conforme as normas, regras e diretrizes técnicas do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 5º, VIII)

IX - exames laboratoriais necessários; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 5º, IX)

X - preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 5º, X)

XI - orientação e agendamento ou encaminhamento para acompanhamento clínico e psicossocial; e (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 5º, XI)

XII - orientação às pessoas em situação de violência ou aos seus responsáveis a respeito de seus direitos e sobre a existência de outros serviços para atendimento a pessoas em situação de violência sexual. (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 5º, XII)

§ 1º Sem prejuízo da atuação do Instituto Médico Legal (IML), os estabelecimentos de saúde poderão realizar, no âmbito dos serviços de referência dispostos no "caput", a coleta, guarda provisória, preservação e entrega de material com vestígios de violência sexual, conforme o disposto no Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Os estabelecimentos de saúde que organizarem a oferta dos serviços de referência dispostos no "caput" funcionarão em regime integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana e sem interrupção da continuidade entre os turnos, sendo de competência do gestor local de saúde a regulação do acesso aos leitos em casos de internação. (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 5º, § 2º)

Art. 684. O Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei terá suas ações desenvolvidas em conformidade com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde, realizando: (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 6º)

I - atendimento clínico, ginecológico, cirúrgico e psicossocial, contando com serviço de apoio laboratorial; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 6º, I)

II - apoio diagnóstico e assistência farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 6º, II)

III - coleta e guarda de material genético. (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 6º, III)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos de saúde que organizarem a oferta do serviço de referência disposto no "caput" funcionarão em regime integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana e sem interrupção da continuidade entre os turnos, sendo de competência do gestor local de saúde a regulação do acesso aos leitos em casos de internação. (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 685. A equipe dos Serviços de Referência para Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes, Crianças, Homens e Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual e do Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei possuirá a seguinte composição de referência: (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 7º)

I - 1 (um) médico clínico ou 1 (um) médico em especialidades cirúrgicas; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 7º, I)

II - 1 (um) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 7º, II)

III - 1 (um) técnico em enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 7º, III)

IV - 1 (um) psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 7º, IV)

V - 1 (um) assistente social; e (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 7º, V)

VI - 1 (um) farmacêutico. (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 7º, VI)

§ 1º Equipamentos e outros materiais necessários para o funcionamento adequado dos serviços de referência deverão estar organizados e disponíveis para os profissionais em escala de atendimento, de acordo com as normas, regras e diretrizes técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Os serviços de referência assegurarão a continuidade do cuidado e do acompanhamento, incluindo-se a realização dos exames regulares, de acordo com os protocolos clínicos e diretrizes técnicas em vigor. (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 7º, § 2º)

Art. 686. Os Serviços de Referência para Atenção Integral a Adolescentes e às Crianças em Situação de Violência Sexual comunicarão imediatamente ao Conselho Tutelar da respectiva localidade a suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente, de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 8º)

Art. 687. O Serviço de Referência para Atenção Integral às Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual subsidiará com informações à rede intersetorial de serviços de saúde e assistência social de que trata a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso). (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 9º)

Art. 688. Os serviços ambulatoriais com atendimento a pessoas em situação de violência sexual deverão oferecer acolhimento, atendimento humanizado e multidisciplinar e encaminhamento, sempre que necessário, aos serviços referência na Saúde, serviços de assistência social ou de outras políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência e órgãos e entidades de defesa de direitos. (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 10)

Parágrafo Único. Os medicamentos para profilaxias indicadas, inclusive anticoncepção de emergência, deverão ser dispensados e administrados nos serviços ambulatoriais às vítimas de violência sexual. (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 689. O Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual em suas diversas classificações realizará a notificação compulsória das situações atendidas através da Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violências Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, disponível no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 11)

Art. 690. O monitoramento e a avaliação do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual em suas diversas classificações constituem responsabilidade do Ministério da Saúde e das respectivas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 12)

§ 1º O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS), em parceria com demais áreas do Ministério da Saúde, estabelecerá em conjunto com as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, o apoio técnico para a implementação, o monitoramento e a avaliação do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual em suas diversas classificações. (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 12, § 1º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300397

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

§ 2º O Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios desenvolverão mecanismos de informação e comunicação à população sobre os endereços em que estejam situados os Serviços de Referência para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, de acordo com os dados registrados no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 12, § 2º)

Art. 691. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 13)

I - financiar, de acordo com a sua disponibilidade orçamentária e financeira, a adequação dos espaços físicos, equipamentos e insumos para atendimento às pessoas em situação de violência sexual com coleta de informações e vestígios; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 13, I)

II - criar procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS para atendimento multiprofissional e interdisciplinar às vítimas de violência sexual em serviços de referência; e (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 13, II)

III - cofinanciar as ações de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual. (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 13, III)

Art. 692. Compete às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 14)

I - adotar as providências necessárias para a organização do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual em suas diversas classificações; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 14, I)

II - orientar o cadastramento dos estabelecimentos de saúde no SCNES, de acordo com as classificações descritas no Anexo LV ; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 14, II)

III - estabelecer fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência entre os serviços, de forma que o acesso seja ampliado e o atendimento adequado e humanizado, observada a organização das redes regionalizadas de atenção; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 14, III)

IV - realizar o acompanhamento, o controle e a avaliação das ações e serviços para o fortalecimento das políticas de atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em parceria com o Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 14, IV)

V - implementar ações e estratégias de apoio intersetorial ao enfrentamento da violência sexual previstas nas normas, regras e diretrizes técnicas para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual em vigor, incluindo-se: (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 14, V)

a) a qualificação periódica de equipes multiprofissionais; (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 14, V, a)

b) o desenvolvimento de mecanismos de supervisão, apoio técnico e incorporação de tecnologias que favoreçam a qualificação e expansão do número de Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, de acordo com as potencialidades regionais e locais; e (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 14, V, b)

c) a articulação dos diversos serviços de saúde a outros recursos públicos no sentido de garantir o acesso, o cuidado e os encaminhamentos necessários para a proteção, defesa de direitos e responsabilização das pessoas que cometem violências. (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 14, V, c)

Art. 693. Caberá ao Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, tornar pública, inclusive no endereço eletrônico do Ministério da Saúde, a relação de estabelecimentos de saúde que atenderão pessoas em situação de violência sexual no âmbito do SUS, de acordo com suas especificidades. (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Art. 15)

Seção II

Do Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos Casos Previstos em Lei

Art. 694. O Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei é condição necessária para adoção de qualquer medida de interrupção da gravidez no âmbito do Sistema Único de Saúde, excetuados os casos que envolvem riscos de morte à mulher. (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 1º)

Art. 695. O Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei compõe-se de quatro fases que deverão ser registradas no formato de Termos, arquivados anexos ao prontuário médico, garantida a confidencialidade desses termos. (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 2º)

Art. 696. A primeira fase é constituída pelo relato circunstanciado do evento, realizado pela própria gestante, perante dois profissionais de saúde do serviço. (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 3º)

Parágrafo Único. O Termo de Relato Circunstanciado deverá ser assinado pela gestante ou, quando incapaz, também por seu representante legal, bem como por dois profissionais de saúde do serviço, e conterá: (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 3º, Parágrafo Único)

I - local, dia e hora aproximada do fato; (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 3º, Parágrafo Único, I)

II - tipo e forma de violência; (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 3º, Parágrafo Único, II)

III - descrição dos agentes da conduta, se possível; e (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 3º, Parágrafo Único, III)

IV - identificação de testemunhas, se houver. (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 3º, Parágrafo Único, IV)

Art. 697. A segunda fase dá-se com a intervenção do médico que emitirá parecer técnico após detalhada anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, avaliação do laudo ultrassonográfico e dos demais exames complementares que porventura houver. (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 4º)

§ 1º Paralelamente, a mulher receberá atenção e avaliação especializada por parte da equipe de saúde multiprofissional, que anotará suas avaliações em documentos específicos. (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Três integrantes, no mínimo, da equipe de saúde multiprofissional subscreverão o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez, não podendo haver desconformidade com a conclusão do parecer técnico. (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 4º, § 2º)

§ 3º A equipe de saúde multiprofissional deve ser composta, no mínimo, por obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo. (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 4º, § 3º)

Art. 698. A terceira fase verifica-se com a assinatura da gestante no Termo de Responsabilidade ou, se for incapaz, também de seu representante legal, e esse Termo conterá advertência expressa sobre a previsão dos crimes de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal) e de aborto (art. 124 do Código Penal), caso não tenha sido vítima de violência sexual. (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 5º)

Art. 699. A quarta fase se encerra com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que obedecerá aos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 6º)

I - o esclarecimento à mulher deve ser realizado em linguagem acessível, especialmente sobre: (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 6º, I)

a) os desconfortos e riscos possíveis à sua saúde; (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 6º, I, a)

b) os procedimentos que serão adotados quando da realização da intervenção médica; (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 6º, I, b)

c) a forma de acompanhamento e assistência, assim como os profissionais responsáveis; e (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 6º, I, c)

d) a garantia do sigilo que assegure sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos, exceto quanto aos documentos subscritos por ela em caso de requisição judicial; (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 6º, I, d)

II - deverá ser assinado ou identificado por impressão datiloscópica, pela gestante ou, se for incapaz, também por seu representante legal; e (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 6º, II)

III - deverá conter declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez. (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 6º, III)

Art. 700. Todos os documentos que integram o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, conforme Modelos dos Anexos LXIII, LXIV, LXV, LXVI e LXVII desta Seção, deverão ser assinados pela gestante, ou, se for incapaz, também por seu representante legal, elaborados em duas vias, sendo uma fornecida para a gestante. (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 7º)

CAPÍTULO VIII

DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DA DOENÇA ALZHEIMER

Art. 701. Fica instituído, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer. (Origem: PRT MS/GM 703/2002, Art. 1º)

Art. 702. O Programa ora instituído será desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em cooperação com as respectivas Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e seus Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.(Origem: PRT MS/GM 703/2002, Art. 2º)

Parágrafo Único. Os Centros de Referência integrantes da Rede mencionada no caput deste Artigo são os responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes, orientação a familiares e cuidadores e o que mais for necessário à adequada atenção aos pacientes portadores da Doença de Alzheimer. (Origem: PRT MS/GM 703/2002, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 703. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá estabelecer o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da demência por Doença de Alzheimer, incluir os medicamentos utilizados neste tratamento no rol dos Medicamentos Excepcionais e adotar as demais medidas que forem necessárias ao fiel cumprimento do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 703/2002, Art. 3º)

CAPÍTULO IX

DA ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL

Art. 704. Ficam instituídos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, mecanismos para a organização e implantação da assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional. (Origem: PRT MS/GM 343/2005, Art. 1º)

Parágrafo Único. A assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional será composta por: (Origem: PRT MS/GM 343/2005, Art. 1º, Parágrafo Único)

I - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional; e (Origem: PRT MS/GM 343/2005, Art. 1º, Parágrafo Único, I)

II - Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional. (Origem: PRT MS/GM 343/2005, Art. 1º, Parágrafo Único, II)

Art. 705. As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional proporcionarão condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência hospitalar e especializada a pacientes em risco nutricional ou desnutridos, incluindo, na sua solicitação de credenciamento, os critérios da Política Nacional de Humanização. (Origem: PRT MS/GM 343/2005, Art. 2º)

Parágrafo Único. As aptidões e atribuições das Unidades e dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional serão regulamentadas pela Secretaria de Atenção à Saúde - SAS em ato próprio. (Origem: PRT MS/GM 343/2005, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 706. As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na regulamentação, adotarão as providências necessárias ao credenciamento das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional. (Origem: PRT MS/GM 343/2005, Art. 3º)

Art. 707. Fica instituída a "Câmara Técnica em Terapia Nutricional", subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde, com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 343/2005, Art. 4º)

Art. 708. Os seguintes instrumentos de gestão devem ser regulamentados: (Origem: PRT MS/GM 343/2005, Art. 5º)

I - Banco de Dados dos Usuários de Terapia Nutricional; e (Origem: PRT MS/GM 343/2005, Art. 5º, I)

II - Protocolos de Triagem e Avaliação Nutricional, Protocolos de Indicação de Terapia Nutricional e de Protocolos para o Acompanhamento dos Pacientes em Terapia Nutricional. (Origem: PRT MS/GM 343/2005, Art. 5º, II)

Art. 709. A Secretaria de Atenção à Saúde adotará as medidas necessárias à implantação do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 343/2005, Art. 6º)

Art. 710. Os processos de solicitação de habilitação dos estabelecimentos de saúde para realização dos procedimentos em Terapia Nutricional deverão ser aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhados para apreciação da Coordenação-Geral de Alta Complexidade, do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 343/2005, Art. 7º)

Art. 711. Os recursos orçamentários de que trata este Capítulo correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho: (Origem: PRT MS/GM 343/2005, Art. 8º)

I - 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População nos Municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados habilitados em Gestão Plena/Avançada; e (Origem: PRT MS/GM 343/2005, Art. 8º, I)

II - 10.302.1220.8587 - Atenção à Saúde da População nos Municípios não-habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos estados não-habilitados em Gestão Plena/Avançada. (Origem: PRT MS/GM 343/2005, Art. 8º, II)

CAPÍTULO X

DA ATENÇÃO AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DE DIABETES MELLITUS

Seção I

Do Elenco de Medicamentos e Insumos Disponibilizados pelo SUS, nos Termos da Lei nº. 11.347, de 2006, aos Usuários Portadores de Diabetes Mellitus

Art. 712. Fica definido o elenco de medicamentos e insumos que devem ser disponibilizados na rede do Sistema Único de Saúde, destinados ao monitoramento da glicemia capilar dos portadores de diabetes mellitus, nos termos da Lei Federal nº 11.347, de 2006. (Origem: PRT MS/GM 2583/2007, Art. 1º)

I - MEDICAMENTOS: (Origem: PRT MS/GM 2583/2007, Art. 1º, I)

a) glibenclamida 5 mg comprimido; (Origem: PRT MS/GM 2583/2007, Art. 1º, I, a)

b) cloridrato de metformina 500 mg e 850 mg comprimido; (Origem: PRT MS/GM 2583/2007, Art. 1º, I, b)

c) glicazida 80 mg comprimido; (Origem: PRT MS/GM 2583/2007, Art. 1º, I, c)

d) insulina humana NPH - suspensão injetável 100 UI/mL; e (Origem: PRT MS/GM 2583/2007, Art. 1º, I, d)

e) insulina humana regular - suspensão injetável 100 UI/mL. (Origem: PRT MS/GM 2583/2007, Art. 1º, I, e)

II - INSUMOS: (Origem: PRT MS/GM 2583/2007, Art. 1º, II)

a) seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina; (Origem: PRT MS/GM 2583/2007, Art. 1º, II, a)

b) tiras reagentes de medida de glicemia capilar; e (Origem: PRT MS/GM 2583/2007, Art. 1º, II, b)

c) lancetas para punção digital. (Origem: PRT MS/GM 2583/2007, Art. 1º, II, c)

Art. 713. Os insumos do art. 712, II devem ser disponibilizados aos usuários do SUS, portadores de diabetes mellitus insulino-dependentes e que estejam cadastrados no cartão SUS e/ou no Programa de Hipertensão e Diabetes (Hiperdia). (Origem: PRT MS/GM 2583/2007, Art. 2º)

§ 1º As tiras reagentes de medida de glicemia capilar serão fornecidas mediante a disponibilidade de aparelhos medidores (glicosímetros). (Origem: PRT MS/GM 2583/2007, Art. 2º, § 1º)

§ 2º A prescrição para o automonitoramento será feita a critério da Equipe de Saúde responsável pelo acompanhamento do usuário portador de diabetes mellitus, observadas as normas estabelecidas no Anexo LXXXVII . (Origem: PRT MS/GM 2583/2007, Art. 2º, § 2º)

§ 3º O fornecimento de seringas e agulhas para administração de insulina deve seguir o protocolo estabelecido para o manejo e tratamento do diabetes mellitus contido no nº 16 da série "Cadernos da Atenção Básica - Ministério da Saúde, disponível em versões impressa e eletrônica no endereço http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php. (Origem: PRT MS/GM 2583/2007, Art. 2º, § 3º)

Art. 714. Os usuários portadores de diabetes mellitus insulino-dependentes devem estar inscritos nos Programas de Educação para Diabéticos, promovidos pelas unidades de saúde do SUS, executados conforme descrito: (Origem: PRT MS/GM 2583/2007, Art. 3º)

I - a participação de portadores de diabetes mellitus pressupõe vínculo com a unidade de saúde do SUS responsável pela oferta do Programa de Educação, que deve estar inserido no processo terapêutico individual e coletivo, incluindo acompanhamento clínico e seguimento terapêutico, formalizados por meio dos devidos registros em prontuário; (Origem: PRT MS/GM 2583/2007, Art. 3º, I)

II - as ações programáticas abordarão componentes do cuidado clínico, incluindo a promoção da saúde, o gerenciamento do cuidado e as atualizações técnicas relativas a diabetes mellitus; (Origem: PRT MS/GM 2583/2007, Art. 3º, II)

III - as ações devem ter como objetivos o desenvolvimento da autonomia para o autocuidado, a construção de habilidades e o desenvolvimento de atitudes que conduzam à contínua melhoria do controle sobre a doença, objetivando o progressivo aumento da qualidade de vida e a redução das complicações do diabetes mellitus.(Origem: PRT MS/GM 2583/2007, Art. 3º, III)

Art. 715. A aquisição, a distribuição, a dispensação e o financiamento dos medicamentos e insumos de que trata esta Seção são de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme pactuação Tripartite e as normas do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 2583/2007, Art. 4º)

TÍTULO VI

DA ORGANIZAÇÃO DO SUS

CAPÍTULO I

DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Seção I

Programa de Formação de Profissional de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS)

Art. 716. Ficam definidas as diretrizes e estratégias para a implementação do Programa de Formação de Profissional de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS). (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 1º)

§ 1º A educação profissional a que se refere esta Seção será desenvolvida por meio de cursos e programas de formação inicial e continuada de trabalhadores, incluídos a capacitação, o aperfeiçoamento, a especialização e a atualização em todos os níveis de escolaridade, e a educação profissional técnica de nível médio desenvolvida, de forma articulada, com o ensino médio. (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 1º, § 1º)

§ 2º O programa de formação profissional técnica de nível médio em áreas estratégicas para a saúde deve considerar as especificidades regionais, as necessidades de formação e a capacidade de oferta institucional de ações técnicas de educação de nível médio na saúde. (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 1º, § 2º)

Art. 717. A proposição das ações de formação profissional técnica de nível médio em áreas estratégicas para a saúde será conduzida pelos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES). (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 2º)

§ 1º Os Colegiados de Gestão Regional, considerando as especificidades locais, as necessidades de formação técnica de nível médio identificadas na região de saúde observadas no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde definirão os cursos de formação profissional técnica de nível médio, contemplando as prioridades constantes na medida 4.5 do Programa MAIS SAÚDE: Direito de Todos, instituído pelo Governo Federal por meio do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 2º, § 1º)

§ 2º As CIES deverão participar da formulação e do desenvolvimento dos programas de formação profissional técnica de nível médio com vistas a atender às demandas de áreas estratégicas para a saúde. (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 2º, § 2º)

Art. 718. As áreas técnicas estratégicas prioritárias para a educação profissional técnica de nível médio na saúde são: Radiologia, Patologia Clínica e Citotécnico, Hemoterapia, Manutenção de Equipamentos, Saúde Bucal, Prótese Dentária, Vigilância em Saúde e Enfermagem. (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 3º)

Art. 719. As áreas estratégicas para o nível de aperfeiçoamento/capacitação são: Saúde do Idoso para as equipes da Estratégia Saúde da Família e equipes de enfermagem das instituições de longa permanência, e a formação dos Agentes Comunitários de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 4º)

Parágrafo Único. A formação dos Agentes Comunitários de Saúde obedecerá as disposições da Seção V do Capítulo I do Título VI da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 720. Terão prioridade na formulação e execução técnicapedagógica dos cursos do PROFAPS as Escolas Técnicas de Saúde do SUS, as Escolas de Saúde Pública e os Centros Formadores vinculados aos gestores estaduais e municipais de saúde, como um componente para seu fortalecimento institucional e pedagógico.(Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 5º)

Parágrafo Único. A pactuação dos projetos na CIB poderá contemplar outras instituições formadoras, desde que legalmente reconhecidas e habilitadas para este fim, quando, no seu âmbito regional, não houver instituições formadoras citadas no caput do artigo ou quando a capacidade da mesma apresentar-se insuficiente para a demanda de formação. (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 721. O Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal serão responsáveis por: (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 6º)

I - planejar o PROFAPS, no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das CIES; e (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 6º, I)

II - estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde, em seu âmbito de gestão, para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos de formação técnica de nível médio. (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 6º, II)

Art. 722. Os projetos a serem encaminhados à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), para liberação dos recursos do PROFAPS, deverão seguir as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e as orientações para a elaboração dos projetos constantes dos Anexos XCIII e XCIV da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 7º)

Art. 723. A SGTES/MS deverá monitorar, acompanhar e supervisionar as ações previstas no PROFAPS estabelecendo cooperação técnica com as instituições formadoras na formulação e execução dos cursos. (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 8º)

Art. 724. As secretarias de saúde dos estados, dos municípios e do Distrito Federal manterão, à disposição da SGTES/MS e dos órgãos de fiscalização e controle, todas as informações relativas à execução das atividades de implementação do PROFAPS. (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 9º)

Seção II

Da Implementação e Execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, de Responsabilidade Técnico-administrativa do Ministério da Saúde

Art. 725. Ficam aprovadas as normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, de responsabilidade técnico-administrativa do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 1º)

Art. 726. O Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho é uma estratégia para provimento e fixação de profissionais em programas, projetos, ações e atividades em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), destinado aos estudantes de graduação dos cursos da área da saúde, profissionais de nível superior e trabalhadores da área da saúde e tem como objetivo promover a vivência, estágios, aperfeiçoamentos, formação e especialização de nível superior e médio em áreas prioritárias. (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 754/2012)

I - possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o País, de acordo com características sociais e regionais; (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 2º, I)

II - contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e políticas de saúde do País; (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 2º, II)

III - sensibilizar e preparar estudantes e profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira em todo o território nacional; (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 2º, III)

IV - induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde no âmbito da atenção em saúde com qualidade em todo o território nacional; e (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 2º, IV)

V - contribuir para a universalidade e a equidade no acesso à atenção em saúde. (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 2º, V)

Art. 727. Para a mais adequada execução e implementação do presente Programa, o Ministério da Saúde poderá estabelecer cooperação técnica, financeira ou operacional com instituições de ensino, de pesquisa e de desenvolvimento científico e tecnológico e com as secretarias estaduais e as secretarias municipais de saúde.(Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 3º)

Art. 728. O Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho terá as seguintes abrangências: (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 4º)

I - bolsas para acadêmicos, modalidade iniciação ao trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 4º, I)

II - bolsas para profissionais em educação em serviço, sob supervisão docente-assistencial, orientadas ao aperfeiçoamento e à especialização ou modalidade residente; e (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 4º, II)

III - bolsas para corpo docente da educação em serviço, sob supervisão docente-assistencial, orientadas ao aperfeiçoamento e à especialização, modalidade preceptor, tutor e/ou orientador de serviço. (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 4º, III)

IV - bolsa destinada ao trabalhador-estudante. (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 4º, IV) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 754/2012)

Parágrafo Único. Para a instituição do Programa estabelecido no art. 725, é obrigatória a figura do preceptor, ficando facultada a inserção do tutor ou do orientador de serviço, caso não haja possibilidade de garantir ambos, conforme as peculiaridades de cada realidade local. (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 729. A Bolsa para a Iniciação ao Trabalho é dirigida aos estudantes de graduação da área da saúde que estejam participando regularmente de atividades curriculares ou de extensão que proporcionem vivência ou estágio no SUS, realizados em áreas temáticas, em regiões geográficas ou em serviços assistenciais prioritários ao sistema de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 5º)

Art. 730. A Bolsa para o Aperfeiçoamento e Especialização é dirigida aos profissionais de saúde que estejam cursando programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, sob supervisão docente assistencial ou de residência em área profissional da saúde, credenciados junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), e a médicos que estejam cursando programas de residência médica, credenciados junto à CNRM, dando-se preferência, em qualquer caso, às áreas temáticas de regiões geográficas ou aos serviços assistenciais prioritários ao sistema de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 6º)

Art. 731. A Bolsa para o Corpo Docente é dirigida àqueles que exercem funções de preceptoria, de tutoria e de orientação em serviço, conforme as seguintes determinações: (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 7º)

I - preceptoria: função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de experiência em área de aperfeiçoamento ou especialidade ou titulação acadêmica de especialização ou de residência, que exerçam atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais ou estudantes, respectivamente em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão; (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 7º, I)

II - tutoria: função de supervisão docente-assistencial no campo de aprendizagens profissionais da área da saúde, exercida em campo, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de atuação profissional, que exerçam papel de orientadores de referência para os profissionais ou estudantes, respectivamente, em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão, devendo pertencer à equipe local de assistência e estar diariamente presente nos ambientes onde se desenvolvem as aprendizagens em serviço; e (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 7º, II)

III - orientação de serviço: função de supervisão docente-assistencial de caráter ampliado, exercida em campo, dirigida aos trabalhadores de saúde de quaisquer níveis de formação, atuantes nos ambientes em que se desenvolvem programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, respectivamente, para profissionais e estudantes da área da saúde, e que exerçam atuação específica de instrutoria, devendo reportar-se ao tutor, sempre que necessário, respeitando a legislação em vigor. (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 7º, III)

Art. 732. A bolsa para o trabalhador-estudante será dirigida a profissionais que estejam realizando curso de pós-graduação lato ou stricto sensu e que integrem programas, projetos, ações e atividades em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde, observadas as estratégias do Ministério da Saúde para o provimento e a fixação de profissionais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 7º-A)

Art. 733. As Bolsas para a Educação pelo Trabalho que constituem o Programa terão como valores mínimos os seguintes padrões de referência: (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 8º)

I - para as Bolsas de Iniciação ao Trabalho, a Bolsa para a Iniciação Tecnológica, nível A (ITI-A), do Quadro de Níveis de Bolsas de Fomento Tecnológico e Extensão Inovadora de Longa Duração, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 8º, I)

II - para as Bolsas de Aperfeiçoamento e Especialização, a Bolsa de Residência Médica, regulamentada por lei específica, com a qual essa modalidade guarda simetria e isonomia; e (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 8º, II)

III - para as Bolsas do Corpo Docente, as Bolsas para o Desenvolvimento Tecnológico, nível DTI-ID, para Preceptores e Tutores, Apoio Técnico, níveis ATP-A ou ATP-B, para Orientadores de Serviço, respectivamente para trabalhadores detentores ou não de formação superior, conforme o Quadro de Níveis de Bolsas de Fomento Tecnológico e Extensão Inovadora de Longa Duração, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 8º, III)

Parágrafo Único. O valor da bolsa para trabalhador-estudante será fixado pelo Ministério da Saúde a cada programa, projeto, ação ou atividade a que estiver vinculada. (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 8º, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 754/2012)

Art. 734. O Ministério da Saúde poderá majorar os valores estabelecidos para as bolsas, considerando as necessidades de provimento e fixação de profissionais de saúde nas diferentes temáticas e serviços assistenciais ou relativos à dificuldade de acesso e locomoção nos diferentes locais e regiões do País. (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 9º)

Art. 735. A seleção dos participantes do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho será realizada mediante seleção pública com ampla divulgação, de acordo com as normas que regulamentam os processos de formação de nível superior e médio, estágios e vivências de graduação e extensão universitária, o aperfeiçoamento e a especialização em área profissional, os programas de residência e programas, projetos, ações e atividades que visem ao provimento e à fixação de profissionais de saúde em regiões prioritárias para o SUS, devendo explicitar, sempre que possível: (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 10) (com redação dada pela PRT MS/GM 754/2012)

I - o número de vagas disponibilizadas para cada modalidade de bolsas; (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 10, I) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 754/2012)

II - a área temática; e (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 10, II) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 754/2012)

III - a região geográfica e o ambiente onde se desenvolverão as atividades de aprendizagem em serviço. (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 10, III) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 754/2012)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300399

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Parágrafo Único. As atividades de educação pelo trabalho serão desenvolvidas exclusivamente no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 10, Parágrafo Único) (com redação dada pela PRT MS/GM 754/2012)

Art. 736. O Ministério da Saúde tem a responsabilidade técnico-administrativa do Programa, resguardado o papel da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, atendendo ao disposto no art. 12 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), e do Ministério da Educação nas áreas de competências. (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 11)

Art. 737. Os recursos orçamentários de que trata esta Seção correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o seguinte Programa de Trabalho: (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 12)

I - 10.128.2015.20YD - Educação e Formação em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1111/2005, Art. 12, I)

Seção III

Do Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC), por meio do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho

Art. 738. Os programas de residência médica em medicina de família e comunidade (PRM-MFC) serão apoiados por meio do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1143/2005, Art. 1º)

Parágrafo Único. Os programas deverão ter como campo central de práticas da especialidade os ambientes e os territórios de atuação das equipes de saúde da família que atuam nas áreas mais carentes dos municípios, complementado pelas demais unidades assistenciais da cidade e região, tendo em vista o conjunto das aprendizagens necessárias à especialidade. (Origem: PRT MS/GM 1143/2005, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 739. Os programas de residência médica em medicina de família e comunidade devem ser construídos mediante cooperação entre Instituições Formadoras, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1143/2005, Art. 2º)

Parágrafo Único. A cooperação deve incluir a definição do itinerário de formação, considerando a situação de saúde e a realidade de trabalho existente na região, bem como a oferta das condições necessárias para a realização do processo de formação. (Origem: PRT MS/GM 1143/2005, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 740. À Instituição Formadora participante dos PRM-MCF, apoiada pelo Ministério da Saúde, compete: (Origem: PRT MS/GM 1143/2005, Art. 6º)

I - credenciamento do programa de residência médica em medicina de família e comunidade junto à Comissão Nacional de Residência Médica; (Origem: PRT MS/GM 1143/2005, Art. 6º, I)

II - promover oferta de programa de preparação e educação permanente em saúde para os preceptores e tutores que tomarem parte da residência; e (Origem: PRT MS/GM 1143/2005, Art. 6º, II)

III - cooperar com o município participante no desenvolvimento das capacidades pedagógicas, assistenciais e tecnológicas locais e regionais. (Origem: PRT MS/GM 1143/2005, Art. 6º, III)

Art. 741. À Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde participante dos PRM-MCF apoiada pelo Ministério da Saúde, compete: (Origem: PRT MS/GM 1143/2005, Art. 7º)

I - cumprir as metas estabelecidas no Programa de Expansão da Estratégia de Saúde da Família - PROESF/ atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 1143/2005, Art. 7º, I)

II - cooperar com a Instituição Formadora na montagem da residência médica e na identificação e liberação de médicos da rede para o cumprimento dos papéis de preceptor e de tutor; (Origem: PRT MS/GM 1143/2005, Art. 7º, II)

III - complementar a bolsa para o residente, conforme o art. 614 da Portaria de Consolidação nº 6; (Origem: PRT MS/GM 1143/2005, Art. 7º, III)

IV - eleger as áreas comprovadamente mais carentes do município para a inserção dos médicos em formação, junto às equipes de saúde da família; e (Origem: PRT MS/GM 1143/2005, Art. 7º, IV)

V - assegurar as condições para a participação do médico residente em todas as atividades pertinentes à sua formação, bem como para o desenvolvimento da educação permanente em saúde de todos os profissionais envolvidos no processo. (Origem: PRT MS/GM 1143/2005, Art. 7º, V)

Seção IV

Da Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do Incentivo à Formação de Especialistas na Modalidade Residência Médica em Áreas Estratégicas do SUS

Subseção I

Disposições Gerais

(Origem: PRT MS/GM 1248/2013, CAPÍTULO I)

Art. 742. Fica instituída a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 1º)

Art. 743. A Estratégia de Qualificação da RAS por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do SUS tem por objetivos: (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 2º)

I - reforçar financeiramente o custeio das RAS e dos estabelecimentos hospitalares beneficiários, considerando-se as despesas adicionais necessárias à qualificação da assistência para o ensino; (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 2º, I)

II - garantir a melhoria da estrutura hospitalar e da organização e funcionamento das RAS, de forma a aprimorar o funcionamento dos Programas de Residência Médica; (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 2º, II)

III - garantir aos residentes ambientes de formação adequadas, como sala com computadores com acesso à internet e sala de estudo com materiais didáticos disponíveis e atualizados, como livros e revistas científicas; (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 2º, III)

IV - garantir o aprimoramento técnico-científico necessário para qualificar a atuação dos profissionais envolvidos na assistência que tenham função de preceptoria, estimulando sua formação em cursos de pós-graduação, cursos de formação de preceptores e disseminando o acesso a bibliotecas virtuais e a outras fontes de publicações de artigos científicos; (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 2º, IV)

V - estimular a inserção articulada e integrada dos estabelecimentos hospitalares participantes da RAS no âmbito do SUS por meio de Programa de Residência Médica em rede; (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 2º, V)

VI - estimular a participação dos hospitais e demais estabelecimentos que compõem as RAS em atividades de pesquisa, desenvolvimento e gestão de tecnologias em saúde, de acordo com as necessidades do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 2º, VI)

VII - incentivar a qualificação do processo de gestão para favorecer que as instituições responsáveis pela formação de especialistas atuem com maior eficiência e efetividade; (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 2º, VII)

VIII - estimular o papel dos estabelecimentos de saúde na formação de novos profissionais de saúde e na capacitação dos profissionais que atuem nos diversos segmentos que compõem o SUS, privilegiando as funções e especialidades requeridas para suprir as necessidades das RAS; (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 2º, VIII)

IX - ampliar e qualificar Programa de Residência Médica em áreas estratégicas e regiões prioritárias do SUS por meio da abertura de novas vagas e qualificação das vagas existentes para formação de especialistas no país; (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 2º, IX)

X - aprimorar o processo de gestão dos Programas de Residência Médica por meio das Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREM) e das Comissões de Residência Médica (COREME), fortalecendo o seu papel previsto na legislação vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 2º, X)

XI - assegurar a participação das CEREM e das COREME na gestão dos recursos financeiros e no monitoramento e avaliação dos objetivos dispostos nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 2º, XI)

Parágrafo Único. Para fins do disposto no inciso V do "caput", considera-se Programa de Residência Médica em rede o programa que contemplar as demandas das redes temáticas prioritárias do SUS, tais como Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, por meio de linhas de cuidado estabelecidas nas portarias específicas e entre os serviços que compõem as respectivas redes. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Subseção II

Dos Critérios de Elegibilidade

(Origem: PRT MS/GM 1248/2013, CAPÍTULO II)

Art. 744. Poderão aderir à Estratégia de Qualificação da RAS por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do SUS: (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 3º)

I - entidades públicas estaduais, distrital ou municipais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 3º, I)

II - entidades públicas federais vinculadas ao Ministério da Educação (MEC); e (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 3º, II)

III - estabelecimentos hospitalares privados sem fins lucrativos que atuem de forma complementar ao SUS, excetuando-se entidades certificadas nos termos do art. 11 da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e seus regulamentos. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 3º, III)

Art. 745. Para admissão na Estratégia de Qualificação da RAS por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do SUS, as entidades e estabelecimentos de que trata o art. 744 deverão conter Programa de Residência Médica que cumpra os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 4º)

I - estar vinculado a um estabelecimento hospitalar integrante do SUS ou a uma Secretaria de Saúde do Estado, Distrito Federal ou do Município, com oferecimento de, no mínimo, 5 (cinco) novas vagas nas especialidades listadas nos termos dos Anexos em Programa de Residência Médica com início no ano em curso da apresentação da proposta; (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 4º, I)

II - cumprir pré-requisitos descritos nos termos dos Anexos LIII e LIV ; (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 4º, II)

III - estar localizado em instituição contratualizada pelo gestor estadual, distrital ou municipal do SUS quando se tratar de estabelecimento hospitalar, nos termos da legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 4º, III)

IV - estar localizado em instituição que realiza atividades de ensino, podendo ou não ser certificada como hospital de ensino; (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 4º, IV)

V - estar localizado em Município com mais de 50.000 (cinquenta mil) habitantes ou constituir-se como referência em região de saúde com mais de 50.000 (cinquenta mil) habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 4º, V)

VI - atender ao parâmetro de, no mínimo, 5 (cinco) leitos para cada residente, quando em ambiente hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 4º, VI)

VII - dispor de instalações físicas adequadas para as atividades do Programa de Residência Médica; (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 4º, VII)

VIII - dispor de Programa de Educação Permanente para os preceptores; e (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 4º, VIII)

IX - ter autorizada a solicitação de credenciamento provisório ou aumento de vagas para o seu respectivo Programa de Residência Médica pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) para inicio das atividades do programa de residência no ano em curso da apresentação da proposta. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 4º, IX)

Subseção III

Do Monitoramento, Avaliação, Acompanhamento e Controle

(Origem: PRT MS/GM 1248/2013, CAPÍTULO IV)

Art. 746. Para fins de monitoramento, avaliação, acompanhamento e controle da aplicação dos recursos repassados por meio do Fundo Nacional de Saúde, ficam estabelecidos os seguintes prazos máximos a serem cumpridos pelos entes federativos e pelos estabelecimentos hospitalares privados beneficiários: (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 22)

I - 6 (seis) meses, a contar da data da liberação do incentivo financeiro, para conclusão da reforma e/ou ampliação dos ambientes; e (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 22, I)

II - 90 (noventa) dias após a conclusão da reforma e/ou ampliação para início do efetivo funcionamento dos ambientes reformados e/ou ampliados. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 22, II)

§ 1º Caso sejam descumpridos quaisquer prazos definidos neste artigo, os entes federativos e os estabelecimentos hospitalares privados beneficiários deverão encaminhar, no prazo de 30 (trinta) dias do término dos citados prazos, as justificativas ao Ministério da Saúde especialmente ao DRAC/SAS/MS e ao DEGES/SGTES/MS, para análise. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 22, § 1º)

§ 2º Caso aceitas as justificativas, o Ministério da Saúde poderá prorrogar o prazo de que trata o inciso I do "caput" por até 6 (seis) meses e o prazo de que trata o inciso II do "caput" por até 90 (noventa) dias. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 22, § 2º)

§ 3º Caso não haja apresentação de justificativas pelos estabelecimentos hospitalares privados beneficiários ou o Ministério da Saúde não aceite as que forem apresentadas, o estabelecimento estará sujeito à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 22, § 3º)

§ 4º Caso não haja apresentação de justificativas pelos entes federativos beneficiários ou o Ministério da Saúde não aceite as que forem apresentadas, o ente federativo beneficiário estará sujeito, no que for pertinente, à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, ou ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 22, § 4º)

§ 5º O monitoramento de que trata este artigo não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 22, § 5º)

Art. 747. Além do disposto no art. 746, caberá aos órgãos de controle interno, especialmente à área finalística, o monitoramento da correta aplicação dos recursos oriundos dos incentivos financeiros previstos nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 23)

Art. 748. Compete às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios o monitoramento e a avaliação direta e continuada dos Programas de Residência Médica, em articulação com as instituições formadoras e as COREME, por meio dos contratos, convênios ou instrumentos congêneres firmados e de visitas técnicas para avaliação do seu funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 24)

Parágrafo Único. Caberá às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, em articulação com as instituições formadoras e as COREME, informar, periodicamente, ao DEGES/SGTES/MS sobre o monitoramento e avaliação dos Programas beneficiados pelos recursos definidos nesta Seção, por meio de relatório anual. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 24, Parágrafo Único)

Art. 749. Os entes federativos e estabelecimentos hospitalares privados beneficiários enviarão relatórios semestrais ao DRAC/SAS/MS e ao DEGES/SGTES/MS com a descrição analítica da aplicação dos recursos dos incentivos financeiros percebidos, assinado pelo gestor do estabelecimento hospitalar e pelo coordenador da COREME local. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 25)

Seção V

Do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB)

Art. 750. Esta Seção dispõe sobre a criação das Comissões de Coordenação Estadual e do Distrito Federal do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e cria incentivo financeiro para manutenção e execução de suas atividades no ano de 2013. (Origem: PRT MS/GM 568/2013, Art. 1º)

Art. 751. As Comissões de Coordenação Estadual e do Distrito Federal do PROVAB constituem-se instâncias de coordenação, orientação e execução das atividades necessárias à execução do PROVAB no âmbito do respectivo ente federativo. (Origem: PRT MS/GM 568/2013, Art. 2º)

§ 1º As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal são responsáveis pela implantação da respectiva Comissão de Coordenação Estadual ou do Distrito Federal do PROVAB e pela indicação do Coordenador Estadual. (Origem: PRT MS/GM 568/2013, Art. 2º, § 1º)

§ 2º As Comissões de Coordenação Estadual e do Distrito Federal do PROVAB atenderão às regras e diretrizes técnicas fixadas pela Comissão Coordenadora do PROVAB de que trata a Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 1º de setembro de 2011. (Origem: PRT MS/GM 568/2013, Art. 2º, § 2º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300400

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 752. As Comissões de Coordenação Estadual e do Distrito Federal do PROVAB terão a seguinte composição mínima: (Origem: PRT MS/GM 568/2013, Art. 3º)

I - Representação do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 568/2013, Art. 3º, I)

II - Representação da Secretaria Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 568/2013, Art. 3º, II)

III - Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS; e (Origem: PRT MS/GM 568/2013, Art. 3º, III)

IV - Representação das Instituições Supervisoras. (Origem: PRT MS/GM 568/2013, Art. 3º, IV)

Parágrafo Único. O Coordenador Estadual será indicado pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal entre os membros da Comissão de Coordenação Estadual e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 568/2013, Art. 3º, Parágrafo Único)

Seção VI

Do Comitê Estratégico para o Aperfeiçoamento da Qualidade da Formação de Profissionais de Saúde e de Estudos de Necessidade de Profissionais de Saúde e de Especialistas para o SUS

Art. 753. Fica constituído o Comitê Estratégico, no âmbito do Ministério da Saúde, que deverá subsidiar o planejamento de iniciativas com o objetivo de aperfeiçoar a qualidade da formação dos profissionais de saúde e de especialistas de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 266/2012, Art. 1º)

Art. 754. O Comitê de que trata o art. 753 será composto por: (Origem: PRT MS/GM 266/2012, Art. 2º)

I - Ministro de Estado da Saúde, que o presidirá; (Origem: PRT MS/GM 266/2012, Art. 2º, I)

II - Coordenador-Executivo do Conselho Técnico-Consultivo, designado pelo Ministro de Estado da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 266/2012, Art. 2º, II)

III - Secretária-Executiva do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 266/2012, Art. 2º, III)

IV - Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 266/2012, Art. 2º, IV)

V - Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 266/2012, Art. 2º, V)

Art. 755. O Comitê Estratégico será assessorado por um Conselho Técnico-Consultivo, composto por quinze membros, sendo especialistas de notório saber nas áreas de que trata o art. 753, representantes de entidades profissionais ou de ensino ou gestores da área da saúde. (Origem: PRT MS/GM 266/2012, Art. 3º)

§ 1º Os representantes do Conselho Técnico-Consultivo serão indicados pelo Coordenador-Executivo do Conselho Técnico-Consultivo e designados pelo Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 266/2012, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O Coordenador-Executivo encaminhará ao Comitê Estratégico os resultados dos trabalhos e as propostas técnicas do Conselho. (Origem: PRT MS/GM 266/2012, Art. 3º, § 2º)

Art. 756. Compete ao Comitê Estratégico: (Origem: PRT MS/GM 266/2012, Art. 4º)

I - elaborar projetos de apoio ao aperfeiçoamento da qualidade da formação dos profissionais de saúde e identificação da necessidade de oferta de formação de profissionais de saúde e de especialistas; (Origem: PRT MS/GM 266/2012, Art. 4º, I)

II - sugerir estudos de avaliação do impacto das medidas adotadas; e (Origem: PRT MS/GM 266/2012, Art. 4º, II)

III - apresentar propostas de ações dirigidas ao provimento e fixação de profissionais de saúde em localidades e populações desassistidas de atenção à saúde. (Origem: PRT MS/GM 266/2012, Art. 4º, III)

§ 1º O Comitê Estratégico terá, no mínimo, 4 (quatro) reuniões ordinárias anualmente e reuniões extraordinárias, convocadas pelo Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 266/2012, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O Conselho Técnico-Consultivo se reunirá, a qualquer tempo, mediante provocação do seu Coordenador-Executivo. (Origem: PRT MS/GM 266/2012, Art. 4º, § 2º)

§ 3º O membro impossibilitado de participar em reunião do Comitê Estratégico ou do Conselho Técnico-Consultivo deverá comunicar a sua ausência ao Gabinete do Ministro com antecedência mínima de 2 (dois) dias úteis. (Origem: PRT MS/GM 266/2012, Art. 4º, § 3º)

§ 4º As reuniões do Conselho Técnico-Consultivo acontecerão preferencialmente em Brasília-DF. (Origem: PRT MS/GM 266/2012, Art. 4º, § 4º)

Art. 757. O Comitê Estratégico e o Conselho Técnico-Consultivo terão o apoio administrativo do Gabinete do Ministro para o desempenho de suas atividades. (Origem: PRT MS/GM 266/2012, Art. 5º)

Art. 758. As funções dos membros do Comitê Estratégico e dos representantes do Conselho Técnico-Consultivo não serão remuneradas e seu exercício será considerado de relevância para o serviço público. (Origem: PRT MS/GM 266/2012, Art. 6º)

Art. 759. O Gabinete do Ministro adotará as providências necessárias para a operacionalização das atividades de que tratam esta Seção. (Origem: PRT MS/GM 266/2012, Art. 7º)

Seção VII

Do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (PROGESUS)

Art. 760. Fica instituído o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), para colaborar técnica e financeiramente com a execução de projetos voltados ao fortalecimento dos Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de Secretarias de Saúde de estados, do Distrito Federal e de municípios. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 1º)

Art. 761. O ProgeSUS tem os seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 2º)

I - componente I: financiamento para a modernização dos Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de Secretarias de Saúde de Estados, do Distrito Federal e de Municípios por meio da aquisição de mobiliário e de equipamentos de informática; (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 2º, I)

II - componente II: disponibilização, pelo Ministério da Saúde, de Sistema de Informação Gerencial para o Setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das Secretarias de Saúde que desejarem adotá-lo; (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 2º, II)

III - componente III: capacitação de equipes dos Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de Secretarias de Saúde de Estados, do Distrito Federal e de Municípios; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 2º, III)

IV - componente IV: participação no Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS (InforSUS). (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 2º, IV)

§ 1º O financiamento de que trata o art. 761, I não se destina à aquisição de computadores portáteis. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 2º, § 1º)

§ 2º O InforSUS, instituído e gerenciado pelo Ministério da Saúde, e alimentado periodicamente pelos seus participantes, será integrado por um conjunto de dados sobre a gestão do trabalho, definidos pela Comissão Intergestores do ProgeSUS(CIP). (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 2º, § 2º)

Art. 762. O componente I do ProgeSUS será disponibilizado nas seguintes etapas: (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 3º)

I - 1ª etapa: para estados, Distrito Federal e capitais; (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 3º, I)

II - 2ª etapa: para municípios que tenham mais de 1.000 postos de trabalho público em saúde, conforme o Anexo LXXXIX ; (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 3º, II)

III - 3ª etapa: para municípios que tenham entre 500 e 1.000 postos de trabalho público em saúde, conforme o Anexo XC ; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 3º, III)

IV - 4ª etapa: para municípios que tenham menos de 500 postos de trabalho público em saúde. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 3º, IV)

§ 1º O número de postos de trabalho público em saúde dos municípios citados nos incisos II a IV do caput deste artigo tem por base a pesquisa IBGE/AMS, realizada em 2002. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Em cada etapa, o Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde publicará edital convocando as Secretarias de Saúde a apresentar projetos voltados ao fortalecimento de seus Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, fixando os necessários prazos, o valor máximo do financiamento e os critérios de seleção e classificação, os desta, exclusivamente, para a 4ª etapa. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O edital de convocação será disponibilizado no endereço eletrônico www.saude.gov.br/degerts, a partir da data da publicação do seu extrato no Diário Oficial da União. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 3º, § 3º)

§ 4º As etapas de que tratam os incisos I a IV do caput deste artigo poderão ser executadas concomitantemente. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 3º, § 4º)

Art. 763. Para participar do componente I do ProgeSUS, os estados, o Distrito Federal e os municípios deverão observar os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 4º)

I - possuir setor de gestão do trabalho e da educação na saúde na própria estrutura organizacional da Secretaria de Saúde ou comprometer-se a inseri-lo em prazo certo, especificado no próprio Projeto; (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 4º, I)

II - possuir área física adequada para o setor nas dependências da própria Secretaria de Saúde, funcionando com equipe específica, ou comprometer-se a instalá-lo em prazo certo, especificado no próprio Projeto; (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 4º, II)

III - aderir aos componentes III e IV do ProgeSUS; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 4º, III)

IV - atender às demais exigências previstas em normas que regulem o repasse de recursos para o financiamento do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 4º, IV)

Art. 764. Para participar exclusivamente dos componentes II e/ou III do ProgeSUS, os estados, o Distrito Federal ou os municípios deverão encaminhar sua solicitação diretamente à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 5º)

§ 1º O deferimento da solicitação dependerá da observância dos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 5º, § 1º)

I - para o componente II: (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 5º, § 1º, I)

a) existência de equipamentos de informática com configuração adequada às exigências do Sistema de Informação Gerencial; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 5º, § 1º, I, a)

b) disponibilização de profissional do Setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para ser capacitado a operar o Sistema de Informação Gerencial; (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 5º, § 1º, I, b)

II - para o componente III: (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 5º, § 1º, II)

a) disponibilização de profissional do Setor para participar de processo de capacitação; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 5º, § 1º, II, a)

b) atendimento das exigências metodológicas do processo de capacitação oferecido. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 5º, § 1º, II, b)

§ 2º Em relação art. 764, § 1º , II, o atendimento da solicitação observará o previsto em portaria específica, expedida pelo Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 5º, § 2º)

Art. 765. Os projetos deverão ser encaminhados à SGTES, contendo: (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 6º)

I - o Plano de Estruturação do Setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da Secretaria de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 6º, I)

II - o Plano de Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da Secretaria de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 6º, II)

Art. 766. O Plano de Estruturação do Setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde deverá conter: (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 7º)

I - justificativa; (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 7º, I)

II - objetivos (geral e específico); (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 7º, II)

III - planejamento das ações estruturantes; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 7º, III)

IV - Planilha de Custo. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 7º, IV)

Parágrafo Único. A Planilha de Custo deverá apresentar o valor total do projeto, no que se refere ao Componente I do ProgeSUS, detalhando os itens de mobiliário e de equipamentos de informática que serão adquiridos. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 767. O Plano de Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde deverá conter: (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 8º)

I - justificativa; (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 8º, I)

II - objetivos (geral e específico); e (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 8º, II)

III - planejamento das ações de qualificação. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 8º, III)

Parágrafo Único. O Plano deverá apresentar as ações necessárias ao enfrentamento das principais dificuldades encontradas no campo da gestão, da negociação e da educação na saúde, e os seus respectivos prazos de execução. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 768. Os projetos deverão ser encaminhados juntamente com os seguintes documentos, após sua aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB): (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 9º)

I - ofício assinado pelo gestor de saúde (Anexo XCI); (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 9º, I)

II - declaração de adesão, alimentação e atualização do InforSUS (Anexo XCII); (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 9º, II)

III - ato formal da instituição do Setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde vinculado à estrutura da Secretaria de Saúde, quando existente; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 9º, III)

IV - cópia da ata ou da resolução de sua aprovação na CIB. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 9º, IV)

§ 1º Em 30 (trinta) dias, contados do término do prazo indicado para a conclusão do componente I do ProgeSUS, o gestor de saúde deverá apresentar à SGTES o relatório de sua execução. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 9º, § 1º)

§ 2º A homologação de projetos, em cada etapa do componente I, compete ao Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e será formalizada por meio de portaria publicada imediatamente após o encerramento da fase de análise e verificação de atendimento de exigências para o repasse de recursos para o financiamento do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 9º, § 2º)

§ 3º A portaria de que trata o art. 768, § 2º deverá conter: (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 9º, § 3º)

I - a relação das Secretarias de Saúde cujos projetos foram homologados; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 9º, § 3º, I)

II - a relação das Secretarias de Saúde cuja homologação dos projetos encontra-se pendente de alguma adequação, indicando-se esta e o prazo para sua apresentação. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 9º, § 3º, II)

§ 4º Após o transcurso do prazo de que trata o art. 768, § 3º , II, o Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde publicará nova portaria, contendo: (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 9º, § 4º)

I - a relação das Secretarias de Saúde cujos projetos foram homologados; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 9º, § 4º, I)

II - a relação das Secretarias de Saúde cujos projetos deixaram de ser homologados porque não sofreram as necessárias adequações. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 9º, § 4º, II)

Art. 769. A gestão do ProgeSUS e a verificação da adequação dos projetos competem ao Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS/SGTES/MS). (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 10)

Parágrafo Único. A gestão do ProgeSUS será exercida pelo Diretor do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde e, em seu impedimento, pelo Coordenador-Geral da Gestão do Trabalho em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 770. Fica constituída a Comissão Intergestores do ProgeSUS (CIP), com a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 11)

I - três representantes do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS/SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 11, I)

II - dois representantes do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 11, II)

III - um representante da Coordenação-Geral de Recursos Humanos (CGRH), da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 11, III)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300401

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

IV - um representante do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 11, IV)

V - dois representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 11, V)

VI - dois representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 11, VI)

§ 1º Incumbe aos órgãos e às entidades relacionadas neste artigo a indicação de seus respectivos representantes. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 11, § 1º)

§ 2º A indicação de que trata o art. 770, § 1º deverá ser feita por escrito e dirigida ao Diretor do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 11, § 2º)

Art. 771. Compete à CIP: (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 12)

I - apresentar proposições sobre o conteúdo e a metodologia das ações de cronograma de desenvolvimento de cada ação; (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 12, I)

II - apresentar proposições de melhoria para o funcionamento dos Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das Secretarias de Saúde de estados, do Distrito Federal e de municípios; (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 12, II)

III - apresentar proposição referente aos indicadores que serão usados na avaliação do impacto do ProgeSUS no que tange ao fortalecimento dos Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das Secretarias de Saúde de estados, do Distrito Federal e de municípios; (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 12, III)

IV - acompanhar e apresentar proposições que contribuam para a eficaz execução do ProgeSUS; (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 12, IV)

V - avaliar e classificar os projetos apresentados pelas Secretarias Municipais de Saúde na 4ª etapa do componente I do ProgeSUS; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 12, V)

VI - definir o conjunto de dados que conformarão o Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS e a forma como os Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das Secretarias de Saúde irão alimentá-lo. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 12, VI)

Art. 772. A CIP será coordenada pelo Diretor do DEGERTS, ou, por sua delegação, por qualquer outro membro. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 13)

Art. 773. A CIP contará com assessores técnicos, indicados pelo seu Coordenador, e poderá convidar especialista ou instituições para contribuir com a execução dos seus trabalhos. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 14)

Art. 774. Ao DEGERTS incumbe garantir os meios necessários à consecução das atribuições da CIP. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 15)

Art. 775. A CIP reunir-se-á periodicamente ou sempre que convocada pelo seu Coordenador. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 16)

Art. 776. Os Municípios compreendidos nas etapas 3ª e 4ª previstas no art. 762 deverão observar os seguintes requisitos para participar do componente I do ProgeSUS: (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 4º-A)

I - designação, de ofício, pelo gestor municipal de saúde, de técnico responsável pela área da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (RH); (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 4º-A, I)

II - estabelecimento de espaço físico na Secretaria de Saúde, para desenvolvimento das atividades da área; (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 4º-A, II)

III - compromisso de liberar o técnico responsável pelas atividades da área para participar dos processos de capacitação desenvolvidos no âmbito do ProgeSUS; (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 4º-A, III)

IV - declaração de adesão ao Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho no SUS (art. 761, IV) e compromisso com sua alimentação e atualização; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 4º-A, IV)

V - apresentar cópia das atribuições e responsabilidades sanitárias referentes aos eixos 5 e 6 (Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, respectivamente) do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, publicado em Portaria do Ministério da Saúde após sua homologação na CIT. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 4º-A, V)

Parágrafo Único. Os incisos I, II, III e IV devem estar contemplados no Plano de Estruturação do Setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e o inciso V no Plano de Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 4º-A, Parágrafo Único)

Art. 777. O projeto contendo o Plano de Estruturação do Setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e o Plano de Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde deve ser encaminhado à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde juntamente com os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 4º-B)

I - ofício assinado pelo gestor de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 4º-B, I)

II - declaração de adesão, alimentação e atualização do InforSUS; (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 4º-B, II)

III - ofício do gestor municipal de saúde designando técnico responsável pelas atividades da área da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (RH), bem como informando a instalação de espaço físico, dentro da Secretaria de Saúde, para desenvolvimento das atividades da área; (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 4º-B, III)

IV - cópia da ata ou da resolução de sua aprovação na CIB; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 4º-B, IV)

V - cópia das atribuições e responsabilidades sanitárias referentes aos eixos 5 e 6 (Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, respectivamente) do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, publicado em Portaria do Ministério da Saúde após sua homologação na CIT. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 4º-B, V)

Parágrafo Único. Os projetos aprovados serão priorizados nas ações de qualificação do ProgeSUS, bem como será oferecido à Secretaria de Saúde o Sistema de Informação Gerencial específico para a Gestão do Trabalho e capacitação em sua instalação e operação. (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Art. 4º-B, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II

DA DESPRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO SUS

Seção I

Do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS

Art. 778. Fica criado o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, vinculado à Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), objetivando: (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2729/2013)

I - fixar as diretrizes para o recadastramento nacional dos trabalhadores com vínculo de trabalho precário, e estabelecer, para este, o cronograma de sua realização; (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 1º, I)

II - definir um modelo de cadastro mínimo para ser aplicado em todo o País, o qual poderá ser adaptado para atender as necessidades e interesses locais; (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 1º, II)

III - monitorar as formas de substituição do trabalho precário nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal); (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 1º, III)

IV - dimensionar e estimular a realização de concurso público nas três esferas de governo, em cumprimento de princípio constitucional e de recomendações de resoluções das últimas Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos; (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 1º, IV)

V - realizar o levantamento das formas de precarização do trabalho no SUS; (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 1º, V)

VI - indicar as formas legais de contratação, quando for o caso, e apresentar as iniciativas requeridas para sua implementação, tendo em conta a política de preservação do emprego e da renda dos ocupados no setor; (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 1º, VI)

VII - avaliar os impactos financeiros das medidas propostas e suas repercussões em face da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (D.O.U. de 05/05/2000), que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências; (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 1º, VII)

VIII - monitorar as decisões judiciais e os acordos extrajudiciais sobre finanças públicas e gestão fiscal que versem sobre o disposto no inciso VII deste artigo, buscando formular alternativas para superar possíveis entraves legais e fiscais com gestores do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 1º, VIII)

IX - induzir, por meio de cooperação com os demais entes federados, a adoção de uma nova concepção de relações estáveis de trabalho no SUS - que erradique os vínculos precários e valorize o trabalhador -, em benefício de melhorias na qualidade do acesso e do atendimento dispensado aos usuários do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 1º, IX)

X - propor mecanismos de financiamento pelo Governo Federal que estimulem as formas legais de relações de trabalho no SUS, com especial ênfase para a organização das equipes de saúde da família; (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 1º, X)

XI - divulgar iniciativas adotadas na gestão do trabalho no SUS, de enfoque multiprofissional, que dignifiquem o trabalho humano e a consequente melhoria dos serviços de saúde no País; (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 1º, XI)

XII - apoiar e estimular a criação de Comitês Estaduais e Municipais de Desprecarização do Trabalho no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 1º, XII)

XIII - elaborar políticas e formular diretrizes para a desprecarização do trabalho no SUS. (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 1º, XIII)

Art. 779. O Comitê terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 2º)

I - 7 (sete) representantes do Ministério da Saúde, quais sejam: (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 2º, I)

a) a Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 2º, I, a)

b) a Diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 2º, I, b)

c) o Coordenador-Geral de Gestão do Trabalho em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 2º, I, c)

d) o Coordenador-Geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 2º, I, d)

e) a Diretora do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 2º, I, e)

f) o Diretor do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 2º, I, f)

g) o Coordenador-Geral de Recursos Humanos do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 2º, I, g)

II - 1 (um) representante do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante do Ministério do Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 2º, V)

VI - 1 (um) representante de empregador privado que integre a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 2º, VI)

VII - 6 (seis) representantes de trabalhadores indicados pela Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS). (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 2º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 2729/2013)

Parágrafo Único. A exceção dos representantes do Ministério da Saúde, os demais integrantes do Comitê serão livremente designados por meio de expediente subscrito pelos representantes legais dos órgãos e instituições representadas. (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 780. Os trabalhos do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS serão coordenados por um representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), que garantirá apoio técnico e de pessoal necessários para o seu regular funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2729/2013)

§ 1º Um representante dos trabalhadores de que trata o art. 779, VII será escolhido por sua bancada para exercer a subcoordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 3º, § 1º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2729/2013)

§ 2º Caberá ao coordenador de que trata o "caput" encaminhar à MNNP-SUS as atas de reunião e demais atos exarados pelo Comitê, no prazo de 20 (vinte) dias úteis. (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 3º, § 2º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2729/2013)

Art. 781. Os acordos realizados no âmbito do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização deverão ser homologados pela MNNP-SUS, cuja Secretaria-Executiva efetuará os encaminhamentos necessários. (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 3º-A)

Art. 782. Respeitado os limites impostos por seu objeto, o Comitê atuará da forma mais ampla possível, gozando de autonomia para constituir grupos de trabalho, se isso entender seja necessário. (Origem: PRT MS/GM 2430/2003, Art. 4º)

Seção II

Da Rede de Apoio à Desprecarização do Trabalho no Âmbito do SUS

Art. 783. Fica instituída a Rede de Apoio a Desprecarização do Trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde, para propiciar o intercâmbio de informações entre o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS e os comitês estaduais e municipais que dela participarem. (Origem: PRT MS/GM 928/2006, Art. 1º)

Parágrafo Único. Poderão se integrar à Rede de Apoio as instituições ou entidades que desenvolvam ações na área de gestão do trabalho. (Origem: PRT MS/GM 928/2006, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 784. A solicitação de adesão à Rede de Apoio a Desprecarização do Trabalho, dirigida à Coordenação dos Trabalhos do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, e subscrita pelo representante legal do requerente, deverá trazer, anexo, o ato formal de constituição deste. (Origem: PRT MS/GM 928/2006, Art. 2º)

Parágrafo Único. O não encaminhamento do meio de prova especificado pelo caput deste artigo acarretará o indeferimento da solicitação caso a ausência não seja remediada no prazo de dez dias. (Origem: PRT MS/GM 928/2006, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 785. A coordenação e subcoordenação dos trabalhos da Rede serão exercidas, respectivamente, pelo Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e pelo Diretor do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 928/2006, Art. 3º)

Art. 786. A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde assegurará os recursos necessários para o funcionamento da Rede, incluindo a comunicação permanente entre os seus componentes, através de fóruns presenciais e/ou meio eletrônico. (Origem: PRT MS/GM 928/2006, Art. 4º)

CAPÍTULO III

DO PROGRAMA DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO SUS (PROADI-SUS)

Art. 787. O Anexo XCIII dispõe sobre o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).

CAPÍTULO IV

DAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE

Seção I

Do Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde

Art. 788. Fica instituído, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde, que passa a integrar um conjunto de políticas adotadas para estimular a eficiência produtiva no Complexo Industrial da Saúde, constituindo uma prioridade tanto do Sistema Único de Saúde quanto da Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE). (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 1º)

Art. 789. O Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde tem como objetivo promover o fortalecimento e a modernização do conjunto de laboratórios públicos encarregados da produção de medicamentos e imunobiológicos de relevância estratégica para o Sistema Único de Saúde, por intermédio da ampliação da participação no Complexo

Produtivo da Saúde, do aumento da capacidade inovadora e da mudança de patamar competitivo, contribuindo para a redução da defasagem tecnológica existente e o desenvolvimento econômico, científico e tecnológico do País. (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 2º)

Art. 790. São objetivos específicos do Programa, segundo os segmentos que compõem a produção do conjunto de laboratórios públicos: (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 3º)

I - Segmento Farmacêutico: (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 3º, I)

a) estimular a internalização da produção de farmoquímicos e medicamentos de maior impacto para o Sistema Único de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 3º, I, a)

b) modernizar os Laboratórios Farmacêuticos Oficiais em termos tecnológicos e organizacionais e capacitá-los para estabelecer parcerias com o setor produtivo privado; (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 3º, I, b)

c) estimular a produção de medicamentos para doenças negligenciadas e de suas matérias-primas, superando o hiato entre o esforço de produção e inovação dos países desenvolvidos e as necessidades nacionais; e (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 3º, I, c)

d) apoiar a implementação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 3º, I, d)

II - Segmento Biotecnológico (imunobiológicos, biofármacos, hemoderivados e reagentes para diagnóstico): (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 3º, II)

a) capacitar os produtores públicos do País para a produção da matéria-prima ativa com recursos às novas biotecnologias; (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 3º, II, a)

b) modernizar os produtores públicos em termos tecnológicos e organizacionais e capacitá-los para estabelecer parcerias com o setor produtivo privado; (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 3º, II, b)

c) estruturar o País para exportar produtos que atendam às demandas articuladas pela Organização Mundial da Saúde para as regiões menos desenvolvidas; (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 3º, II, c)

d) implementar a Política de Desenvolvimento da Biotecnologia na área de Saúde Humana; (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 3º, II, d)

e) priorizar a produção, no País, de reagentes para o diagnóstico de doenças transmissíveis utilizados pelo SUS com recursos às novas biotecnologias; (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 3º, II, e)

f) consolidar a produção pública de reagentes biológicos para diagnóstico e estabelecer parcerias com o setor privado e instituições científicas para o desenvolvimento e a comercialização de novos produtos e insumos para diagnóstico; (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 3º, II, f)

g) internalizar, no País, a produção de hemoderivados, atendendo aos preceitos constitucionais, associada com a capacitação tecnológica; (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 3º, II, g)

h) favorecer a consolidação do produtor estatal nacional (Hemobras) como uma empresa pública eficiente, comprometida com resultados e tecnologicamente qualificada; e (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 3º, II, h)

i) fomentar o desenvolvimento de hemoderivados produzidos por tecnologia recombinante e outras rotas tecnológicas. (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 3º, II, i)

Art. 791. São diretrizes estabelecidas para o Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 4º)

I - fortalecer, ampliar e qualificar a participação dos produtores públicos no Complexo Industrial da Saúde, de modo a contribuir no processo de transformação da estrutura produtiva do País, tornando-a compatível com um novo padrão de consumo em saúde e com novos padrões tecnológicos; (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 4º, I)

II - fomentar as atividades de PD&I no âmbito dos produtores públicos, tornando-os competitivos e capacitados a enfrentar a concorrência global em bases permanentes num contexto de incessante mudança tecnológica; (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 4º, II)

III - promover melhorias na gestão dos produtores públicos, estimulando o planejamento estratégico e a adoção de estruturas organizacionais e modelos de gestão capazes de dotá-los de maior agilidade, flexibilidade e eficiência; (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 4º, III)

IV - promover a articulação entre os produtores públicos buscando atuação coordenada e cooperada em todas as áreas, mediante a estratégia de organização em rede; (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 4º, IV)

V - promover a substituição de importações de produtos e insumos de uso em saúde, priorizando os que possuem maior densidade de conhecimento e de inovação e que sejam considerados estratégicos para o SUS; (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 4º, V)

VI - utilizar estrategicamente o poder de compra do Estado na área da saúde em articulação com políticas de fomento ao desenvolvimento industrial; (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 4º, VI)

VII - promover a articulação entre os produtores públicos e a indústria privada com vistas à realização de ações complementares e sinérgicas em benefício do mercado público de saúde; (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 4º, VII)

VIII - propor, no âmbito do SUS, alterações na legislação de compras de forma a permitir o uso estratégico do poder de compra do Estado para produtos inovadores de alta essencialidade para a saúde; e (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 4º, VIII)

IX - promover a articulação dos produtores públicos com a infra-estrutura científica e tecnológica no País para atender aos requerimentos da inovação, viabilizando o desenvolvimento de produtos e processos e a adequação da produção pública aos requerimentos de saúde e de competitividade. (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 4º, IX)

Art. 792. O presente Programa será executado, no âmbito da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, de forma integrada e coordenada com as ações de Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 5º)

Art. 793. O Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde contará com um Comitê Gestor e uma Secretaria-Executiva, a serem instituídos no âmbito da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 6º)

§ 1º Compete ao Comitê Gestor deliberar sobre a estrutura organizacional e o funcionamento do Programa, com vistas a permitir uma discussão permanente dos problemas e a reavaliação constante das prioridades, instrumentos e ações do Programa. O Comitê Gestor será presidido pelo Diretor do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento e será integrado por representantes do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento e do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS). (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 6º, § 1º)

§ 2º A Secretaria-Executiva será operada pela Coordenação-Geral de Estudos e Projetos, do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento e terá a atribuição de prestar apoio técnico e administrativo para execução do Programa. (Origem: PRT MS/GM 374/2008, Art. 6º, § 2º)

Seção II

Do Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde

Art. 794. Fica instituído, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde, que passa a integrar um conjunto de políticas adotadas para estimular a eficiência produtiva no Complexo Industrial da Saúde, constituindo uma prioridade tanto do Sistema Único de Saúde quanto da Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE). (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 1º)

Art. 795. O Programa ora instituído tem como objetivo fortalecer e modernizar o setor de equipamentos e materiais de uso em saúde visando à ampliação da capacidade inovadora das empresas e a mudança de seu patamar competitivo, contribuindo para a redução da defasagem tecnológica existente e o desenvolvimento econômico, científico e tecnológico do País. (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 2º)

Art. 796. São objetivos específicos estabelecidos para o Programa: (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 3º)

I - definir prioridades considerando as demandas tecnológicas do SUS, os mercados alvo do setor produtivo e a competência técnica instalada no País; (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 3º, I)

II - estimular a interação entre empresas universidades e ICT's com o setor produtivo e incentivar o intercâmbio tecnológico entre os setores industriais; (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 3º, II)

III - articular para garantir estabilidade regulatória em parceria com a ANVISA e o INMETRO; (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 3º, III)

IV - estimular a certificação de produtos como instrumento promotor da inovação e desenvolvimento do setor; (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 3º, IV)

V - estimular a ampliação dos investimentos públicos e privados em P,D&I.; (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 3º, V)

VI - estimular o setor privado a utilizar os instrumentos de apoio existentes para ampliar o desenvolvimento tecnológico no setor público e privado; (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 3º, VI)

VII - estimular a formação e capacitação de recursos humanos nas áreas biomédicas; (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 3º, VII)

VIII - expandir e modernizar a infraestrutura de Tecnologia Indústria Básica (TIB) para o setor; e (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 3º, VIII)

IX - propor a adoção de políticas de compra governamentais baseadas na qualidade dos insumos e na transferência de tecnologia. (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 3º, IX)

Art. 797. São diretrizes estabelecidas para o Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 4º)

I - promover a articulação da cadeia produtiva com a infraestrutura científica e tecnológica no País para atender aos requerimentos da inovação, viabilizando o desenvolvimento de produtos e processos e a adequação do setor produtivo em consonância com os programas do Ministério da Saúde, em especial os da Secretaria de Atenção a Saúde - SAS; (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 4º, I)

II - participar da formulação, implementação e avaliação de políticas, diretrizes e metas para as áreas e temas estratégicos necessários ao desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 4º, II)

III - estabelecer métodos e mecanismos para a análise da viabilidade econômico-sanitária de empreendimentos em saúde; (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 4º, III)

IV - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e na produção de insumos estratégicos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais; (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 4º, IV)

V - consolidar programas e ações, no âmbito da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, que permitam a definição de uma estratégia nacional de fomento, desenvolvimento, transferência de tecnologia e inovação para os produtos estratégicos na área da saúde; (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 4º, V)

VI - coordenar a organização e o desenvolvimento de programas, projetos e ações que visem induzir o desenvolvimento, a difusão e a incorporação de novas tecnologias no Sistema Único de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 4º, VI)

VII - articular a substituição de importações de produtos e insumos de uso em saúde, priorizando os que possuem maior densidade de conhecimento e de inovação e que sejam considerados estratégicos para o SUS; (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 4º, VII)

VIII - formular, propor diretrizes e coordenar o desenvolvimento de ações intersetoriais e regulatórias voltadas à produção de equipamentos e materiais para a saúde de interesse nacional; e (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 4º, VIII)

IX - propor, no âmbito do SUS, alterações na legislação de compras de forma a permitir o uso estratégico do poder de compra do Estado para produtos inovadores de alta essencialidade para a saúde. (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 4º, IX)

Art. 798. O presente Programa será executado no âmbito da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, de forma integrada e coordenada com as ações da Secretaria de Atenção a Saúde (SAS) e outras instâncias do Ministério da Saúde envolvidas com o tema. (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 5º)

Art. 799. O Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde contará com um Comitê Gestor e uma Secretaria-Executiva, a serem instituídos no âmbito da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 6º)

§ 1º Compete ao Comitê Gestor deliberar sobre a estrutura organizacional e o funcionamento do Programa, com vistas a permitir uma discussão permanente dos problemas e a reavaliação constante das prioridades, instrumentos e ações do Programa. O Comitê Gestor será presidido pelo Diretor do Departamento de Economia da Saúde e será integrado por representantes da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e da Secretaria de Atenção a Saúde (SAS). (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 6º, § 1º)

§ 2º A Secretaria-Executiva será operada pela Coordenação-Geral de Economia da Saúde do Departamento de Economia da Saúde e terá a atribuição de prestar apoio técnico e administrativo para execução do Programa. (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 6º, § 2º)

Art. 800. Ficam estabelecidas, na forma do Anexo XCIV , as estratégias de ação do Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Art. 7º)

Seção III

Do Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS)

Art. 801. Fica instituído o Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS), com o objetivo de fortalecer os produtores públicos e a infraestrutura de produção e inovação em saúde do setor público. (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 1º)

Parágrafo Único. Para efeitos desta Seção são considerados produtores públicos os órgãos ou entidades que integrem a administração pública e sejam responsáveis pela produção de fármacos, biofármacos, medicamentos, imunobiológicos, produtos médicos, equipamentos e materiais de uso em saúde e "kits" para diagnóstico de uso "in vitro", primordialmente destinados aos programas estratégicos de saúde pública. (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 802. O PROCIS tem os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 2º)

I - apoiar a modernização e estruturação produtiva e gerencial; (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 2º, I)

II - apoiar a qualificação da produção e manter vigente o Certificado de Boas Práticas de Fabricação (CBPF) emitido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 2º, II)

III - fortalecer as parcerias para o desenvolvimento produtivo visando desenvolver e absorver produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 2º, III)

IV - apoiar a qualificação da gestão com vistas a promover maior eficiência e efetividade; (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 2º, IV)

V - apoiar o desenvolvimento tecnológico e a transferência de tecnologias, estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 2º, V)

VI - manter o aproveitamento das complementariedades entre os laboratórios e respeitar as vocações e o perfil produtivo; e (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 2º, VI)

VII - apoiar a infraestrutura pública de tecnologia e inovação para suporte à produção no país de produtos estratégicos para o SUS. (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 2º, VII)

Art. 803. O PROCIS será operacionalizado mediante a assinatura de instrumentos específicos a serem firmados entre o Ministério da Saúde e os produtores públicos. (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 3º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300403

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

§ 1º Os instrumentos de que trata o caput observarão as disposições do Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007, e da Portaria Interministerial nº 127/MP/MF/MCT, de 29 de maio de 2008, e serão acompanhados de Plano de Trabalho que contenha os seguintes detalhamentos mínimos: (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 3º, § 1º)

I - objetivos e meios de execução do projeto; (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 3º, § 1º, I)

II - contrapartidas econômica, financeira e/ou de recursos humanos; e (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 3º, § 1º, II)

III - orçamento envolvido e respectivo cronograma de desembolso e de execução. (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 3º, § 1º, III)

§ 2º Caberá à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS) a aprovação dos Planos de Trabalho encaminhados pelos produtores públicos para adesão ao PROCIS. (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 3º, § 2º)

Art. 804. O produtor público elegível ao PROCIS deverá se comprometer a implementar ações para atender às seguintes exigências mínimas: (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 4º)

I - implantação de sistema eficiente de gestão que assegure o efetivo cumprimento dos objetivos estabelecidos no PROCIS; (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 4º, I)

II - manutenção de estrutura de gestão compatível com o projeto a ser desenvolvido, que contemple as seguintes áreas: (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 4º, II)

a) planejamento; (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 4º, II, a)

b) regulatória; (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 4º, II, b)

c) controle e garantia de qualidade; (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 4º, II, c)

d) produtiva; (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 4º, II, d)

e) suprimentos; e (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 4º, II, e)

f) jurídica; (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 4º, II, f)

III - designação de responsável técnico em cada uma das áreas descritas no inciso II, para interlocução regular com o Comitê Gestor do PROCIS; (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 4º, III)

IV - observância estrita dos seguintes itens: (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 4º, IV)

a) cronograma físico e financeiro dos termos de cooperação ou convênios celebrados no âmbito do PROCIS; (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 4º, IV, a)

b) cronograma de entrega dos produtos fixado nos instrumentos de compras firmados com o Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 4º, IV, b)

c) cronograma de atendimento aos requisitos regulatórios da ANVISA; e (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 4º, IV, c)

d) atendimento às normativas da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 4º, IV, d)

§ 1º O cumprimento das exigências listadas neste artigo é requisito condicionante para efetivação dos repasses financeiros afetos ao PROCIS. (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Os produtores públicos elegíveis ou beneficiados pelo PROCIS deverão garantir livre acesso às suas instalações ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 4º, § 2º)

Art. 805. Caberá ao Ministério da Saúde a assinatura de instrumentos de cooperação com outros Ministérios e entes federados, com vistas à integração das ações de todas as esferas de governo direcionadas à temática do PROCIS. (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 5º)

Art. 806. Fica instituído o Comitê Gestor do PROCIS, composto pelos seguintes órgãos e entidade: (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 6º)

I - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 6º, I)

II - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 6º, II)

III - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 6º, III)

IV - Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 6º, IV)

V - Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 6º, V)

VI - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 6º, VI)

§ 1º Cada órgão ou entidade indicará um membro titular e um suplente à Coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 6º, § 1º)

§ 2º A coordenação do Comitê Gestor será exercida pelo Secretário da SCTIE/MS, que será substituído, em suas ausências, pelo Diretor do Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde (DECIIS/SCTIE/MS). (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 6º, § 2º)

Art. 807. Compete ao Comitê Gestor: (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 7º)

I - gerenciar e monitorar a implantação das ações do PROCIS; (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 7º, I)

II - assegurar o cumprimento dos Planos de Trabalho aprovados; e (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 7º, II)

III - avaliar o cumprimento das exigências contidas no art. 804. (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 7º, III)

Parágrafo Único. Para fins do disposto no "caput", caberá ao DECIIS/SCTIE/MS verificar o adequado cumprimento de cada Plano de Trabalho aprovado, com a elaboração de relatórios trimestrais, a partir da realização de reuniões e visitas técnicas. (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 808. Caberá à SE/MS, à SAS/MS, à SVS/MS e à ANVISA oferecer à SCTIE/MS os subsídios necessários ao desenvolvimento e ao acompanhamento do PROCIS, observadas as respectivas competências regimentais. (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 8º)

Art. 809. Caberá ao FNS/SE/MS o apoio institucional e técnico necessário para o efetivo cumprimento dos instrumentos específicos firmados com os produtores públicos beneficiados pelo PROCIS. (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 9º)

Parágrafo Único. O FNS/SE/MS, com o apoio da SE/MS e da SCTIE/MS, publicará orientação, na forma de Manual Técnico, específica para os Termos de Cooperação ou Convênios firmados no âmbito do PROCIS. (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 9º, Parágrafo Único)

Seção IV

Dos Produtos Estratégicos para o SUS

Art. 810. O Anexo XCV, Capítulo II, dispõe sobre os critérios para a definição da lista de produtos estratégicos para o SUS, em consonância com o Decreto 7.807/2012.

Seção V

Das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP)

Art. 811. O Anexo XCV, Capítulos I e III a VII, estabelece as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) e disciplina os respectivos processos de submissão, instrução, decisão, transferência e absorção de tecnologia, aquisição de produtos estratégicos para o SUS no âmbito das PDP e o respectivo monitoramento e avaliação.

Subseção I

Do Comitê Deliberativo para Análise e Avaliação de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP)

Art. 812. Fica constituído o Comitê Deliberativo para análise e avaliação de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP). (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 1º)

Art. 813. O Comitê Deliberativo será composto pelos seguintes membros: (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 2º)

I - Ministério da Saúde (MS); (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 2º, I)

II - Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações; (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 2º, II)

III - Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços; (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 2º, III)

IV - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 2º, IV) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1020/2015)

§ 1º O membro suplente substituirá o membro titular em seus impedimentos eventuais ou permanentes. (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 2º, § 1º)

§ 2º As funções dos membros do Comitê Deliberativo não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 2º, § 2º)

Art. 814. A coordenação do Comitê Deliberativo será exercida pelo membro titular do Ministério da Saúde e quando do seu impedimento, será assumida pelo seu membro suplente. (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 3º)

Art. 815. Os objetos de trabalho do Comitê Deliberativo (CD) são: (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 4º)

I - Propostas de projeto de PDP; (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 4º, I)

II - Projetos de PDP; e (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 4º, II)

III - PDP. (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 4º, III)

Art. 816. Compete ao Comitê Deliberativo (CD): (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 5º)

I - analisar e validar os relatórios das Comissões Técnicas de Avaliação; (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 5º, I)

II - aprovar ou reprovar as propostas de projeto de PDP, mediante parecer conclusivo; (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 5º, II)

III - definir os prazos, critérios e condicionantes específicos para execução das propostas de projetos de PDP, dos projetos de PDP e das PDP; (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 5º, III)

IV - analisar e validar o grau de integração produtiva em território nacional do produto objeto de PDP para aplicação das regras previstas no Anexo XCV ; (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 5º, IV)

V - analisar e validar os prazos do desenvolvimento e absorção tecnológica, incluindo-se as etapas regulatórias, compatíveis com o cronograma proposto; (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 5º, V)

VI - estabelecer as condições de economicidade e vantajosidade da PDP; (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 5º, VI)

VII - indicar, motivadamente, a necessidade de submissão das propostas de projeto de PDP à nova avaliação por Comissão Técnica de Avaliação "ad hoc", cujos membros serão designados mediante ato do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, com definição de seu objeto e prazo de duração; (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 5º, VII)

VIII - avaliar as propostas de alterações das tecnologias do projeto de PDP ou dos parceiros envolvidos no projeto de PDP; (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 5º, VIII)

IX - avaliar as propostas de alteração do cronograma da PDP apresentadas pela instituição publica, quando iniciado o processo de aquisição, nos casos da proposta de alteração impactar na ampliação do período de aquisição do produto objeto da PDP conforme previsto no cronograma vigente; e (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 5º, IX)

X - outras competências que lhe forem atribuídas. (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 5º, X)

Art. 817. A coordenação do Comitê Deliberativo poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades, públicas ou privadas, bem como especialistas em assuntos relacionados ao tema, cuja presença seja considerada necessária. (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 6º)

Art. 818. Todos os participantes e convidados deverão assinar termo de confidencialidade e declaração de inexistência de conflito de interesses para participação nas atividades do Comitê Deliberativo. (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 7º)

Art. 819. O Comitê Deliberativo elaborará seu regimento interno e o das Comissões Técnicas de Avaliação, a serem aprovados por ato do Ministro do Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 918/2015, Art. 8º)

Seção VI

Do Programa Nacional de Competitividade em Vacinas (INOVACINA)

Art. 820. Fica instituído o Programa Nacional de Competitividade em Vacinas (INOVACINA), que integra o conjunto de políticas adotada para estimular a eficiência produtiva considerada como vetor dinâmico da atividade industrial pelas "Diretrizes de Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior". (Origem: PRT MS/GM 972/2006, Art. 1º)

Art. 821. O Programa INOVACINA tem por finalidade criar condições para alcançar a auto-suficiência nacional na produção das vacinas incluídas no Programa Nacional de Imunização (PNI), por meio das seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 972/2006, Art. 2º)

I - investir na infra-estrutura e no custeio da pesquisa e desenvolvimento em vacinas, incluindo bolsas de pesquisa; (Origem: PRT MS/GM 972/2006, Art. 2º, I)

II - investir no estabelecimento de condições de Boas Práticas de Produção (BPP) nos laboratórios públicos e privados sem fins lucrativos, produtores de vacinas no País; (Origem: PRT MS/GM 972/2006, Art. 2º, II)

III - aperfeiçoar o sistema de regulação de vacinas, com especial atenção aos mecanismos desenvolvidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); e (Origem: PRT MS/GM 972/2006, Art. 2º, III)

IV - investir no estabelecimento de uma Rede Pública de Ensaios pré-clínicos e clínicos de vacinas, destinada a avaliar a segurança, a eficácia e efetividade das vacinas produzidas. (Origem: PRT MS/GM 972/2006, Art. 2º, IV)

Art. 822. O Programa INOVACINA deverá seguir as diretrizes de uma Câmara Técnica de Imunobiológicos que orientará, em última instância, sua estrutura organizacional, composição e funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 972/2006, Art. 3º)

Art. 823. Fica aprovada a Estrutura Organizacional do Programa INOVACINA, na forma Anexo XCVI . (Origem: PRT MS/GM 972/2006, Art. 4º)

Seção VII

Do Comitê Gestor das Vacinas Pentavalente e Heptavalente

Art. 824. Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor das vacinas pentavalente e heptavalente, com a missão de promover, coordenar e acompanhar a execução das atividades de desenvolvimento tecnológico e de produção das vacinas pentavalente e heptavalente junto aos laboratórios públicos produtores de imunobiológicos e seus parceiros, para atender prioritariamente ao Programa Nacional de Imunizações (PNI). (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 1º)

Art. 825. O Comitê Gestor atuará sob a coordenação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS) e será composto por representantes, titular e suplente, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 2º)

I - Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIIS/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 2º, I)

II - Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (DEVIT/SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 2º, II)

III - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 2º, III)

IV - Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos); (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 2º, IV)

V - Instituto Butantan; e (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 2º, V)

VI - Fundação Ezequiel Dias (Funed). (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 2º, VI)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à coordenação do Comitê Gestor. (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 2º, § 1º)

§ 2º As funções dos membros do Comitê Gestor não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 2º, § 2º)

Art. 826. Compete ao Comitê Gestor: (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 3º)

I - analisar e validar a adoção das rotas tecnológicas e das parcerias propostas para o desenvolvimento das vacinas pentavalente e heptavalente; (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 3º, I)

II - pactuar compromissos mútuos e o plano de ação, contendo metas, responsabilidades, cronograma de atividades e prazos para o desenvolvimento, a produção e a implementação das vacinas pentavalente e heptavalente no País; e (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 3º, II)

III - realizar a gestão e acompanhamento da execução do plano de ação pactuado. (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 3º, III)

Art. 827. Compete à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS): (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 4º)

I - coordenar as ações de fomento ao fortalecimento da infraestrutura e à qualificação da produção dos laboratórios públicos produtores de imunobiológicos; (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 4º, I)

II - estimular parcerias público-privadas de transferência de tecnologia visando desenvolvimento tecnológico e inovação na produção de insumos estratégicos na área da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 4º, II)

III - orientar os requisitos mínimos que regerá a transferência de tecnologia entre os laboratórios públicos produtores de imunobiológicos e seus parceiros privados; e (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 4º, III)

IV - coordenar o processo de avaliação e incorporação de tecnologias em saúde. (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 4º, IV)

Art. 828. Compete à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS): (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 5º)

I - fornecer as especificações técnicas das rotas tecnológicas, as definições de parâmetros de programação e padrões de qualidade relativos às vacinas pentavalente e heptavalente destinadas ao PNI; e (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 5º, I)

II - coordenar os processos relativos à aquisição e à distribuição das vacinas pentavalente e heptavalente em âmbito nacional. (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 5º, II)

Art. 829. Compete à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) acompanhar as atividades relativas ao desenvolvimento, produção, registro e pós-registro das vacinas pentavalente e heptavalente junto aos laboratórios públicos produtores de imunobiológicos por meio de Comitês Técnico-Regulatórios específicos, conforme disposto na Resolução RDC Nº 2, de 2 de fevereiro de 2011. (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 6º)

Art. 830. Compete aos laboratórios públicos produtores de imunobiológicos celebrar contratos, convênios e/ou acordos de cooperação entre si ou com seus parceiros privados para o desenvolvimento tecnológico e a produção das vacinas pentavalente e heptavalente. (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 7º)

Art. 831. O Comitê Gestor poderá convocar entidades, bem como especialistas, a compor o Comitê quando necessário ao pleno alcance dos objetivos propostos. (Origem: PRT MS/GM 2691/2011, Art. 8º)

Seção VIII

Da Câmara Técnica de Imunobiológicos

Art. 832. Fica instituída a Câmara Técnica de Imunobiológicos, para discussão permanente dos problemas e da reavaliação constante das prioridades e das políticas na área de vacinas com vistas à dinamização do crescimento e à competitividade do segmento e ao aumento da capacidade tecnológica e do sinergismo entre os produtores. (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 1º)

Art. 833. A Câmara Técnica de Imunobiológicos tem por finalidade atuar nos espaços que constituem as vertentes centrais para a ampliação da competitividade no setor, em: (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 2º)

I - pesquisa, desenvolvimento e inovação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 2º, I)

II - produção, comercialização e preços de imunobiológicos; e (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 2º, II)

III - qualidade e sustentabilidade econômica. (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 2º, III)

Art. 834. A Câmara Técnica de Imunobiológicos terá as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 3º)

I - definir as diretrizes estratégicas do Programa Brasileiro de Competitividade em Vacinas (INOVACINA); (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 3º, I)

II - definir estratégias para inovação, incluindo acordos de transferência de tecnologia e desenvolvimento interno; (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 3º, II)

III - definir políticas de pesquisa e desenvolvimento, com planejamento a longo prazo, envolvendo propriedade intelectual, recursos humanos e ensaios clínicos; (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 3º, III)

IV - propor a definição de produtos prioritários atuais e futuros; (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 3º, IV)

V - definir mecanismos para ampliar a articulação entre os produtores; (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 3º, V)

VI - definir critérios para seleção e definição de nichos de mercado entre os produtores; (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 3º, VI)

VII - desenvolver estudos para acompanhamento da dinâmica do mercado internacional e nacional; (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 3º, VII)

VIII - desenvolver propostas de transformação de formas de gestão dos laboratórios oficiais, considerando a auto-sustentabilidade como um pré-requisito; (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 3º, VIII)

IX - propor políticas de financiamento abrangentes, multiinstitucionais (FINEP, BNDES, CNPq, CAPES), para capital de giro, modernização da produção, certificação das plantas de produção para cumprimento das normas de Boas Práticas de Fabricação, investimento em desenvolvimento e inovação tecnológica e na formação de especialistas; (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 3º, IX)

X - propor uma política de preços e financiamento da produção que permita a auto-sustentabilidade dos produtores; (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 3º, X)

XI - revisar os aspectos regulatórios incluindo uma visão de desenvolvimento econômico e tecnológico; e (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 3º, XI)

XII - outras atividades correlacionadas como sistemas de controle de qualidade e a produção de animais de laboratório. (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 3º, XII)

Parágrafo Único. Caberá à Câmara elaborar proposta de cronograma de trabalho e de regimento interno. (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 835. A Câmara Técnica de Imunobiológicos será um corpo colegiado constituído por membros e respectivos suplentes designados pelo Ministro da Saúde, formado por titulares ou por representantes das seguintes unidades integrantes da estrutura organizacional do Ministério da Saúde e entidades vinculadas: (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 4º)

I - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 4º, I)

II - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 4º, II)

III - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 4º, III)

IV - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 4º, IV)

V - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); e (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 4º, V)

VI - 3 Três representantes dos Laboratórios Produtores Oficiais. (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 4º, VI)

Parágrafo Único. A Presidência da Câmara caberá ao representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 836. Caberá ao colegiado solicitar o apoio de servidores dos órgãos e entidades do Ministério da Saúde, bem como convidar representantes de outros órgãos da administração pública e de outros Ministérios, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 5º)

Parágrafo Único. A participação de pessoas externas ao Ministério da Saúde é considerada atividade de relevante interesse nacional e não será remunerada. (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 837. A Câmara Técnica de Imunobiológicos terá o apoio de Grupos Técnicos de Trabalho formados por especialistas em cada área para subsidiar e orientar suas decisões. (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 6º)

§ 1º Deverão ter caráter permanente: (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 6º, § 1º)

I - Grupo Técnico de Trabalho para a área de Recursos Humanos; (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 6º, § 1º, I)

II - Grupo Técnico de Trabalho para a área de Produção; (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 6º, § 1º, II)

III - Grupo Técnico de Trabalho para Pesquisa & Desenvolvimento. (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 6º, § 1º, III)

§ 2º A Câmara reunir-se-á ordinariamente a cada dois meses e extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação do Presidente. (Origem: PRT MS/GM 973/2006, Art. 6º, § 2º)

CAPÍTULO V

DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PQA-VS)

Art. 838. Este Capítulo regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 1º)

Art. 839. O PQA-VS tem como objetivo induzir o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde nos âmbitos estadual, distrital e municipal e é composto por Fase de Adesão e Fase de Avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 2º)

Art. 840. São diretrizes do PQA-VS: (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 3º)

I - o processo contínuo e progressivo de melhoria das ações de vigilância em saúde que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios; (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 3º, I)

II - a gestão baseada em compromissos e resultados, expressos em metas de indicadores pactuados, constantes do Anexos XCVIII e XCIX ; e (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 3º, II)

III - adesão voluntária de Estados, Distrito Federal e Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 3º, III)

Art. 841. A Fase de Adesão ao PQA-VS é composta pelas seguintes etapas: (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 5º)

I - assinatura do Termo de Adesão ao PQA-VS pelos Municípios, com o preenchimento do modelo apresentado no Anexo XCVII ; (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 5º, I)

II - encaminhamento pelo Município do Termo de Adesão à Comissão Intergestores Regional (CIR), para conhecimento, e envio à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação; e (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 5º, II)

III - encaminhamento pela CIB à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) de Resolução com a relação dos Municípios que aderiram ao PQA-VS. (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 5º, III)

§ 1º A Secretaria de Saúde do Distrito Federal, após a assinatura do Termo de Adesão, o encaminhará a seu Colegiado de Gestão para conhecimento e posterior envio à SVS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 5º, § 1º)

§ 2º A adesão das Secretarias Estaduais de Saúde somente ocorrerá quando, pelo menos, 60% (sessenta por cento) dos Municípios de seu território tiverem formalizado o Termo de Adesão de que trata o inciso I do "caput", exigindo, para a formalização de sua adesão, a assinatura do Modelo constante do Anexo XCVII e posterior envio à SVS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 5º, § 2º)

Art. 842. A adesão de novos entes federativos ao PQA-VS ocorrerá até o final do primeiro trimestre de cada ano. (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 7º)

Parágrafo Único. O Ministério da Saúde divulgará a relação dos Estados, Distrito Federal e Municípios que aderirem ao PQA-VS por meio de ato publicado no Diário Oficial da União. (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 7º, § 2º)

Art. 843. A Fase de Avaliação do PQA-VS é composta pelas seguintes etapas: (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 8º)

I - extração dos dados existentes no banco nacional do sistema de informação correspondente referentes a cada indicador pactuado; (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 8º, I)

II - comparação entre os resultados obtido s e a metas estabelecidas; e (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 8º, II)

III - quantificação do número de metas alcançadas de acordo com a estratificação estabelecida pelo PQA-VS com base na população residente em cada Município, de acordo com os dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 8º, III)

§ 1º A quantificação de que trata o inciso III do "caput" será a base para a definição do recurso financeiro a ser repassado para os Municípios aderidos ao PQA-VS. (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 8º, § 1º)

§ 2º A Fase de Avaliação ocorrerá anualmente no segundo trimestre do ano subsequente ao da adesão do ente federativo. (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 8º, § 2º)

Art. 844. O Ministério da Saúde divulgará o resultado da Fase de Avaliação do PQA-VS e os valores a serem transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios que aderirem ao Programa por meio de ato publicado no Diário Oficial da União. (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 12)

Art. 845. A relação de metas, com seus respectivos indicadores, e a metodologia para a Fase de Avaliação, estabelecidas por este Capítulo, poderão ser revisadas anualmente pela SVS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 14)

Parágrafo Único. Na hipótese de ocorrer a revisão de que trata o "caput", o Ministério da Saúde a submeterá à CIT para aprovação. (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 846. Ficam definidos a relação de metas e seus respectivos indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS). (Origem: PRT MS/GM 2984/2016, Art. 1º)

Art. 847. A relação das metas, com seus respectivos indicadores, que expressam os compromissos e responsabilidades de estados, Distrito Federal e municípios, no âmbito do PQA-VS, consta do Anexo C . (Origem: PRT MS/GM 2984/2016, Art. 2º)

§ 1º O valor das metas definidas não poderá ser alterado pelo ente federado aderido ao Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS). (Origem: PRT MS/GM 2984/2016, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Anexo CI apresenta o Caderno de Indicadores do PQA-VS, referente às metas de que trata o "caput" deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 2984/2016, Art. 2º, § 2º)

CAPÍTULO VI

DO PROGRAMA NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO GERENCIAL NO SUS

Art. 848. Fica instituído o Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no Sistema Único de Saúde (PNDG), com o objetivo de incentivar os processos de qualificação para a gestão e gerência do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1311/2010, Art. 1º)

§ 1º São diretrizes do PNDG: (Origem: PRT MS/GM 1311/2010, Art. 1º, § 1º)

I - orientar-se pelos princípios e práticas da gestão democrática e participativa; (Origem: PRT MS/GM 1311/2010, Art. 1º, § 1º, I)

II - fortalecer a capacidade de desenvolver novos conhecimentos, habilidades e atitudes gerenciais centrados nas necessidades e demandas dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 1311/2010, Art. 1º, § 1º, II)

III - desenvolver o programa em estreita articulação com a Política de Educação Permanente em Saúde (EPS); (Origem: PRT MS/GM 1311/2010, Art. 1º, § 1º, III)

IV - estabelecer parcerias com os gestores do SUS quanto aos processos de formação adequados às diversas realidades locais, regionais e estaduais, bem como em relação ao nível instrucional do profissional de saúde a ser atingido pelo PNDG; e (Origem: PRT MS/GM 1311/2010, Art. 1º, § 1º, IV)

V - consolidar o eixo da gestão do trabalho e educação na saúde do Pacto de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 1311/2010, Art. 1º, § 1º, V)

§ 2º São objetivos do PNDG: (Origem: PRT MS/GM 1311/2010, Art. 1º, § 2º)

I - garantir a integralidade e a qualidade das práticas de saúde, no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1311/2010, Art. 1º, § 2º, I)

II - qualificar os profissionais de saúde para o exercício da função gerencial em todos os pontos do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1311/2010, Art. 1º, § 2º, II)

III - estabelecer instrumentos de cooperação entre os gestores do SUS e as instituições de educação superior da área da saúde, visando à melhoria da qualidade e resolutividade da atenção à saúde prestada ao usuário e à integração da rede na educação permanente; (Origem: PRT MS/GM 1311/2010, Art. 1º, § 2º, III)

IV - promover articulação entre as diversas iniciativas de formação e de capacitação dos gestores nos diversos níveis de governo; e (Origem: PRT MS/GM 1311/2010, Art. 1º, § 2º, IV)

V - buscar integração com as instituições de ensino, principalmente em relação às universidades, escolas de saúde pública, institutos de saúde coletiva. (Origem: PRT MS/GM 1311/2010, Art. 1º, § 2º, V)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300405

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 849. O PNDG será composto pela Comissão Consultiva, responsável por definir as linhas e áreas prioritárias para a execução do presente programa, e será constituída por: (Origem: PRT MS/GM 1311/2010, Art. 2º)

I - um representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1311/2010, Art. 2º, I)

II - um representante da Secretaria-Executiva; (Origem: PRT MS/GM 1311/2010, Art. 2º, II)

III - um representante da Secretaria de Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1311/2010, Art. 2º, III)

IV - um representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; (Origem: PRT MS/GM 1311/2010, Art. 2º, IV)

V - um representante da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1311/2010, Art. 2º, V)

VI - um representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; (Origem: PRT MS/GM 1311/2010, Art. 2º, VI)

VII - um membro titular e um suplente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e (Origem: PRT MS/GM 1311/2010, Art. 2º, VII)

VIII - um membro titular e um suplente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 1311/2010, Art. 2º, VIII)

Parágrafo Único. Compete à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, a coordenação da Comissão prevista no caput deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 1311/2010, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 850. O Ministério da Saúde destinará recursos orçamentários da Funcional Programática nº 10.128.1436.8630.0001 para atender ao Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no SUS (PNDG). (Origem: PRT MS/GM 1311/2010, Art. 3º)

CAPÍTULO VII

DO MONITORAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS ESTRATÉGICOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Art. 851. O Ministério da Saúde, por meio da SVS/MS, efetuará o monitoramento sistemático e regular das ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, para fins de manutenção do recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal correspondente. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 45)

Parágrafo Único. A manutenção do repasse dos recursos do incentivo financeiro está condicionada à alimentação regular dos sistemas de informação de base nacional, previstos no art. 454 da Portaria de Consolidação nº 6, mediante monitoramento regular e sistemático pela SVS/MS. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 45, Parágrafo Único)

Art. 852. O cancelamento do repasse do recurso se dará de forma parcial ou total, a depender do número de ações ou serviços desabilitados e dos recursos destinados ao ente. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 46)

Parágrafo Único. O ente poderá pleitear nova habilitação à ação ou ao serviço para qual tenha sido desabilitado, desde que apresente novo termo de compromisso previsto no art. 505, § 1º , I da Portaria de Consolidação nº 6, e se comprometa com as responsabilidades relacionadas à respectiva ação ou serviço público estratégicos de vigilância em saúde, o que será avaliado e aprovado ou não pela SVS/MS. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 46, Parágrafo Único)

Art. 853. O monitoramento do incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 48)

Art. 854. O detalhamento das ações específicas e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde será inserido na Programação Anual de Saúde (PAS), observadas as diretrizes constantes nos Planos de Saúde dos entes federativos. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 51)

CAPÍTULO VIII

DO PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PNASS)

Art. 855. Fica instituído o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 1º)

Art. 856. O PNASS tem como objetivo geral avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando a apreensão mais completa e abrangente possível da suas realidades, em suas diferentes dimensões, na busca da resolubilidade e qualidade. (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 2º)

Art. 857. O PNASS tem como objetivos específicos: (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 3º)

I - incentivar a cultura avaliativa dos gestores para os serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 3º, I)

II - fomentar a cultura avaliativa nos estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 3º, II)

III - ser instrumento de apoio à gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 3º, III)

IV - produzir conhecimento qualitativo da rede de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 3º, IV)

V - implementar padrões de conformidade dos serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 3º, V)

VI - incorporar indicadores de produção para avaliação de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 3º, VI)

VII - aferir a satisfação dos usuários do SUS; (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 3º, VII)

VIII - conhecer as condições e relações de trabalho dos profissionais nos estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 3º, VIII)

IX - identificar oportunidades e possibilidades de melhoria; (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 3º, IX)

X - possibilitar a observação de experiências exitosas para melhoria da qualidade local; e (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 3º, X)

XI - disponibilizar os resultados para conhecimento público. (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 3º, XI)

Art. 858. O PNASS será executado por meio de instrumentos avaliativos, como roteiros de verificação e questionários de pesquisa, estabelecidos pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS), que avaliarão os estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatorial e hospitalar, quanto as seguintes dimensões: (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 4º)

I - estrutura; (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 4º, I)

II - processos de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 4º, II)

III - resultados relacionados ao risco; e (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 4º, III)

IV - satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido. (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 4º, IV)

Art. 859. O PNASS será aplicado periodicamente nos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatorial e hospitalar, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 5º)

§ 1º Os estabelecimentos de atenção especializada em saúde a serem avaliados pelo PNASS serão indicados a partir de critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O Ministério da Saúde poderá firmar termo de cooperação com Instituições de Ensino Superior Federais para a aplicação dos instrumentos avaliativos do PNASS. (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 5º, § 2º)

Art. 860. Fica instituído o Sistema de Informação do PNASS (SIPNASS), sistema informatizado com a finalidade de armazenar os dados coletados, gerenciar o fluxo a partir da aplicação dos instrumentos avaliativos e subsidiar a análise e a produção dos resultados do PNASS, para divulgação. (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 6º)

Art. 861. O DRAC/SAS/MS será responsável pela coordenação e monitoramento do PNASS. (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 7º)

Art. 862. Os recursos orçamentários, objeto deste Capítulo, correrão por conta do Programa de Trabalho 10.302.2015.8721 - Implementação da Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 28/2015, Art. 8º)

CAPÍTULO IX

DO PLANEJAMENTO, EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM EVENTOS DE MASSA

Art. 863. O Anexo CII dispõe sobre o planejamento, execução e avaliação das ações de vigilância e assistência à saúde em eventos de massa.

TÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 864. Ficam revogadas, por consolidação, as seguintes normas:

I - Portaria nº 2681/GM/MS, de 7 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de novembro de 2013, p. 37;

II - arts. 1º a 6º, 13 a 17, 25 a 38 da Portaria nº 1707/GM/MS, de 23 de setembro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de setembro de 2016, p. 36;

III - arts. 1º a 4º da Portaria nº 1469/GM/MS, de 10 de julho de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de julho de 2006, p. 41;

IV - Portaria nº 2077/GM/MS, de 31 de outubro de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de novembro de 2003, p. 43;

V - Portaria nº 2078/GM/MS, de 31 de outubro de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de novembro de 2003, p. 45;

VI - arts. 1º a 7º, 16, 19 a 21 da Portaria nº 2840/GM/MS, de 29 de dezembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de dezembro de 2014, p. 54;

VII - arts. 1º a 7º, 9º e 11 da Portaria nº 2197/GM/MS, de 14 de outubro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de outubro de 2004, p. 49;

VIII - arts. 1º, 2º, 5º, 7º e 9º da Portaria nº 816/GM/MS, de 30 de abril de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de maio de 2002, p. 29;

IX - Portaria nº 1028/GM/MS, de 1 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de julho de 2005, p. 55;

X - Portaria nº 799/GM/MS, de 19 de julho de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de julho de 2000, p. 13;

XI - Portaria nº 251/GM/MS, de 31 de janeiro de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de fevereiro de 2002, p. 52;

XII - Portaria nº 1977/GM/MS, de 12 de setembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de setembro de 2014, p. 53;

XIII - Portaria nº 729/GM/MS, de 13 de maio de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de maio de 2005, p. 60;

XIV - Portaria nº 1052/GM/MS, de 8 de maio de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de maio de 2007, p. 33;

XV - Portaria nº 3244/GM/MS, de 30 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de janeiro de 2012, p. 52;

XVI - arts. 1º a 6º e 11 da Portaria nº 822/GM/MS, de 6 de junho de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 7 de junho de 2001, p. 33;

XVII - Portaria nº 1069/GM/MS, de 5 de junho de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de junho de 2002, p. 28;

XVIII - Portaria nº 111/GM/MS, de 19 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de janeiro de 2012, p. 40;

XIX - Portaria nº 529/GM/MS, de 1 de abril de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de abril de 2013, p. 43;

XX - Portaria nº 798/GM/MS, de 17 de junho de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de junho de 2015, p. 32;

XXI - Portaria nº 586/GM/MS, de 6 de abril de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de abril de 2004, p. 87;

XXII - Portaria nº 814/GM/MS, de 26 de julho de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de julho de 2000, p. 26;

XXIII - Portaria nº 587/GM/MS, de 6 de abril de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de abril de 2004, p. 87;

XXIV - Portaria nº 183/GM/MS, de 30 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de janeiro de 2014, p. 59;

XXV - Portaria nº 344/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de fevereiro de 2002, p. 29;

XXVI - arts. 1º a 10, 12, 14 e 15 da Portaria nº 2304/GM/MS, de 4 de outubro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de outubro de 2012, p. 86;

XXVII - Portaria nº 2898/GM/MS, de 28 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de novembro de 2013, p. 119;

XXVIII - Portaria nº 2508/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de outubro de 2011, p. 40;

XXIX - Portaria nº 613/GM/MS, de 3 de março de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de março de 2017, p. 73;

XXX - Portaria nº 1400/GM/MS, de 14 de agosto de 1991, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de agosto de 1991, p. 14;

XXXI - Portaria nº 1138/GM/MS, de 23 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de maio de 2014, p. 83;

XXXII - Portaria nº 44/GM/MS, de 3 de janeiro de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de janeiro de 2002, p. 77;

XXXIII - Portaria nº 451/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de fevereiro de 2017, p. 31;

XXXIV - Portaria nº 1398/GM/MS, de 8 de julho de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de julho de 2008, p. 42;

XXXV - Portaria nº 1402/GM/MS, de 14 de agosto de 1991, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de agosto de 1991, p. 19;

XXXVI - Portaria nº 1933/GM/MS, de 9 de outubro de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de outubro de 2003, p. 58;

XXXVII - Portaria nº 2001/GM/MS, de 17 de outubro de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de outubro de 2003, p. 81;

XXXVIII - arts. 2º a 8º da Portaria nº 1934/GM/MS, de 9 de outubro de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de outubro de 2003, p. 58;

XXXIX - Portaria nº 335/GM/MS, de 12 de fevereiro de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de fevereiro de 2007, p. 56;

XL - Portaria nº 236/GM/MS, de 2 de maio de 1985, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de maio de 1985, p. 6856;

XLI - Portaria nº 2080/GM/MS, de 31 de outubro de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de novembro de 2003, p. 45;

XLII - Portaria nº 1932/GM/MS, de 9 de outubro de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de outubro de 2003, p. 58;

XLIII - Portaria nº 2362/GM/MS, de 1 de dezembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de dezembro de 2005, p. 59;

XLIV - Portaria nº 520/GM/MS, de 6 de abril de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de abril de 2005, p. 39;

XLV - Portaria nº 205/GM/MS, de 17 de fevereiro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de fevereiro de 2016, p. 24;

XLVI - Portaria nº 652/GM/MS, de 28 de maio de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de maio de 2003, p. 78;

XLVII - Portaria nº 427/GM/MS, de 22 de março de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de março de 2005, p. 23;

XLVIII - Portaria nº 2775/GM/MS, de 22 de dezembro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de dezembro de 2016, p. 164;

XLIX - Portaria nº 1133/GM/MS, de 6 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de julho de 2005, p. 23;

L - Portaria nº 1727/GM/MS, de 11 de julho de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de julho de 2017, p. 47;

LI - Portaria nº 1397/GM/MS, de 7 de junho de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de junho de 2017, p. 87;

LII - Portaria nº 1533/GM/MS, de 18 de agosto de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de agosto de 2016, p. 55;

LIII - Portaria nº 2672/GM/MS, de 16 de novembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de novembro de 2011, p. 84;

LIV - Portaria nº 2871/GM/MS, de 19 de novembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de novembro de 2009, p. 119;

LV - Portaria nº 1969/GM/MS, de 25 de outubro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de outubro de 2001, p. 87;

LVI - Portaria nº 3120/GM/MS, de 1 de julho de 1998, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de julho de 1998, p. 36;

LVII - Portaria nº 1339/GM/MS, de 18 de novembro de 1999, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de novembro de 1999, p. 21;

LVIII - Portaria nº 776/GM/MS, de 28 de abril de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de abril de 2004, p. 34;

LIX - Portaria nº 1851/GM/MS, de 9 de agosto de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de agosto de 2006, p. 34;

LX - Portaria nº 1986/GM/MS, de 25 de outubro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de outubro de 2001, p. 93;

LXI - Portaria nº 2362/GM/MS, de 17 de outubro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de outubro de 2012, p. 45;

LXII - Portaria nº 2395/GM/MS, de 7 de outubro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de outubro de 2009, p. 115;

LXIII - Portaria nº 2546/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de outubro de 2011, p. 50;

LXIV - Portaria nº 452/GM/MS, de 4 de março de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de março de 2010, p. 53;

LXV - arts. 1º a 19 da Portaria nº 2554/GM/MS, de 28 de outubro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de outubro de 2011, p. 28;

LXVI - Portaria nº 2525/GM/MS, de 29 de outubro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de outubro de 2013, p. 45;

LXVII - arts. 9º a 17 da Portaria nº 2859/GM/MS, de 29 de dezembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de dezembro de 2014, p. 61;

LXVIII - Portaria nº 58/GM/MS, de 29 de janeiro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de janeiro de 2015, p. 100;

LXIX - arts. 1º a 8º, 11 e 12 da Portaria nº 1645/GM/MS, de 2 de outubro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de outubro de 2015, p. 668;

LXX - Portaria nº 1560/GM/MS, de 21 de junho de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de junho de 2017, p. 31;

LXXI - arts. 1º a 3º da Portaria nº 878/GM/MS, de 8 de maio de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de maio de 2002, p. 72;

LXXII - arts. 1º a 33 e 42 da Portaria nº 825/GM/MS, de 25 de abril de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de abril de 2016, p. 33;

LXXIII - Portaria nº 1274/GM/MS, de 25 de junho de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de junho de 2008, p. 41;

LXXIV - Portaria nº 886/GM/MS, de 20 de abril de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de abril de 2010, p. 75;

LXXV - Portaria nº 1214/GM/MS, de 13 de junho de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de junho de 2012, p. 29;

LXXVI - Portaria nº 599/GM/MS, de 23 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de março de 2006, p. 51;

LXXVII - arts. 1º a 8º, 11 e 12 da Portaria nº 1599/GM/MS, de 30 de setembro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de outubro de 2015, p. 31;

LXXVIII - arts. 1º a 3º e 5º da Portaria nº 569/GM/MS, de 1 de junho de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de junho de 2000, p. 4;

LXXIX - arts. 1º, 4º, 5º, 8º, 9º e 12 da Portaria nº 570/GM/MS, de 1 de junho de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de junho de 2000, p. 6;

LXXX - arts. 1º e 3º da Portaria nº 571/GM/MS, de 1 de junho de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de junho de 2000, p. 8;

LXXXI - arts. 1º, 2º, 5º, 8º e 10 da Portaria nº 572/GM/MS, de 1 de junho de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de junho de 2000, p. 8;

LXXXII - Portaria nº 2068/GM/MS, de 21 de outubro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de outubro de 2016, p. 120;

LXXXIII - Portaria nº 3150/GM/MS, de 12 de dezembro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de dezembro de 2006, p. 111;

LXXXIV - Portaria nº 1319/GM/MS, de 23 de julho de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de julho de 2002, p. 81;

LXXXV - Portaria nº 1097/GM/MS, de 22 de maio de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de maio de 2006, p. 40;

LXXXVI - arts. 1º a 6º e 13 da Portaria nº 1663/GM/MS, de 6 de agosto de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 7 de agosto de 2012, p. 32;

LXXXVII - Portaria nº 1370/GM/MS, de 3 de julho de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de julho de 2008, p. 192;

LXXXVIII - Portaria nº 401/GM/MS, de 16 de março de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de março de 2005, p. 28;

LXXXIX - Portaria nº 1359/GM/MS, de 21 de julho de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de julho de 2003, p. 45;

XC - Portaria nº 3443/GM/MS, de 11 de novembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de novembro de 2010, p. 38;

XCI - Portaria nº 931/GM/MS, de 10 de maio de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de maio de 2012, p. 140;

XCII - Portaria nº 485/GM/MS, de 1 de abril de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de abril de 2014, p. 53;

XCIII - Portaria nº 1508/GM/MS, de 1 de setembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de setembro de 2005, p. 125;

XCIV - Portaria nº 703/GM/MS, de 12 de abril de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de abril de 2002, p. 28;

XCV - Portaria nº 343/GM/MS, de 7 de março de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de março de 2005, p. 39;

XCVI - Portaria nº 2583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de outubro de 2007, p. 49;

XCVII - arts. 1º a 9º da Portaria nº 3189/GM/MS, de 18 de dezembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de dezembro de 2009, p. 59;

XCVIII - Portaria nº 1111/GM/MS, de 5 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 7 de julho de 2005, p. 47;

XCIX - arts. 1º, 2º, 6º e 7º da Portaria nº 1143/GM/MS, de 7 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de julho de 2005, p. 30;

C - arts. 1º a 4º, 22 a 25 da Portaria nº 1248/GM/MS, de 24 de junho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de junho de 2013, p. 31;

CI - Portaria nº 568/GM/MS, de 5 de abril de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de abril de 2013, p. 55;

CII - Portaria nº 266/GM/MS, de 15 de fevereiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de fevereiro de 2012, p. 26;

CIII - Portaria nº 2261/GM/MS, de 22 de setembro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de setembro de 2006, p. 34;

CIV - Portaria nº 2430/GM/MS, de 23 de dezembro de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de dezembro de 2003, p. 26;

CV - Portaria nº 928/GM/MS, de 2 de maio de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de maio de 2006, p. 44;

CVI - Portaria nº 374/GM/MS, de 28 de fevereiro de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de fevereiro de 2008, p. 118;

CVII - Portaria nº 375/GM/MS, de 28 de fevereiro de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de fevereiro de 2008, p. 119;

CVIII - arts. 1º a 9º da Portaria nº 506/GM/MS, de 21 de março de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de março de 2012, p. 38;

CIX - Portaria nº 918/GM/MS, de 6 de julho de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 2, de 7 de julho de 2015, p. 41;

CX - Portaria nº 972/GM/MS, de 3 de maio de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de maio de 2006, p. 25;

CXI - Portaria nº 2691/GM/MS, de 16 de novembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de novembro de 2011, p. 88;

CXII - Portaria nº 973/GM/MS, de 3 de maio de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de maio de 2006, p. 26;

CXIII - arts. 1º a 3º, 5º, 7º, 8º, 12 e 14 da Portaria nº 1708/GM/MS, de 16 de agosto de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de agosto de 2013, p. 44;

CXIV - arts. 1º e 2º da Portaria nº 2984/GM/MS, de 27 de dezembro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de dezembro de 2016, p. 109;

CXV - Portaria nº 1311/GM/MS, de 27 de maio de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de junho de 2010, p. 65;

CXVI - Portaria nº 28/GM/MS, de 8 de janeiro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de janeiro de 2015, p. 739;

CXVII - Portaria nº 158/GM/MS, de 4 de fevereiro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de fevereiro de 2016, p. 37;

CXVIII - Portaria nº 1840/GM/MS, de 13 de setembro de 1996, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de setembro de 1996, p. 43;

CXIX - Portaria nº 1544/GM/MS, de 15 de outubro de 1997, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de outubro de 1997, p. 92;

CXX - Portaria nº 1589/GM/MS, de 7 de julho de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de julho de 2011, p. 68;

CXXI - Portaria nº 1588/GM/MS, de 7 de julho de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de julho de 2011, p. 68;

CXXII - Portaria nº 1587/GM/MS, de 7 de julho de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de julho de 2011, p. 67;

CXXIII - Portaria nº 1880/GM/MS, de 3 de setembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de setembro de 2012, p. 130;

CXXIV - Portaria nº 2543/GM/MS, de 12 de novembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de novembro de 2014, p. 145;

CXXV - Portaria nº 2545/GM/MS, de 12 de novembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de novembro de 2014, p. 147;

CXXVI - Portaria nº 158/GM/MS, de 12 de fevereiro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de fevereiro de 2015, p. 29;

CXXVII - Portaria nº 475/GM/MS, de 17 de abril de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de abril de 2015, p. 62;

CXXVIII - Portaria nº 795/GM/MS, de 17 de junho de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de junho de 2015, p. 31;

CXXIX - Portaria nº 1440/GM/MS, de 18 de setembro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de setembro de 2015, p. 32;

CXXX - Portaria nº 2612/GM/MS, de 19 de novembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de novembro de 2012, p. 24;

CXXXI - Portaria nº 1737/GM/MS, de 19 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de agosto de 2004, p. 40;

CXXXII - Portaria nº 2264/GM/MS, de 16 de outubro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de outubro de 2014, p. 52;

CXXXIII - Portaria nº 2914/GM/MS, de 12 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de dezembro de 2011, p. 39;

CXXXIV - Portaria nº 635/GM/MS, de 26 de dezembro de 1975, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de janeiro de 1976, p. 1455;

CXXXV - Portaria nº 111/GM/MS, de 28 de janeiro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de janeiro de 2016, p. 104;

CXXXVI - Portaria nº 937/GM/MS, de 7 de abril de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de abril de 2017, p. 27;

CXXXVII - arts. 1º a 68, 70 a 73 da Portaria nº 184/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de fevereiro de 2011, p. 35;

CXXXVIII - Portaria nº 1550/GM/MS, de 29 de julho de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de julho de 2014, p. 37;

CXXXIX - Portaria nº 2814/GM/MS, de 22 de dezembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de dezembro de 2014, p. 58;

CXL - Portaria nº 2531/GM/MS, de 12 de novembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de novembro de 2014, p. 102;

CXLI - Portaria nº 2778/GM/MS, de 18 de dezembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de dezembro de 2014, p. 200;

CXLII - Portaria nº 1139/GM/MS, de 10 de junho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de junho de 2013, p. 22.

Art. 865. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300407

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Anexo I

PROGRAMA DE NECESSIDADES DA ESTRUTURA FÍSICA MÍNIMA DOS POLOS DA ACADEMIA DA SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Anexo 1)

Programa de Necessidades da Estrutura Física Mínima dos Polos da Academia da Saúde

MODALIDADE BÁSICA

Constituída por área coberta de apoio, área descoberta e área de acessos, circulação e paisagismo.

Ambientes		Quantidade mínima (unid.)	Área unitária (m²)	Área total (m²)
1	Área coberta de apoio	1	50,00	50,00
2	Área descoberta	1	150,00	150,00
3	Área de acessos, circulação e paisagismo	1	50,00	50,00
Total				250,00

MODALIDADE INTERMEDIÁRIA

Constituída por edificação de apoio, área descoberta e área de acessos, circulação e paisagismo.

Ambientes		Quantidade mínima (unid.)	Área Unitária (m²)	Área Total (m²)
1	Edificação de apoio	1	63,20	63,20
1.1	Sala de vivência	1	45,00	45,00
1.2	Depósito	1	5,60	5,60
1.3	Sanitário masculino adaptado para pessoas com deficiência	1	3,20	3,20
1.4	Sanitário feminino adaptado para pessoas com deficiência	1	3,20	3,20
1.5	Paredes e circulação interna	-	-	6,20
2	Área descoberta	1	150,00	150,00
3	Área de acessos, circulação e paisagismo	1	50,00	50,00
Área total				263,20

MODALIDADE AMPLIADA

Constituída por edificação de apoio, área descoberta e área de acessos, circulação e paisagismo.

Ambientes		Quantidade mínima (unid.)	Área Unitária (m²)	Área Total (m²
1	Edificação de apoio	1	101,20	101,20
1.1	Sala de vivência	1	50,00	50,00
1.2	Sala de orientação	1	9,00	9,00
1.2	Depósito	1	10,80	10,80
1.3	Sanitário masculino adaptado para pessoas com deficiência	1	3,20	3,20
1.4	Sanitário feminino adaptado para pessoas com deficiência	1	3,20	3,20
1.5	Depósito de material de limpeza	1	2,00	2,00
1.6	Copa	1	3,00	3,00
1.5	Paredes e circulação interna	-	-	20,00
2	Área descoberta	1	250,00	250,00
3	Área de acessos, circulação e paisagismo	1	100,00	100,00
Área Total				451,20

Anexo II

PROGRAMA DE NECESSIDADES DOS POLOS DA ACADEMIA DA SAÚDE EQUIPAMENTOS DA ÁREA DESCOBERTA (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Anexo 2)

Programa de Necessidades dos Polos da Academia da Saúde Equipamentos da Área Descoberta

Equipamentos de alvenaria*		Quantidade mínima (unid.)
1	Barras paralelas	1**
2	Espaldar simples	1
3	Banco	3
4	Prancha para abdominal	2
5	Barra horizontal tripla	1
6	Barras marinheiro	2***
7	Barra fixa de apoio	2

* Os croquis dos equipamentos listados podem ser visualizados no Manual de Infraestrutura do Programa Academia da Saúde.

**Cada unidade equivale a um par de barras paralelas.

***Cada unidade equivale a um par de barras marinheiro

Anexo III

LISTA DOS CBOS DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Anexo 3)

Lista dos CBOS dos Profissionais do Programa Academia da Saúde

De acordo com a legislação vigente do Código Brasileiro de Ocupação o(s) profissional (is) do Programa Academia da Saúde deverá(ão) ser

dos seguintes CBOs:

CÓD. CBO	DESCRIÇÃO DA OCUPAÇÃO
2241-E1	PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FISICA NA SAÚDE
2516-05	ASSISTENTE SOCIAL
2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
2236-05	FISIOTERAPEUTA GERAL
2238-10	FONOAUDIOLOGO GERAL
2237-10	NUTRICIONISTA
2515-10	PSICOLOGO
1312-C1	SANITARISTA
5153-05	EDUCADOR SOCIAL
2263-05	MUSICOTERAPEUTA
2263-10	ARTETERAPEUTA
2628*	ARTISTAS DA DANÇA (EXCETO DANÇA TRADICIONAL E POPULAR)
3761*	DANÇARINOS TRADICIONAIS E POPULARES

Obs.: *Possibilidade de inclusão de qualquer CBO da respectiva família.

Anexo IV

DO SANGUE, COMPONENTES E DERIVADOS (Origem: PRT MS/GM 158/2016)

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO I)

Art. 1º Fica instituído o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, nos termos do Título II. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 1º)

Art. 2º O regulamento técnico de que trata este Anexo tem o objetivo de regulamentar a atividade hemoterápica no País, de acordo com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Sangue, Componentes e Derivados, no que se refere à captação, proteção ao doador e ao receptor, coleta, processamento, estocagem, distribuição e transfusão do sangue, de seus componentes e derivados, originados do sangue humano venoso e arterial, para diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 2º)

§ 1º É de observância obrigatória o presente regulamento técnico e respectivos Anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11 do Anexo IV por todos os órgãos e entidades, públicas e privadas, que executam atividades hemoterápicas em todo o território nacional no âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 2º, § 1º)

§ 2º A manutenção de toda a cadeia produtiva do sangue depende dos valores voluntários e altruístas da sociedade para o ato da doação, devendo o candidato à doação de sangue ser atendido sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Os serviços de hemoterapia promoverão a melhoria da atenção e acolhimento aos candidatos à doação, realizando a triagem clínica com vistas à segurança do receptor, porém com isenção de manifestações de juízo de valor, preconceito e discriminação por orientação sexual, identidade de gênero, hábitos de vida, atividade profissional, condição socioeconômica, cor ou etnia, dentre outras, sem prejuízo à segurança do receptor. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 2º, § 3º)

Art. 3º A execução das ações de vigilância sanitária, controle de qualidade e vigilância epidemiológica no território nacional fica a cargo dos órgãos de apoio do SINASAN de que trata o art. 9º da Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, aos quais cabe a definição e estabelecimento da forma de realização dessas ações por meio de regulamentos próprios. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 3º)

Art. 4º Além do cumprimento do regulamento técnico constante deste Anexo, os órgãos e entidades que executem atividades hemoterápicas observarão ainda, os requisitos sanitários para funcionamento de serviços de hemoterapia definidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 4º)

Art. 5º Para fins deste Anexo, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º)

I - ação corretiva: atividade realizada para eliminar a causa de uma não conformidade existente ou outra situação indesejável a fim de prevenir recorrência; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, I)

II - ação preventiva: ação tomada para reduzir o potencial de não conformidades ou outras situações indesejáveis; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, II)

III - calibração: comparação das medidas realizadas por um instrumento com aquelas feitas por outro instrumento mais exato ou padrão, com o propósito de detectar, relatar e eliminar erros em medições, sendo que o instrumento padrão deve ser rastreável; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, III)

IV - camada leucoplaquetária: denominação dada à camada de células localizada na parte superior de uma amostra ou bolsa de sangue total submetida à centrifugação; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, IV)

V - cirurgia de grande porte: cirurgia com grande probabilidade de perda de fluido e sangue; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, V)

VI - contato sexual, fazer sexo ou ter relação sexual: termos que se aplicam a qualquer das seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, VI)

a) sexo anal: contato entre pênis e ânus; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, VI, a)

b) sexo oral: contato entre boca ou língua com vagina, pênis ou ânus de outro/outra; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, VI, b)

c) sexo vaginal: contato entre pênis e vagina; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, VI, c)

VII - doação autóloga: doação do próprio paciente para seu uso exclusivo; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, VIII)

VIII - doação de reposição: doação advinda do indivíduo que doa para atender à necessidade de um paciente, feitas por pessoas motivadas pelo próprio serviço, família ou amigos dos receptores de sangue para repor o estoque de componentes sanguíneos do serviço de hemoterapia; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, IX)

IX - doação espontânea: doação feita por pessoas motivadas para manter o estoque de sangue do serviço de hemoterapia, decorrente de um ato de altruísmo, sem identificação do nome do possível receptor; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, X)

X - doador apto: doador cujos dados pessoais, condições clínicas, laboratoriais e epidemiológicas se encontram em conformidade com os critérios de aceitação vigentes para doação de sangue; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XI)

XI - doador associado com TRALI: o doador cujo componente sanguíneo foi transfundido durante as 6 (seis) horas precedentes à primeira manifestação clínica de TRALI; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XII)

XII - doador de primeira vez: é aquele indivíduo que doa pela primeira vez naquele serviço de hemoterapia; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XIII)

XIII - doador de repetição: doador que realiza 2 (duas) ou mais doações no período de 12 (doze) meses; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XIV)

XIV - doador esporádico: doador que repete a doação após intervalo superior a 12 (doze) meses da última doação; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XV)

XV - doador implicado em TRALI: doador no qual são encontrados anticorpos anti-HLA classe I ou II ou anti-HNA ou ambos, sendo que este anticorpo deve ter especificidade para um antígeno presente nos leucócitos do receptor ou deve haver uma reação positiva entre o soro do doador e os leucócitos do receptor (prova cruzada positiva); (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XVI)

XVI - doador inapto definitivo: doador que nunca poderá doar sangue para outra pessoa, podendo, em alguns casos, realizar doação autóloga; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XVII)

XVII - doador inapto por tempo indeterminado: doador que se encontra impedido de doar sangue para outra pessoa por um período indefinido de tempo segundo as normas regulatórias vigentes, mas apto a realizar doação autóloga; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XVIII)

XVIII - doador inapto temporário: doador que se encontra impedido de doar sangue para outra pessoa por determinado período de tempo, podendo realizar doação autóloga quando possível e necessário; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XIX)

XIX - documento oficial com fotografia: diz respeito à Carteira de Identidade, Carteira Nacional de Habilitação, Carteira de Trabalho, Passaporte, Registro Nacional de Estrangeiro, Certificado de Reservista e Carteira Profissional emitida por classe, sendo aceitas fotocópias autenticadas desde que as fotos e inscrições estejam legíveis e as imagens permitam a identificação do portador; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XX)

XX - equipamento crítico: equipamento que pode afetar a qualidade dos produtos ou serviços críticos do serviço de hemoterapia; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XXI)

XXI - fornecedor: pessoa física ou jurídica que fornece um produto ou serviço à organização; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XXII)

XXII - manutenção corretiva: são reparos de defeitos funcionais ocorridos durante a utilização do equipamento; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XXIII)

XXIII - manutenção preventiva: é a manutenção que visa manter o equipamento dentro de condições normais de utilização com o objetivo de serem reduzidas as possibilidades de ocorrência de defeitos por desgaste ou envelhecimento de seus componentes; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XXIV)

XXIV - material ou insumo crítico: item de material ou insumo que pode afetar a qualidade dos produtos ou serviços críticos da instituição; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XXV)

XXV - não conformidade: falha em atingir requisitos previamente especificados; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XXVI)

XXVI - procedimentos operacionais (PO): documentos detalhados baseados em processos e procedimentos que refletem a prática atual da instituição e visam sua padronização, apresentados, geralmente, em módulos, além de incluírem as atividades de "Boas Práticas de Fabricação (BPF)" e as especificações necessárias;(Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XXVII)

XXVII - qualificação: etapa do processo de validação que corresponde à ação de verificação que uma pessoa, equipamento ou material trabalha corretamente e produz os resultados esperados; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XXVIII)

XXVIII - qualificação de pessoas: aspectos da educação, treinamento e experiência de um indivíduo, necessários para preencher com sucesso os requisitos de determinada função; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XXIX)

XXIX - qualificação de fornecedores: método de avaliação utilizado para assegurar que os materiais, equipamentos, insumos ou serviços obtidos de determinado fornecedor atendem a requisitos especificados pela instituição; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XXX)

XXX - rastreabilidade: habilidade de seguir a história, aplicação ou localização de um produto ou serviço por meio da identificação de registros; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XXXI)

XXXI - registros obrigatórios: registros relacionados diretamente com o cadastro e triagem de doadores de sangue, procedimentos de coleta, preparo e modificação dos componentes sanguíneos, exames de qualificação do sangue do doador e dos procedimentos pré-transfusionais, da transfusão e das complicações relacionadas a transfusões, permitindo, desta forma, a completa rastreabilidade do processo; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XXXII)

XXXII - remessa de insumo ou reagente: cada entrega do insumo ou reagente recebida pelo serviço de hemoterapia, podendo ser composta por 1 (um) ou mais lotes de um mesmo produto; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XXXIII)

XXXIII - retrovigilância: parte da hemovigilância que trata da investigação retrospectiva relacionada à rastreabilidade das bolsas de doações anteriores de um doador que apresentou viragem de um marcador (soroconversão) ou relacionada a um receptor de sangue que veio a apresentar marcador positivo para uma doença transmissível, termo também aplicável em casos de detecção de positividade em análises microbiológicas de componentes sanguíneos e investigação de quadros infecciosos bacterianos em receptores, sem manifestação imediata, mas potencialmente imputados à transfusão; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XXXIV)

XXXIV - serviço crítico: serviço que pode afetar a qualidade dos produtos ou serviços críticos da instituição; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XXXV)

XXXV - serviço de hemoterapia: estabelecimento de saúde que desenvolve atividades de hemoterapia; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XXXVI)

XXXVI - serviços de saúde ou instituição de assistência à saúde: todos os serviços relacionados ao atendimento à saúde; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XXXVII)

XXXVII - sistema ou circuito aberto: sistema que não permite a preparação e separação de componentes sanguíneos sem a exposição de seu conteúdo ao ar ou a elementos externos; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XXXVIII)

XXXVIII - sistema ou circuito fechado: sistema que permite a preparação e separação de componentes sanguíneos sem a exposição de seu conteúdo ao ar ou a elementos externos; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XXXIX)

XXXIX - sistema de qualidade: estrutura organizacional, responsabilidades, políticas, processos, procedimentos e recursos estabelecidos pela diretoria-executiva da instituição para atingir a política de qualidade; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XL)

XL - solução aditiva: solução adicionada a componentes celulares para manutenção de suas propriedades durante o armazenamento; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XLI)

XLI - temperatura ambiente: é a temperatura situada entre 15°C e 30°C; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XLII)

XLII - teste de proficiência: avaliação externa estruturada a partir dos métodos de laboratório que verifica a "adequabilidade" de processos, procedimentos, equipamentos, fornecedores e reagentes; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XLIII)

XLIII - TRALI: sigla em inglês para "transfusional related acute lung injury", que significa lesão pulmonar aguda associada à transfusão; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XLIV)

XLIV - validação: demonstração por meio de documentação e evidências objetivas em que requisitos pré-definidos para procedimentos ou processos específicos são consistentemente atendidos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 5º, XLV)

TÍTULO II

DO REGULAMENTO TÉCNICO DE PROCEDIMENTOS HEMOTERÁPICOS

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO II)

CAPÍTULO I

DO SANGUE E SEUS COMPONENTES

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I)

Seção I

Dos Princípios Gerais

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I, Seção I)

Art. 6º A transfusão de sangue e seus componentes deve ser utilizada criteriosamente na medicina, uma vez que toda transfusão traz em si um risco ao receptor, seja imediato ou tardio, devendo ser indicada de forma criteriosa. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 6º)

Parágrafo Único. A indicação de transfusão de sangue poderá ser objeto de análise e aprovação pela equipe médica do serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 7º Nas cirurgias eletivas deverão ser consideradas ações que reduzam o consumo de componentes sanguíneos alogênicos, como métodos que diminuam o sangramento no intraoperatório ou a realização de transfusão autóloga. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 7º)

Art. 8º A responsabilidade técnica pelo serviço de hemoterapia ficará a cargo de um médico especialista em hemoterapia e/ou hematologia ou qualificado por órgão competente devidamente reconhecido para este fim pelo Coordenador do Sistema Estadual de Sangue, Componentes e Derivados. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 8º)

Parágrafo Único. Cabe ao médico responsável técnico a responsabilidade final por todas as atividades médicas e técnicas que incluam o cumprimento das normas técnicas e a determinação da adequação das indicações da transfusão de sangue e de componentes. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 9º As atividades técnicas realizadas no serviço de hemoterapia que não estejam especificamente consideradas por este Anexo serão aprovadas pelo responsável técnico da instituição de assistência à saúde. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 9º)

Art. 10. Nos serviços de hemoterapia de maior complexidade, como o Hemocentro Coordenador, a responsabilidade administrativa será de profissional qualificado. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 10)

Parágrafo Único. O profissional qualificado de que trata o "caput" possuirá, preferencialmente, formação de nível superior em qualquer área de conhecimento e com experiência em administração ou gestão de serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 11. As instituições de assistência à saúde que realizem intervenções cirúrgicas de grande porte, atendimentos de urgência e emergência ou que efetuem mais de 60 (sessenta) transfusões por mês devem contar com, pelo menos, uma Agência Transfusional (AT). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 11)

§ 1º As instituições de assistência à saúde que não se enquadrem nos critérios estabelecidos no "caput", mas cujo tempo de viabilização do procedimento transfusional, a exemplo do tempo entre coleta de amostra, preparo e instalação do componente sanguíneo, comprometer a assistência ao paciente, deverão buscar alternativas para minimizar esse risco e garantir o suporte hemoterápico necessário. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 11, § 1º)

§ 2º A mesma conduta de que trata o § 1º deverá ser tomada em unidades de assistência à saúde que realizam procedimentos obstétricos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 11, § 2º)

§ 3º Toda instituição de assistência à saúde que possa, potencialmente, utilizar sangue e componentes sanguíneos terá convênio, contrato ou termo de compromisso formalizado com um serviço de hemoterapia de referência para assistência hemoterápica, conforme descrito no art. 272, sem prejuízo de outras normas aplicáveis.(Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 11, § 3º)

Art. 12. Toda instituição de assistência à saúde que realiza transfusão de sangue e componentes sanguíneos comporá ou fará parte de um Comitê Transfusional. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 12)

§ 1º É competência do Comitê Transfusional o monitoramento da prática hemoterápica na instituição de assistência à saúde visando o uso racional do sangue, a atividade educacional continuada em hemoterapia, a hemovigilância e a elaboração de protocolos de atendimento da rotina hemoterápica. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 12, § 1º)

§ 2º Os serviços de hemoterapia e as instituições de assistência à saúde que possuam Agências Transfusionais constituirão seus próprios Comitês Transfusionais. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 12, § 2º)

§ 3º A constituição do Comitê Transfusional será compatível e adequar-se-á às necessidades e complexidades de cada serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 12, § 3º)

§ 4º As instituições de assistência à saúde que não possuam Agência Transfusional participarão das atividades do Comitê Transfusional do serviço de hemoterapia que as assiste ou constituirão Comitê Transfusional próprio. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 12, § 4º)

Art. 13. O serviço de hemoterapia colaborará com as atividades dos Comitês Transfusionais das instituições de assistência à saúde para as quais forneça componentes sanguíneos para atividade transfusional, de elaboração e implementação de protocolos para controlar as indicações, o uso e o descarte dos componentes sanguíneos, quando solicitado. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 13)

Art. 14. O serviço de hemoterapia possuirá equipe profissional, constituída por pessoal técnico e administrativo, suficiente e competente, sob a supervisão do responsável técnico e administrativo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 14)

Parágrafo Único. A equipe profissional de que trata o "caput" adequar-se-á às necessidades e complexidades de cada serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 15. Os supervisores técnicos das áreas do serviço de hemoterapia possuirão registro profissional no respectivo conselho de classe, requisito para o exercício da profissão. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 15)

Art. 16. O serviço de hemoterapia possuirá ambiente e equipamentos adequados para que as diferentes atividades possam ser realizadas segundo as boas práticas de produção e/ou manipulação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 16)

Art. 17. O serviço de hemoterapia implementará programas destinados a minimizar os riscos para a saúde e garantir a segurança dos receptores, dos doadores e dos seus funcionários. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 17)

Art. 18. Cada serviço de hemoterapia manterá um conjunto de procedimentos operacionais, técnicos e administrativos para cada área técnica e administrativa. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 18)

§ 1º Os procedimentos operacionais serão elaborados pelas áreas técnicas e administrativas pertinentes, incluindo as medidas de biossegurança. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 18, § 1º)

§ 2º Os procedimentos operacionais deverão ser aprovados pelos responsáveis técnicos dos setores relacionados e pelo responsável técnico do serviço de hemoterapia ou conforme determinado pelo programa de garantia de qualidade de cada instituição de saúde, em conformidade com o manual da qualidade válido da própria instituição. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 18, § 2º)

§ 3º Os procedimentos operacionais de que trata o "caput" serão disponibilizados a todos os funcionários do respectivo serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 18, § 3º)

§ 4º O cumprimento das disposições contidas nos procedimentos operacionais de que trata o "caput" é obrigatório a todo o pessoal atuante no serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 18, § 4º)

§ 5º Os procedimentos operacionais de que trata o "caput" serão avaliados anualmente quanto à adequação e à atualização, quando apropriado. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 18, § 5º)

§ 6º A introdução de novas técnicas no serviço de hemoterapia será precedida de avaliação e validação dos procedimentos para assegurar os critérios de qualidade. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 18, § 6º)

Art. 19. Os responsáveis, técnicos e administrativos, com apoio da direção do serviço de hemoterapia, assegurarão que todas as normas e procedimentos sejam apropriadamente divulgados e executados. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 19)

Parágrafo Único. Deverá ser garantido o aprovisionamento no serviço de hemoterapia de todos os insumos necessários para a realização das suas atividades. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 20. Os materiais e substâncias que entrarem diretamente em contato com o sangue ou componentes a serem transfundidos em humanos serão estéreis, apirogênicos e descartáveis. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 20)

Parágrafo Único. Os materiais, equipamentos, substâncias e insumos industrializados, como bolsas, equipos de transfusão, seringas, filtros, conjuntos de aférese, agulhas, anticoagulantes, dentre outros, utilizados para a coleta, preservação, processamento, armazenamento e transfusão do sangue e seus componentes, assim como os reagentes usados para a triagem de infecções transmissíveis pelo sangue e para os testes imuno-hematológicos, devem satisfazer as normas vigentes e estarem registrados ou autorizados para uso pela autoridade sanitária competente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 20, Parágrafo Único)

Art. 21. É permitida ao serviço de hemoterapia a produção e utilização de reagentes para testes imuno-hematológicos, desde que exista autorização da ANVISA, conforme dispõe o art. 6º da Lei nº 10.205, de 2001. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 21)

Parágrafo Único. A autorização da ANVISA a que se refere o "caput" não se aplica aos reagentes de controles laboratoriais internos e soros raros. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 22. O serviço de hemoterapia estabelecerá um programa laboratorial de controle de qualidade interno e participará de programa laboratorial de controle de qualidade externo (proficiência), para assegurar que as normas e os procedimentos sejam apropriadamente executados e que os equipamentos, materiais e reagentes funcionem corretamente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 22)

Art. 23. Os registros obrigatórios definidos por este Anexo serão guardados pela instituição de saúde por um período mínimo de 20 (vinte) anos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 23)

Art. 24. Os registros e documentos referentes às atividades desenvolvidas pelo serviço de hemoterapia deverão possibilitar a identificação do técnico responsável pela execução da atividade. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 24)

Art. 25. O serviço de hemoterapia informará à autoridade sanitária competente, obrigatoriamente, qualquer ocorrência de investigação decorrente de casos de soroconversão. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 25)

Art. 26. Os dados de produção dos serviços de hemoterapia referentes às atividades hemoterápicas serão disponibilizados nos respectivos serviços de hemoterapia e ao Ministério da Saúde, aos órgãos de controle e aos órgãos e entidades públicas de vigilância sanitária, na forma definida por esses órgãos e entidades. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 26)

Art. 27. Compete ao coordenador do SINASAN definir a forma de utilização do plasma congelado excedente do uso terapêutico dos serviços de hemoterapia públicos e privados, com vistas ao atendimento de interesse nacional, conforme previsto no § 2º do art. 14 da Lei nº 10.205, de 2001. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 27)

§ 1º Não é permitida ao serviço de hemoterapia, público ou privado, a disponibilização de plasma para indústria de hemoderivados ou de componentes sanguíneos especiais, nacional ou internacional, sem a autorização expressa, por escrito, do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 27, § 1º)

§ 2º Para o envio de plasma excedente do uso terapêutico e obtido por plasmaférese para indústria de hemoderivados, deve existir autorização do Ministério da Saúde, conforme o disposto no Anexo 11 do Anexo IV e outras determinações deste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 27, § 2º)

§ 3º Serão estabelecidos, nas formas definidas no Anexo 11 do Anexo IV , por meio de critérios técnicos, os serviços de hemoterapia que serão fornecedores de plasma para a indústria de hemoderivados, conforme a viabilidade e a capacidade operacional, além da competência técnica do serviço de hemoterapia para fornecer matéria-prima. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 27, § 3º)

§ 4º Caso não haja solicitação do serviço de hemoterapia ou autorização do Ministério da Saúde nos termos deste artigo para disponibilização dos estoques excedentes de plasma para a produção industrial por um período de 1 (um) ano, a partir da sua produção, o serviço de hemoterapia definirá medidas quanto à manutenção ou eliminação dos componentes sanguíneos em seus estoques. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 27, § 4º)

Art. 28. Em caso de envio do plasma para beneficiamento no exterior, conforme estabelecido no inciso VIII do art. 16 da Lei nº 10.205, de 2001, a indústria produtora deverá obter, junto à Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSH/DAET/SAS/MS), autorização para exportação do plasma, observando, ainda, o disposto no § 1º do art. 14 e no parágrafo único do art. 22 do referido diploma legal. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 28)

Art. 29. Não é permitido o envio de sangue, componentes e derivados como matéria-prima para a utilização na produção de reagentes de diagnóstico ou painéis de controle de qualidade, para indústria nacional ou internacional, de natureza pública ou privada, ou laboratório sem autorização formal prévia da CGSH/DAET/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 29)

§ 1º A autorização de que trata o "caput" observará às seguintes medidas: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 29, § 1º)

I - o serviço de hemoterapia componente do SINASAN, público ou privado, que pretende enviar sangue, componentes e derivados para a produção de reagentes de diagnóstico ou painéis para indústria ou laboratórios, deve solicitar à CGSH/DAET/SAS/MS autorização para o fornecimento, informando previsão da quantidade a ser enviada no ano e destino, para fins de cadastro e credenciamento; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 29, § 1º, I)

II - a CGSH/DAET/SAS/MS avaliará a solicitação e, se pertinente, credenciará o serviço de hemoterapia e emitirá autorização anual de fornecimento de matéria-prima para a produção de reagentes de diagnóstico e painéis de controle de qualidade à indústria ou laboratório informado, por ofício; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 29, § 1º, II)

III - anualmente, o serviço de hemoterapia apresentará à CGSH/DAET/SAS/MS relatório dos fornecimentos, que será requisito para a renovação da autorização para o ano seguinte. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 29, § 1º, III)

§ 2º O envio de sangue, componentes e derivados pelo serviço de hemoterapia, como insumo para a utilização em pesquisa, será notificado à CGSH/DAET/SAS/MS, informando o número das bolsas, instituição a que foram enviadas e a finalidade a que se destinam. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 29, § 2º)

§ 3º Os fornecimentos citados nos §§ 1º e 2º poderão ser encaminhados à ANVISA a fim de realizar os procedimentos de vigilância sanitária cabíveis. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 29, § 3º)

Seção II

Da Doação de Sangue

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I, Seção II)

Art. 30. A doação de sangue deve ser voluntária, anônima e altruísta, não devendo o doador, de forma direta ou indireta, receber qualquer remuneração ou benefício em virtude da sua realização. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 30)

Art. 31. O sigilo das informações prestadas pelo doador antes, durante e depois do processo de doação de sangue deve ser absolutamente preservado, respeitadas outras determinações previstas na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 31)

§ 1º Os resultados dos testes de triagem laboratorial serão fornecidos mediante solicitação do doador. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 31, § 1º)

§ 2º Os resultados dos testes de triagem laboratorial somente poderão ser entregues ao próprio doador ou, mediante apresentação de procuração, a terceiros. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 31, § 2º)

Art. 32. O candidato à doação de sangue deve assinar termo de consentimento livre e esclarecido, no qual declara expressamente consentir: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 32)

I - em doar o seu sangue para utilização em qualquer paciente que dele necessite; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 32, I)

II - a realização de todos os testes de laboratório exigidos pelas leis e normas técnicas vigentes; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 32, II)

III - que o seu nome seja incorporado a arquivo de doadores, local e nacional; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 32, III)

IV - que em caso de resultados reagentes ou inconclusivos nas triagens laboratoriais, ou em situações de retrovigilância, seja permitida a "busca ativa" pelo serviço de hemoterapia ou por órgão de vigilância em saúde para repetição de testes ou testes confirmatórios e de diagnóstico; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 32, IV)

V - que os componentes sanguíneos produzidos a partir da sua doação, quando não utilizado em transfusão, possam ser utilizados em produção de reagentes e hemoderivados ou como insumos para outros procedimentos, autorizados legalmente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 32, V)

§ 1º A utilização de qualquer material proveniente da doação de sangue para pesquisas somente será permitida segundo as normas que regulamentam a ética em pesquisa no Brasil. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 32, § 1º)

§ 2º Previamente à assinatura do termo de consentimento, devem ser prestadas informações ao candidato à doação, com linguagem compreensível, sobre as características do processo de doação, o destino do sangue doado, os riscos associados à doação, os testes que serão realizados em seu sangue para detectar infecções e a possibilidade da ocorrência de resultados falsos-reagentes nesses testes de triagem. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 32, § 2º)

§ 3º Ao candidato à doação deve ser oferecida a oportunidade de fazer todas as perguntas que julgar necessárias para esclarecer suas dúvidas a respeito do procedimento e negar seu consentimento, se assim lhe aprouver. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 32, § 3º)

Art. 33. É obrigatória a disponibilização ao candidato à doação de material informativo sobre as condições básicas para a doação e sobre as infecções transmissíveis pelo sangue. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 33)

Parágrafo Único. O material de que trata o "caput" explicitará a importância de suas respostas na triagem clínica e os riscos de transmissão de enfermidades infecciosas pela transfusão de sangue. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 33, Parágrafo Único)

Art. 34. O serviço de hemoterapia deve garantir o acesso à doação de sangue aos portadores de necessidades especiais segundo as normas gerais para doadores de sangue estabelecidas neste Anexo, inclusive com a disponibilização de materiais informativos e questionários adaptados a essas necessidades, proporcionando condições de entendimento na triagem clínica e outras medidas que se fizerem necessárias. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 34)

Art. 35. Como critério para a seleção dos doadores, no dia da doação o profissional de saúde de nível superior, qualificado, capacitado, conhecedor das regras previstas neste Anexo e sob supervisão médica, avaliará os antecedentes e o estado atual do candidato a doador para determinar se a coleta pode ser realizada sem causar prejuízo ao doador e se a transfusão dos componentes sanguíneos preparados a partir dessa doação pode vir a causar risco para os receptores. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 35)

Parágrafo Único. A avaliação de que trata o "caput" será realizada por meio de entrevista individual, em ambiente que garanta a privacidade e o sigilo das informações prestadas, sendo mantido o registro em meio eletrônico ou físico da entrevista. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 35, Parágrafo Único)

Art. 36. Com a finalidade de proteger os doadores, serão adotadas, tanto no momento da seleção de candidatos quanto no momento da doação, as seguintes medidas e critérios estabelecidos neste regulamento: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 36)

I - a frequência anual máxima de doações e o intervalo mínimo entre as doações; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 36, I)

II - as idades mínima e máxima para doação; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 36, II)

III - a massa corpórea mínima; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 36, III)

IV - a aferição do pulso; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 36, IV)

V - a aferição da pressão arterial; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 36, V)

VI - os níveis de hematócrito/hemoglobina; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 36, VI)

VII - a história médica e os antecedentes patológicos do doador; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 36, VII)

VIII - a utilização de medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 36, VIII)

IX - as hipóteses de gestação, lactação, abortamento e menstruação; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 36, IX)

X - o jejum e a alimentação adequada; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 36, X)

XI - o consumo de bebidas alcoólicas; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 36, XI)

XII - os episódios alérgicos; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 36, XII)

XIII - as ocupações habituais; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 36, XIII)

XIV - o volume a ser coletado. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 36, XIV)

Art. 37. A frequência máxima admitida é de 4 (quatro) doações anuais para o homem e de 3 (três) doações anuais para a mulher, exceto em circunstâncias especiais, que devem ser avaliadas e aprovadas pelo responsável técnico do serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 37)

§ 1º O intervalo mínimo entre doações deve ser de 2 (dois) meses para os homens e de 3 (três) meses para as mulheres. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 37, § 1º)

§ 2º Em caso de doador autólogo, a frequência e o intervalo entre as doações devem ser programados de acordo com o protocolo aprovado pelo responsável técnico do serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 37, § 2º)

Art. 38. O doador de sangue ou componentes deverá ter idade entre 16 (dezesseis) anos completos e 69 (sessenta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 38)

§ 1º Os candidatos à doação de sangue com idade entre 16 (dezesseis) e 17 (dezessete) anos devem possuir consentimento formal, por escrito, do seu responsável legal para cada doação que realizar. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 38, § 1º)

§ 2º O consentimento do responsável legal de que trata o § 1º deve incluir a autorização para o cumprimento de todas as exigências e responsabilidades estabelecidas aos demais doadores na Seção II do Capítulo I do Título II, bem como para submeter-se a triagem clínica e realizar e receber os resultados da triagem laboratorial na forma prevista nos arts. 67 e 68 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 38, § 2º)

§ 3º Os resultados dos testes de triagem laboratorial do doador somente serão entregues ao próprio doador, na forma prevista neste Anexo, não sendo permitida a entrega a terceiros, mesmo aos responsáveis legais, exceto quando houver procuração, nos termos do art. 31, § 2º . (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 38, § 3º)

§ 4º Em casos de necessidades tecnicamente justificáveis, o candidato cuja idade seja inferior a 16 (dezesseis) anos ou igual ou superior a 70 (setenta) anos será aceito para fins de doação após análise pelo médico do serviço de hemoterapia, com avaliação dos riscos e benefícios e apresentação de relatório que justifique a necessidade da doação, registrando-a na ficha do doador. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 38, § 4º)

§ 5º O limite para a primeira doação será de 60 (sessenta) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 38, § 5º)

Art. 39. Para ser selecionado para doação, o candidato deve ter, no mínimo, peso de 50 kg (cinquenta quilogramas). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 39)

§ 1º Candidatos com peso abaixo de 50 kg (cinquenta quilogramas) poderão ser aceitos para fins de doação, após avaliação médica, desde que o volume do anticoagulante na bolsa de coleta seja proporcional ao volume a ser coletado, respeitadas as demais determinações da Seção III do Capítulo I do Título II. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 39, § 1º)

§ 2º Não serão selecionados os candidatos à doação que apresentarem perda de peso inexplicável superior a 10% (dez por cento) da massa corporal nos 3 (três) meses que antecederem à doação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 39, § 2º)

Art. 40. Na aferição do pulso do candidato, a pulsação deverá apresentar características normais, ser regular e sua frequência não deve ser menor que 50 (cinquenta) nem maior que 100 (cem) batimentos por minuto. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 40)

Parágrafo Único. A aceitação de doadores com pulso irregular ou com frequência fora dos limites estabelecidos no "caput" dependerá de avaliação médica. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 40, Parágrafo Único)

Art. 41. Na aferição da pressão arterial do candidato, a pressão sistólica não deve ser maior que 180 mmHg (cento e oitenta milímetros de mercúrio) e a pressão diastólica não deve ser maior que 100 mmHg (cem milímetros de mercúrio). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 41)

Parágrafo Único. Doadores com limite de pressão arterial fora dos parâmetros estabelecidos no "caput" somente serão considerados aptos para doação após avaliação médica qualificada. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 41, Parágrafo Único)

Art. 42. No momento da seleção, será determinada a concentração de hemoglobina (Hb) ou de hematócrito (Ht) em amostra de sangue do candidato à doação obtida por punção digital ou por venopunção ou por método validado que possa vir a substituí-los. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 42)

§ 1º Os valores mínimos aceitáveis do nível de hemoglobina/hematócrito são: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 42, § 1º)

I - mulheres: Hb =12,5g/dL ou Ht =38%; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 42, § 1º, I)

II - homens: Hb =13,0g/dL ou Ht =39%. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 42, § 1º, II)

§ 2º O candidato que apresente níveis de Hb igual ou maior que 18,0g/dL ou Ht igual ou maior que 54% será impedido de doar e encaminhado para investigação clínica. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 42, § 2º)

Art. 43. Serão avaliados a história médica e os antecedentes patológicos do doador segundo as doenças e antecedentes que contraindicam definitiva ou temporariamente a doação de sangue constantes dos Anexos 1 e 2 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 43)

Art. 44. A história terapêutica recente, em relação ao uso de medicamentos pelo candidato, receberá avaliação especial por parte do médico, uma vez que a indicação quanto ao próprio tratamento pode motivar a inaptidão do candidato à doação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 44)

§ 1º Cada medicamento será avaliado individualmente e em conjunto e, sempre que possa apresentar alguma correlação com a doação de sangue, registrado na ficha de triagem. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 44, § 1º)

§ 2º Será observada a lista detalhada de medicamentos que contraindicam a doação ou exijam cuidados especiais, nos termos do Anexo 3 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 44, § 2º)

§ 3º A ingestão do ácido acetilsalicílico (aspirina) e/ou outros anti-inflamatórios não esteroides (AINE) que interfiram na função plaquetária, nos 3 (três) dias anteriores à doação, exclui a preparação de plaquetas para esta doação, mas não implica a inaptidão do candidato. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 44, § 3º)

Art. 45. A gestação é motivo de inaptidão temporária para doação de sangue até 12 (doze) semanas após o parto ou abortamento. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 45)

§ 1º Não serão aceitas como doadoras as mulheres em período de lactação, a menos que o parto tenha ocorrido há mais de 12 (doze) meses. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 45, § 1º)

§ 2º Em caso de necessidade técnica, a doação da mãe para o recém-nascido poderá ser realizada, desde que haja consentimento por escrito do hemoterapeuta e do médico obstetra, com apresentação de relatório médico que a justifique. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 45, § 2º)

§ 3º A doação autóloga de gestantes será aceita se contar com a aprovação formal do obstetra responsável e do médico do serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 45, § 3º)

§ 4º A aprovação de que trata o § 3º será registrada em prontuário médico com assinatura dos profissionais envolvidos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 45, § 4º)

Art. 46. A menstruação não é contraindicação para a doação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 46)

Parágrafo Único. A hipermenorreia ou outras alterações menstruais serão avaliadas pelo médico. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 46, Parágrafo Único)

Art. 47. Será oferecida ao doador a possibilidade de hidratação oral antes da doação e os doadores que se apresentarem em jejum prolongado receberão um lanche antes da doação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 47)

§ 1º Não será coletado sangue de candidatos que tenham feito refeição copiosa e rica em substâncias gordurosas há menos de 3 (três) horas da coleta. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 47, § 1º)

§ 2º Após a doação, é obrigatória a oferta de hidratação oral adequada ao doador, objetivando a reposição de líquidos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 47, § 2º)

§ 3º É recomendável que o doador permaneça por 15 (quinze) minutos no serviço de hemoterapia após a doação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 47, § 3º)

Art. 48. Qualquer evidência de alcoolismo crônico é motivo para caracterizar o candidato como doador inapto definitivo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 48)

Parágrafo Único. A ingestão de bebidas alcoólicas contraindica a doação por 12 (doze) horas após o consumo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 48, Parágrafo Único)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300410

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 49. O doador alérgico somente será aceito se estiver assintomático no momento da doação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 49)

§ 1º São doadores inaptos definitivos aqueles que referem enfermidades atópicas graves, como asma brônquica grave e antecedente de choque anafilático. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 49, § 1º)

§ 2º Os tratamentos dessensibilizantes contraindicam a doação até 72 (setenta e duas) horas depois da última aplicação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 49, § 2º)

Art. 50. Os candidatos à doação de sangue que exerçam ocupações, "hobbies" ou esportes que ofereçam riscos para si ou para outrem somente serão selecionados caso possam interromper tais atividades pelo período mínimo de 12 (doze) horas após a doação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 50)

§ 1º Consideram-se ocupações, "hobbies" ou esportes de risco, dentre outros: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 50, § 1º)

I - pilotagem de avião ou helicóptero; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 50, § 1º, I)

II - condução de veículos de grande porte, como ônibus, caminhões e trens; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 50, § 1º, II)

III - operação de maquinário de alto risco, como na indústria e construção civil; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 50, § 1º, III)

IV - trabalho em andaimes; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 50, § 1º, IV)

V - prática de paraquedismo ou mergulho. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 50, § 1º, V)

§ 2º Atividades não contempladas no § 1º serão avaliadas pelo médico do serviço de hemoterapia para fins de seleção de candidatos à doação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 50, § 2º)

Art. 51. O volume de sangue total a ser coletado deve ser, no máximo, de 8 (oito) mL/kg de peso para as mulheres e de 9 (nove) mL/kg de peso para os homens. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 51)

Parágrafo Único. O volume admitido por doação é de 450 mL ± 45 mL, aos quais podem ser acrescidos até 30 mL para a realização dos exames laboratoriais exigidos pelas leis e normas técnicas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 51, Parágrafo Único)

Art. 52. Com a finalidade de proteger os receptores, serão adotadas, tanto no momento da seleção de candidatos quanto no momento da doação, a avaliação das seguintes medidas e critérios, de acordo com os parâmetros estabelecidos por este regulamento: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 52)

I - aspectos gerais do candidato, que deve ter aspecto saudável à ectoscopia e declarar bem-estar geral; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 52, I)

II - temperatura corpórea do candidato, que não deve ser superior a 37ºC (trinta e sete graus Celsius); (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 52, II)

III - condição de imunizações e vacinações do candidato, nos termos do Anexo 4 do Anexo IV ; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 52, III)

IV - local da punção venosa em relação à presença de lesões de pele e características que permitam a punção adequada; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 52, IV)

V - histórico de transfusões recebidas pelo doador, uma vez que os candidatos que tenham recebido transfusões de sangue, componentes sanguíneos ou hemoderivados nos últimos 12 (doze) meses devem ser excluídos da doação; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 52, V)

VI - histórico de doenças infecciosas; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 52, VI)

VII - histórico de enfermidades virais; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 52, VII)

VIII - histórico de doenças parasitárias; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 52, VIII)

IX - histórico de enfermidades bacterianas; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 52, IX)

X - estilo de vida do candidato a doação; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 52, X)

XI - situações de risco vivenciadas pelo candidato; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 52, XI)

XII - histórico de cirurgias e procedimentos invasivos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 52, XII)

Art. 53. Em relação ao histórico de doenças infecciosas, o candidato à doação não deve apresentar enfermidade infecciosa aguda nem deve ter antecedentes de infecções transmissíveis pelo sangue. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 53)

§ 1º No caso de infecções e uso de antibióticos, o candidato estará apto à doação 2 (duas) semanas após o fim do tratamento e desaparecimento dos sintomas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 53, § 1º)

§ 2º Candidatos à doação que tenham se deslocado ou que sejam procedentes de regiões, nacionais ou internacionais, endêmicas ou com epidemias confirmadas de doenças infecciosas que não sejam prevalentes na região da doação (não endêmicas) serão considerados aptos somente após 30 dias da saída dessas regiões, excetuando-se os casos contemplados no art. 57. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 53, § 2º)

§ 3º Em situações especiais, como emergências em saúde pública, surtos epidêmicos, entre outros, os serviços de hemoterapia, em cooperação com as autoridades sanitárias, podem adequar critérios técnicos para seleção de doadores. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 53, § 3º)

Art. 54. Quanto ao histórico de enfermidades virais, é considerado definitivamente inapto para a doação de sangue o indivíduo que: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 54)

I - tenha antecedente de hepatite viral após os 11 (onze) anos de idade, exceto para caso de comprovação de infecção aguda de hepatite A (IgM reagente) à época do diagnóstico clínico, hipótese em que o doador poderá ser considerado apto após avaliação do resultado pelo médico do serviço de hemoterapia; ou (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 54, I)

II - tenha antecedente clínico, laboratorial ou história atual de infecção pelos agentes HBV, HCV, HIV ou HTLV. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 54, II)

§ 1º O candidato com sintoma de gripe ou resfriado associado à temperatura corporal maior ou igual 38°C (trinta e oito graus Celsius) é inapto por 2 (duas) semanas após o desaparecimento dos sintomas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 54, § 1º)

§ 2º Aquele que relatar resfriado comum, mas não se enquadrar nas condições descritas no § 1º, poderá ser aceito desde que assintomático no momento da doação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 54, § 2º)

Art. 55. Todos os doadores serão questionados sobre situações ou comportamentos que levem a risco acrescido para infecções sexualmente transmissíveis, devendo ser excluídos da seleção quem os apresentar. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 55)

Parágrafo Único. A entrevista do doador deve incluir, ainda, perguntas vinculadas aos sintomas e sinais sugestivos de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) como: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 55, Parágrafo Único)

I - perda de peso inexplicada; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 55, Parágrafo Único, I)

II - suores noturnos; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 55, Parágrafo Único, II)

III - manchas azuladas ou purpúricas mucocutâneas (sarcoma de Kaposi); (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 55, Parágrafo Único, III)

IV - aumento de linfonodos com duração superior a 30 (trinta) dias; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 55, Parágrafo Único, IV)

V - manchas brancas ou lesões ulceradas não usuais na boca; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 55, Parágrafo Único, V)

VI - febre inexplicada por mais de 10 (dez) dias; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 55, Parágrafo Único, VI)

VII - tosse persistente ou dispneia; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 55, Parágrafo Único, VII)

VIII - diarreia persistente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 55, Parágrafo Único, VIII)

Art. 56. Serão observadas as hipóteses de inaptidão para doação em virtude do histórico das seguintes doenças parasitárias: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 56)

I - malária; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 56, I)

II - doença de Chagas; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 56, II)

III - Encefalopatia Espongiforme Humana ou Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ) e suas variantes. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 56, III)

Art. 57. Para malária, a inaptidão de candidato à doação de sangue deve ocorrer usando-se, como critério de referência, a Incidência Parasitária Anual (IPA) do Município. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 57)

§ 1º Em áreas endêmicas com antecedentes epidemiológicos de malária, considerar-se-á inapto o candidato: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 57, § 1º)

I - que tenha tido malária nos 12 (doze) meses que antecedem a doação; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 57, § 1º, I)

II - com febre ou suspeita de malária nos últimos 30 (trinta) dias; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 57, § 1º, II)

III - que tenha se deslocado ou procedente de área de alto risco (IPA maior que 49,9) há menos de 30 (trinta) dias. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 57, § 1º, III)

§ 2º Em áreas não endêmicas de malária, considerar-se-á inapto o candidato que tenha se deslocado ou que seja procedente de Municípios localizados em áreas endêmicas há menos de 30 (trinta) dias. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 57, § 2º)

§ 3º Em áreas não endêmicas de malária, considerar-se-á apto o candidato: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 57, § 3º)

I - procedente de Municípios localizados em áreas endêmicas, após 30 (trinta) dias e até 12 (doze) meses do deslocamento, sendo que, nesse período, é necessária a realização de testes de detecção do plasmódio ou de antígenos plasmodiais, conforme art. 131; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 57, § 3º, I)

II - procedente de Municípios localizados em áreas endêmicas, após 12 (doze) meses do deslocamento, sem necessidade de realização de testes de detecção; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 57, § 3º, II)

III - que tenha manifestado malária após 12 (doze) meses do tratamento e comprovação de cura. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 57, § 3º, III)

§ 4º Independentemente da endemicidade da área, será considerado inapto definitivo o candidato que teve infecção por "Plasmodium malariae" (Febre Quartã). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 57, § 4º)

§ 5º Em casos de surtos de malária, a decisão quanto aos critérios de inaptidão deve ser tomada após avaliação conjunta com a autoridade epidemiológica competente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 57, § 5º)

Art. 58. Para Doença de Chagas, o candidato com antecedente epidemiológico de contato domiciliar com Triatomíneo em área endêmica ou com diagnóstico clínico ou laboratorial de Doença de Chagas deve ser excluído de forma permanente, sendo considerado doador inapto definitivo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 58)

Parágrafo Único. Os casos de contato em área não endêmica deverão ser submetidos a teste sorológico pré-doação, utilizando-se métodos de alta sensibilidade. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 58, Parágrafo Único)

Art. 59. Para casos de Encefalopatia Espongiforme Humana e suas variantes, causadores da Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ), será definitivamente excluído como doador o candidato que se enquadre em uma das seguintes situações: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 59)

I - tenha tido diagnóstico de Encefalopatia Espongiforme Humana ou qualquer outra forma da doença; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 59, I)

II - tenha história familiar de Encefalopatia Espongiforme Humana; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 59, II)

III - tenha permanecido no Reino Unido e/ou na República da Irlanda por mais de 3 (três) meses, de forma cumulativa, após o ano de 1980 até 31 de dezembro de 1996; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 59, III)

IV - tenha permanecido 5 (cinco) anos ou mais, consecutivos ou intermitentes, na Europa após 1980 até os dias atuais; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 59, IV)

V - tenha recebido hormônio de crescimento ou outros medicamentos de origem hipofisária não recombinante; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 59, V)

VI - tenha feito uso de insulina bovina; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 59, VI)

VII - tenha recebido transplante de córnea ou implante de material biológico à base de dura-máter; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 59, VII)

VIII - tenha recebido transfusão de sangue ou componentes no Reino Unido após 1980. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 59, VIII)

Art. 60. Quanto ao histórico de enfermidades bacterianas, os doadores portadores de enfermidades agudas serão excluídos temporariamente, até a cura definitiva, observado o disposto no Anexo 1 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 60)

Art. 61. Quanto ao estilo de vida do candidato a doação, a história atual ou pregressa de uso de drogas injetáveis ilícitas é contraindicação definitiva para a doação de sangue. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 61)

§ 1º Serão inspecionados ambos os braços dos candidatos para detectar evidências de uso repetido de drogas parenterais ilícitas, sendo que a presença desses sinais determina a inaptidão definitiva do doador. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 61, § 1º)

§ 2º O uso de anabolizantes injetáveis sem prescrição médica, crack ou cocaína por via nasal (inalação) é causa de exclusão da doação por um período de 12 (doze) meses, contados a partir da data da última utilização. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 61, § 2º)

§ 3º O uso de maconha impede a doação por 12 (doze) horas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 61, § 3º)

§ 4º A evidência de uso de qualquer outro tipo de droga deve ser avaliada. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 61, § 4º)

§ 5º No caso do uso de drogas ilícitas, deve ser realizada também a avaliação criteriosa do comportamento individual do candidato e do grau de dependência, dando foco à exposição a situações de risco acrescido de transmissão de infecções por transfusão, e especial atenção à utilização compartilhada de seringas e agulhas no uso de substâncias injetáveis. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 61, § 5º)

Art. 62. Em situações de risco acrescido vivenciadas pelos candidatos, considerar-se-á inapto definitivo o candidato que apresente qualquer uma das situações abaixo: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 62)

I - ter evidência clínica ou laboratorial de infecções transmissíveis por transfusão de sangue; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 62, I)

II - ter sido o único doador de sangue de um paciente que tenha apresentado soroconversão para hepatite B ou C, HIV ou HTLV na ausência de qualquer outra causa provável para a infecção; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 62, II)

III - possuir "piercing" na cavidade oral e/ou na região genital, devido ao risco permanente de infecção, podendo candidatar-se a nova doação 12 (doze) meses após a retirada; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 62, III)

IV - ter antecedente de compartilhamento de seringas ou agulhas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 62, IV)

Art. 63. Considerar-se-á inapto temporário, por 12 (doze) meses após a cura, o candidato a doador que teve alguma Doença Sexualmente Transmissível (DST). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 63)

Parágrafo Único. Nos casos em que se evidenciem infecções repetidas por DST e consequente maior risco de reinfecção, o candidato deve ser considerado inapto definitivamente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 63, Parágrafo Único)

Art. 64. Considerar-se-á inapto temporário por 12 (doze) meses o candidato que tenha sido exposto a qualquer uma das situações abaixo: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 64)

I - que tenha feito sexo em troca de dinheiro ou de drogas ou seus respectivos parceiros sexuais; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 64, I)

II - que tenha feito sexo com um ou mais parceiros ocasionais ou desconhecidos ou seus respectivos parceiros sexuais; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 64, II)

III - que tenha sido vítima de violência sexual ou seus respectivos parceiros sexuais; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 64, III)

IV - homens que tiveram relações sexuais com outros homens e/ou as parceiras sexuais destes; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 64, IV)

V - que tenha tido relação sexual com pessoa portadora de infecção pelo HIV, hepatite B, hepatite C ou outra infecção de transmissão sexual e sanguínea; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 64, V)

VI - que tenha vivido situação de encarceramento ou de confinamento obrigatório não domiciliar superior a 72 (setenta e duas) horas, durante os últimos 12 (doze) meses, ou os parceiros sexuais dessas pessoas; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 64, VI)

VII - que tenha feito "piercing", tatuagem ou maquiagem definitiva, sem condições de avaliação quanto à segurança do procedimento realizado; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 64, VII)

VIII - que seja parceiro sexual de pacientes em programa de terapia renal substitutiva e de pacientes com história de transfusão de componentes sanguíneos ou derivados; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 64, VIII)

IX - que teve acidente com material biológico e em consequência apresentou contato de mucosa e/ou pele não íntegra com o referido material biológico. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 64, IX)

Art. 65. Quanto ao histórico de cirurgias e procedimentos invasivos, deve ser observado o disposto no Anexo 2 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 65)

§ 1º O candidato submetido a cirurgia deve ser considerado inapto por tempo variável de acordo com o porte do procedimento e a evolução clínica. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 65, § 1º)

§ 2º O candidato submetido a procedimento odontológico deve ser considerado inapto por tempo variável de acordo com o procedimento e a evolução clínica. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 65, § 2º)

§ 3º Qualquer procedimento endoscópico leva a uma inaptidão à doação de sangue por 6 (seis) meses. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 65, § 3º)

Art. 66. Os registros dos doadores serão mantidos com a finalidade de garantir a segurança do processo da doação de sangue e a sua rastreabilidade. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 66)

§ 1º Para doação de sangue, é obrigatório apresentar documento de identificação com fotografia, emitido por órgão oficial, sendo aceita fotocópia autenticada do documento, desde que as fotos e inscrições estejam legíveis e as imagens permitam a identificação do portador. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 66, § 1º)

§ 2º Todo candidato a doação deve ter um registro no serviço de hemoterapia, que será, preferencialmente, em arquivo eletrônico. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 66, § 2º)

§ 3º Serão adotadas ações que garantam a confiabilidade, o sigilo e a segurança das informações constantes do registro dos doadores. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 66, § 3º)

§ 4º Constarão do registro dos doadores as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 66, § 4º)

I - nome completo do candidato; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 66, § 4º, I)

II - sexo; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 66, § 4º, II)

III - data de nascimento; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 66, § 4º, III)

IV - número e órgão expedidor do documento de identificação; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 66, § 4º, IV)

V - nacionalidade e naturalidade; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 66, § 4º, V)

VI - filiação; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 66, § 4º, VI)

VII - ocupação habitual; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 66, § 4º, VII)

VIII - endereço e telefone para contato; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 66, § 4º, VIII)

IX - número do registro do candidato no serviço de hemoterapia ou no programa de doação de sangue; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 66, § 4º, IX)

X - registro da data de comparecimento. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 66, § 4º, X)

§ 5º O serviço de hemoterapia, a seu critério, poderá oferecer ao doador a oportunidade de se auto excluir por motivos de risco acrescidos não informados ou deliberadamente omitidos durante a triagem, de forma confidencial. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 66, § 5º)

§ 6º Antes de assinar o termo de consentimento, o doador será informado sobre os cuidados a serem observados durante e após a coleta e orientado sobre as possíveis reações adversas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 66, § 6º)

Art. 67. O doador deverá ser informado sobre os motivos de inaptidão temporária ou definitiva para doação de sangue, identificados na triagem clínica. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 67)

§ 1º O motivo da inaptidão identificada na triagem clínica será registrado na ficha de triagem. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 67, § 1º)

§ 2º O serviço de hemoterapia disporá de um sistema de comunicação ao doador. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 67, § 2º)

§ 3º A inaptidão identificada na triagem laboratorial será comunicada ao doador com objetivo de esclarecimento e encaminhamento do caso. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 67, § 3º)

§ 4º Antes da comunicação ao doador, o serviço de hemoterapia realizará repetição em duplicata dos testes com resultados inicialmente reagentes, conforme algoritmo de que trata o Anexo 5 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 67, § 4º)

Art. 68. O serviço de hemoterapia informará, mensalmente, à autoridade sanitária competente, os dados dos doadores com resultados dos testes laboratoriais para doenças transmissíveis pelo sangue, reagentes nas repetições em duplicata, e as ausências dos doadores convocados para a coleta de novas amostras ou recebimento de orientações, conforme padronização definida pelas instâncias competentes e pelo serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 68)

Seção III

Da Coleta de Sangue do Doador

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I, Seção III)

Art. 69. A coleta de sangue será realizada em condições assépticas, sob a supervisão de médico ou enfermeiro, através de uma única punção venosa, em bolsas plásticas com sistema fechado e estéril destinado especificamente para este fim. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 69)

Art. 70. A sala da coleta de sangue será limpa, iluminada, confortável e agradável. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 70)

Art. 71. Será garantida a identificação correta e segura do doador durante todo o processo de coleta de sangue. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 71)

§ 1º A ficha do doador, a bolsa de sangue e os tubos-pilotos contendo as amostras de sangue serão adequadamente identificados, de modo que as bolsas e os tubos correspondam efetivamente ao respectivo doador. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 71, § 1º)

§ 2º O nome do doador não constará na etiqueta das bolsas de sangue, com exceção daquelas destinadas à transfusão autóloga. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 71, § 2º)

§ 3º A identificação dos tubos para exames laboratoriais e das bolsas, principal e satélites, será feita por código de barras ou etiqueta impressa que permita a vinculação dos tubos e bolsas com a doação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 71, § 3º)

Art. 72. As bolsas utilizadas na coleta de sangue conterão anticoagulantes, nas quantidades prescritas e recomendadas pelos fabricantes das bolsas e em função do volume de sangue a ser coletado. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 72)

§ 1º A quantidade habitual de anticoagulante em uma bolsa de coleta é de 60-65 mL. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 72, § 1º)

§ 2º Para a quantidade de anticoagulante de que trata o § 1º, o volume ideal de coletas de bolsas é de 450 ± 45 mL de sangue total. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 72, § 2º)

§ 3º Para a quantidade de anticoagulante de que trata o § 1º, o concentrado de hemácias produzido em bolsas com 300 a 404 mL de sangue total pode ser usado para transfusão, desde que seja aplicado um rótulo que indique "unidade de baixo volume de concentrado de hemácias". (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 72, § 3º)

§ 4º Não serão preparados outros componentes a partir de unidades de baixo volume que não estejam abrangidos pelo § 3º. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 72, § 4º)

§ 5º As coletas especiais de bolsas de sangue de doadores com volume total inferior a 300 mL para fins transfusionais somente podem ser obtidas com a utilização de bolsas específicas produzidas para este fim ou manipuladas em sistema estéril, não sendo permitida a abertura do sistema de conexões para correção do volume de anticoagulante, sem prejuízo das orientações contidas no "caput" e respectivos parágrafos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 72, § 5º)

§ 6º Coletas de bolsas com volume total inferior a 300 mL serão desprezadas, com exceção do disposto no § 5º. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 72, § 6º)

Art. 73. Para a realização da coleta de sangue, deve-se inspecionar e palpar a fossa antecubital do braço do doador para a escolha da veia a ser puncionada, dando-se preferência à veia cubital mediana. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 73)

Parágrafo Único. Deve-se evitar punção em locais com lesões dermatológicas ou cicatriciais, inclusive as relacionadas com punções anteriores. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 73, Parágrafo Único)

Art. 74. A área da pele para punção venosa para coleta deve ser cuidadosamente preparada. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 74)

§ 1º A área escolhida para a punção venosa deve ser submetida a uma cuidadosa higienização que deve contemplar duas etapas de antissepsia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 74, § 1º)

§ 2º A veia a puncionar não deverá ser palpada após a preparação da pele. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 74, § 2º)

§ 3º Caso não seja possível observar o disposto no § 2º, todo o procedimento de higienização deverá ser repetido. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 74, § 3º)

Art. 75. O procedimento da coleta de sangue garantirá a segurança do doador e do processo de doação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 75)

§ 1º O procedimento de coleta de sangue será realizado por profissionais de saúde treinados e capacitados, trabalhando sob a supervisão de enfermeiro ou médico. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 75, § 1º)

§ 2º Todo o material utilizado no procedimento será descartável, estéril e apirogênico. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 75, § 2º)

§ 3º O tempo de coleta não será superior a 15 (quinze) minutos, sendo o tempo ideal de até 12 (doze) minutos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 75, § 3º)

§ 4º O tubo coletor ("segmento de coleta", "macarrão" ou "rabicho") da bolsa deve estar fechado por pinça, logo abaixo da agulha. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 75, § 4º)

§ 5º Observado o disposto no § 4º, somente depois que a agulha transfixar a pele do doador é que a pinça deve ser retirada ou aberta. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 75, § 5º)

§ 6º Caso seja necessária a realização de mais de uma punção, será utilizada nova bolsa de coleta. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 75, § 6º)

§ 7º Ao término da coleta da bolsa, o tubo coletor será lacrado utilizando-se dois nós apertados, previamente preparados até o processamento da bolsa de sangue total, sendo preferível a utilização de seladoras dielétricas apropriadas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 75, § 7º)

Art. 76. Serão adotados cuidados com o doador após a doação, a fim de garantir sua integridade. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 76)

§ 1º Será ofertada hidratação oral ao doador depois da doação, antes que o mesmo se retire da instituição. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 76, § 1º)

§ 2º É aconselhável a oferta de lanche ao doador. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 76, § 2º)

§ 3º É recomendável que o doador permaneça, no mínimo, 15 (quinze) minutos no serviço de hemoterapia antes de ser liberado. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 76, § 3º)

§ 4º Os doadores serão instruídos para que: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 76, § 4º)

I - façam o veículo parar imediatamente no caso de, após deixarem o serviço de hemoterapia, ocorrer mal estar ao serem transportados por motocicletas ou conduzirem veículos automotores; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 76, § 4º, I)

II - aguardem, pelo menos, 60 (sessenta) minutos antes de consumir cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou quaisquer outros produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 76, § 4º, II)

III - aguardem aproximadamente 12 (doze) horas antes de realizar qualquer esforço físico, especialmente com o membro relacionado à doação; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 76, § 4º, III)

IV - mantenham a compressão no local da punção em caso de sangramento ou hematomas; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 76, § 4º, IV)

V - comuniquem ao serviço de hemoterapia caso apresentem qualquer sinal ou sintoma de processo infeccioso, como febre ou diarreia, ou que tenham tido o diagnóstico de alguma doença infectocontagiosa até 7 (sete) dias após a doação; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 76, § 4º, V)

VI - comuniquem ao serviço de hemoterapia caso tenham obtido o diagnóstico de malária até 30 dias após a doação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 76, § 4º, VI)

Art. 77. Durante o processo de coleta de sangue, serão recolhidas amostras para realização dos exames laboratoriais necessários. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 77)

§ 1º As amostras de que trata o "caput" serão coletadas a cada doação, devendo os rótulos da bolsa e dos tubos serem idênticos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 77, § 1º)

§ 2º As amostras serão coletadas por meio de dispositivos próprios integrados ao sistema de bolsa que permitam a coleta das amostras no início da doação, sem a abertura do sistema. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 77, § 2º)

§ 3º É recomendado que o sistema de bolsa utilizado para coleta de amostras possibilite o desvio do primeiro fluxo de sangue da doação, reduzindo o risco de contaminação bacteriana dos componentes sanguíneos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 77, § 3º)

Art. 78. O serviço de hemoterapia que realiza coleta de sangue deve estar preparado para o atendimento a reações adversas à doação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 78)

§ 1º Para cumprimento do disposto no "caput", serão observados, no mínimo, os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 78, § 1º)

I - a existência de procedimentos operacionais com instruções específicas para a prevenção, identificação e tratamento das reações adversas nos doadores; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 78, § 1º, I)

II - a disponibilidade de medicamentos e equipamentos necessários para oferecer assistência médica ao doador que apresente reações adversas; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 78, § 1º, II)

III - a garantia de privacidade para o atendimento do doador em caso de necessidade; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 78, § 1º, III)

IV - a manutenção de registro das reações adversas à doação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 78, § 1º, IV)

§ 2º O doador permanecerá nas dependências do serviço de hemoterapia durante o tempo necessário para sua completa recuperação, caso apresente alguma reação adversa. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 78, § 2º)

§ 3º O serviço de hemoterapia terá uma referência para atendimento de urgências ou emergências que porventura venham a ocorrer com o doador. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 78, § 3º)

§ 4º Serão oferecidas informações e esclarecimentos ao doador sobre os possíveis efeitos adversos da doação e orientações de como proceder na hipótese de ocorrência dos mesmos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 78, § 4º)

§ 5º Para o atendimento de emergências relacionadas ao doador, a equipe profissional possuirá treinamento adequado e terá equipamento específico disponível no local da coleta, inclusive na coleta externa. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 78, § 5º)

§ 6º Os equipamentos, medicamentos e demais especificações técnicas para estruturação do serviço de hemoterapia para atenção de emergência seguirão as normas do Sistema Nacional de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde e demais regulamentos técnicos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 78, § 6º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300412

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

§ 7º O treinamento e padronização dos procedimentos para atendimento de situações de emergência seguirão as diretrizes de apoio ao suporte avançado de vida, da Sociedade Brasileira de Cardiologia, inclusive para montagem de carro de emergência, considerando a característica da atividade. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 78, § 7º)

Art. 79. As bolsas de sangue total resultantes do processo de coleta serão adequadamente acondicionadas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 79)

§ 1º Para a produção apenas de Concentrado de Hemácias (CH) e plasma fresco congelado (PFC), as bolsas de sangue total serão acondicionadas o mais brevemente possível, após a coleta, a 4 ±2 °C. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 79, § 1º)

§ 2º Se a produção de Concentrado de Plaquetas (CP) também for programada, as bolsas de sangue serão acondicionadas a temperaturas entre 20 a 24ºC (vinte a vinte e quatro graus Celsius), nunca devendo ser inferior a 20°C (vinte), preferencialmente dentro das primeiras 8 (oito) horas e não excedendo o máximo de 24 (vinte quatro) horas, até que as plaquetas sejam separadas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 79, § 2º)

Art. 80. Para a realização de coletas externas, serão observados os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 80)

I - o procedimento para avaliar a adequação do local e da estrutura; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 80, I)

II - a compatibilidade entre a equipe e o número de doadores esperado; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 80, II)

III - a presença de, pelo menos, um médico e um enfermeiro para a constituição da equipe de coleta externa. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 80, III)

§ 1º No procedimento para avaliar a adequação do local e da estrutura para a realização das coletas externas, verificar-se-á: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 80, § 1º)

I - a compatibilidade da infraestrutura com o processo de coleta, a fim de permitir o fluxo adequado; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 80, § 1º, I)

II - a iluminação e ventilação da área física para coleta de sangue; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 80, § 1º, II)

III - a privacidade para a triagem clínica; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 80, § 1º, III)

IV - as condições adequadas para o atendimento de intercorrências clínicas dos doadores; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 80, § 1º, IV)

V - as condições para oferta de hidratação oral e descanso após a doação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 80, § 1º, V)

§ 2º O serviço de hemoterapia informará regularmente a programação de coletas externas à Vigilância Sanitária competente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 80, § 2º)

§ 3º É obrigatória a informação à Vigilância Sanitária competente dos locais para coleta externa, para eventual avaliação da adequação e operacionalidade. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 80, § 3º)

§ 4º Para as coletas externas, o serviço de hemoterapia terá referência para atendimento de urgência ou emergência que porventura ocorra ao doador, observadas as determinações do art. 78. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 80, § 4º)

Art. 81. O manuseio de resíduos do serviço de hemoterapia e a higienização da área de coleta externa obedecerão às normas específicas e à legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 81)

Seção IV

Da Preparação de Componentes Sanguíneos

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I, Seção IV)

Art. 82. A bolsa de sangue total coletada, tecnicamente satisfatória, poderá ser processada para a obtenção de um ou mais dos seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 82)

I - eritrocitários; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 82, I)

II - plasmáticos; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 82, II)

III - plaquetários. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 82, III)

§ 1º Os componentes sanguíneos também poderão ser coletados por aférese. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 82, § 1º)

§ 2º O sangue total coletado em solução CPDA-1 terá validade de 35 (trinta e cinco) dias contados a partir da coleta e de 21 (vinte e um) dias quando coletado em ACD, CPD e CP2D, sempre devendo ser armazenado a 4 ± 2 °C. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 82, § 2º)

§ 3º As especificações técnicas dos componentes de que trata o "caput" e que deverão ser observados pelo serviço de hemoterapia estão descritas no Anexo 6 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 82, § 3º)

Art. 83. Para o processo de produção e liberação de componentes sanguíneos, o serviço de hemoterapia terá uma política de avaliação dos doadores para prevenção de TRALI, que levará em consideração o sexo do doador e o número de gestações das doadoras. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 83)

Art. 84. A esterilidade do componente será mantida durante o processamento, mediante o emprego de métodos assépticos, equipos e soluções estéreis e livres de pirogênios. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 84)

Art. 85. A transferência de componente da bolsa-matriz para a bolsa-satélite, ou de uma bolsa-satélite para a outra, será realizada em circuito fechado. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 85)

Art. 86. A manipulação do componente sanguíneo que exija a abertura do circuito será realizada em cabine de segurança biológica. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 86)

Parágrafo Único. Se o circuito for aberto durante o processamento, os componentes serão descartados se não forem utilizados em até 24 (vinte quatro) horas após a produção, para componentes cuja temperatura de armazenamento seja 4 ± 2 °C, e em até 4 (quatro) horas, para concentrado de plaquetas (CP). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 86, Parágrafo Único)

Art. 87. Os componentes eritrocitários serão produzidos de acordo com os critérios técnicos definidos neste Anexo, e são definidos como: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 87)

I - concentrado de hemácias (CH); (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 87, I)

II - concentrado de hemácias lavadas; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 87, II)

III - concentrado de hemácias com camada leucoplaquetária removida; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 87, III)

IV - concentrado de hemácias desleucocitado; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 87, IV)

V - concentrado de hemácias congeladas; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 87, V)

VI - hemácias rejuvenescidas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 87, VI)

Art. 88. Os concentrados de hemácias são os eritrócitos que permanecem na bolsa depois que esta é centrifugada e o plasma extraído para uma bolsa-satélite. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 88)

§ 1º Os concentrados de hemácias sem solução aditiva devem ter hematócrito entre 65% e 80%. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 88, § 1º)

§ 2º No caso de bolsas com solução aditiva, o hematócrito pode variar de 50 a 70%. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 88, § 2º)

§ 3º Todos os componentes eritrocitários devem ser armazenados à temperatura de 4 ± 2 °C, exceto hemácias congeladas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 88, § 3º)

§ 4º Os glóbulos vermelhos separados em sistema fechado devem ser armazenados a 4 ± 2 °C e têm validade de: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 88, § 4º)

I - em ACD/CPD/CP2D: 21 dias; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 88, § 4º, I)

II - em CPDA-1: 35 (trinta e cinco) dias; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 88, § 4º, II)

III - em solução aditiva: 42 (quarenta e dois) dias. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 88, § 4º, III)

Art. 89. Os concentrados de hemácias lavados são obtidos após lavagens com solução compatível estéril em quantidade suficiente (1 a 3 litros), de modo que sua quantidade final de proteínas totais seja inferior a 500 mg/unidade, devendo a temperatura de armazenamento ser de 4 ± 2 °C. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 89)

§ 1º A indicação dos componentes de que trata o "caput" está relacionada com a profilaxia de reações alérgicas ou com a utilização em pacientes deficientes de proteínas específicas, a exemplo de deficientes de IgA. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 89, § 1º)

§ 2º Em função do método utilizado, o produto de que trata o "caput" pode conter quantidades variáveis dos leucócitos e plaquetas originalmente presentes na unidade, porém não é indicado para evitar aloimunização contra antígenos leucoplaquetários. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 89, § 2º)

§ 3º A validade dos componentes de que trata o "caput" é de 24 (vinte quatro) horas depois de sua obtenção. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 89, § 3º)

Art. 90. Os concentrados de hemácias com camada leucoplaquetária removida são concentrados de hemácias que devem ser preparados por um método que, por meio da remoção da camada leucoplaquetária, reduza o número de leucócitos no componente final a menos de 1,2 x 10e9 por unidade. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 90)

§ 1º Os componentes de que trata o "caput" podem ser destinados à prevenção de reações transfusionais febris não hemolíticas e não são adequados para profilaxia de aloimunização leucoplaquetária, programas de transfusão crônica e prevenção de infecção por citomegalovírus (CMV). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 90, § 1º)

§ 2º Os concentrados de hemácias com camada leucoplaquetária removida devem ser armazenados a 4 ± 2 °C e sua validade é de 24 (vinte quatro) horas depois de aberto o sistema. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 90, § 2º)

§ 3º A validade dos concentrados de que trata o § 2º é definida pela solução de conservação/aditiva utilizada, conforme disposto no art. 88, § 4º . (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 90, § 3º)

Art. 91. Os concentrados de hemácias desleucocitados são concentrados de hemácias contendo menos que 5,0 x 10e6 leucócitos por unidade. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 91)

§ 1º Quando for realizada antes do armazenamento, a desleucocitação deve ser feita em até 48 horas após a coleta. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 91, § 1º)

§ 2º Na desleucocitação, pode ser utilizado sistema de conexão estéril ou conjuntos de coleta com filtro, sendo que, nesse caso, o tempo de validade corresponde ao original do componente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 91, § 2º)

§ 3º Não é recomendada a utilização de filtros de desleucocitação em beira de leito. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 91, § 3º)

§ 4º Caso o concentrado de que trata o "caput" seja preparado em sistema aberto, a validade será de 24 (vinte e quatro) horas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 91, § 4º)

§ 5º Os concentrados de que trata o "caput" são indicados para prevenção de reação transfusional febril não hemolítica e profilaxia de aloimunização leucocitária, aplicando-se, principalmente, a pacientes em programa de transfusão crônica, como pessoas com talassemia e com doença falciforme. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 91, § 5º)

§ 6º Os concentrados de que trata o "caput" podem ser utilizados como alternativa para a redução da transmissão de citomegalovírus (CMV) em substituição a componentes soronegativos para CMV. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 91, § 6º)

Art. 92. Os concentrados de hemácias congeladas são concentrados de hemácias conservadas em temperaturas iguais ou inferiores a -65°C (65°C negativos), na presença de um agente crioprotetor. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 92)

§ 1º São agentes crioprotetores: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 92, § 1º)

I - glicerol; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 92, § 1º, I)

II - amido hidroxilado. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 92, § 1º, II)

§ 2º O glicerol será removido por meio de lavagem, depois que as hemácias forem descongeladas, caso seja o agente crioprotetor utilizado. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 92, § 2º)

§ 3º As hemácias conservadas sem solução aditiva serão congeladas dentro do período de até 6 (seis) dias depois da coleta do sangue, exceto quando forem rejuvenescidas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 92, § 3º)

§ 4º As unidades raras de concentrado de hemácias poderão ser congeladas sem rejuvenescimento até a data do vencimento. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 92, § 4º)

§ 5º As hemácias processadas com solução aditiva serão congeladas antes da data de vencimento do concentrado de hemácias. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 92, § 5º)

§ 6º A bolsa de concentrado de hemácias deverá ser aberta sob fluxo laminar e armazenada no congelador até o período máximo de 4 (quatro) horas após a abertura do circuito para a inclusão do glicerol. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 92, § 6º)

§ 7º O método de deglicerolização assegurará: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 92, § 7º)

I - a remoção adequada do glicerol; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 92, § 7º, I)

II - o nível de hemoglobina livre na solução sobrenadante inferior a 0,2 g por unidade; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 92, § 7º, II)

III - a recuperação de, pelo menos, 80% dos glóbulos vermelhos originalmente presentes na unidade. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 92, § 7º, III)

§ 8º Na preparação do componente final destinado à transfusão, o tubo conectado à bolsa será preenchido com uma alíquota do componente, de forma que haja hemácias disponíveis para subsequentes provas de compatibilidade. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 92, § 8º)

§ 9º A validade dos concentrados de hemácias congeladas é de 10 (dez) anos, contados da data da doação do sangue. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 92, § 9º)

§ 10. Após o descongelamento, as hemácias devem ser usadas em até 24 (vinte quatro) horas se a deglicerolização for realizada em sistema aberto ou 14 (quatorze) dias se em sistema fechado, devendo sempre ser conservadas a 4 ± 2 °C. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 92, § 10)

Art. 93. As hemácias rejuvenescidas são as hemácias tratadas por um método que restabeleça os níveis normais de 2,3 DPG e ATP. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 93)

§ 1º Depois de rejuvenescidos, os concentrados de hemácias serão lavados e transfundidos dentro de 24 (vinte e quatro) horas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 93, § 1º)

§ 2º Os rótulos indicarão a utilização de soluções de rejuvenescimento. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 93, § 2º)

Art. 94. Os componentes plasmáticos serão produzidos utilizando-se os critérios técnicos definidos neste Anexo e são definidos como: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 94)

I - plasma fresco congelado (PFC); (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 94, I)

II - plasma fresco congelado dentro de 24 (vinte quatro) horas (PFC24); (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 94, II)

III - plasma isento do crioprecipitado (PIC); (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 94, III)

IV - plasma comum, não fresco, normal ou simples (PC); e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 94, IV)

V - crioprecipitado (CRIO). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 94, V)

Art. 95. O PFC é o plasma separado de uma unidade de sangue total por centrifugação ou por aférese e congelado completamente em até 8 (oito) horas depois da coleta, atingindo temperaturas iguais ou inferiores a -30ºC (trinta graus Celsius negativos). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 95)

§ 1º O tempo máximo para a separação do plasma de que trata o "caput" é de 6 (seis) horas depois da coleta. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 95, § 1º)

§ 2º O PFC será armazenado à temperatura de, no mínimo, - 20°C (vinte graus Celsius negativos), sendo, porém, recomendada a temperatura igual ou inferior a -30°C (trinta graus Celsius negativos). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 95, § 2º)

§ 3º Quando for utilizada a técnica de congelamento em banho de imersão em álcool, a bolsa plástica de plasma será protegida de alteração química, derrames e contaminação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 95, § 3º)

§ 4º O PFC tem, a partir da data da doação, a validade de: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 95, § 4º)

I - 12 (doze) meses, se armazenado em temperatura entre -20°C (vinte graus Celsius negativos) e -30°C (trinta graus Celsius negativos); e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 95, § 4º, I)

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

II - 24 (vinte quatro) meses, se armazenado à temperatura de -30°C (trinta graus Celsius negativos) ou inferior. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 95, § 4º, II)

Art. 96. PFC24 é o plasma separado de uma unidade de sangue total por centrifugação e congelado completamente entre 8 (oito) e 24 (vinte quatro) horas após a coleta, atingindo temperaturas iguais ou inferiores a -30°C (trinta graus Celsius negativos). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 96)

§ 1º O tempo máximo para a separação de que trata o "caput" é de 18 (dezoito) horas depois da coleta se a unidade de sangue total for mantida refrigerada (4 ± 2 °C). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 96, § 1º)

§ 2º No caso do sangue total ser rapidamente resfriado logo após a coleta até a temperatura de 22 ± 2 °C, utilizando-se sistemas especiais validados de refrigeração, o tempo máximo para o congelamento é de 24 (vinte quatro) horas depois da coleta. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 96, § 2º)

§ 3º O PFC24 deve ser armazenado à temperatura de, no mínimo, -20°C (vinte graus Celsius negativos), sendo, porém, recomendada a temperatura igual ou inferior a -30°C (trinta graus Celsius negativos). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 96, § 3º)

§ 4º O PFC24 tem, a partir da data da doação, a validade de: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 96, § 4º)

I - 12 (doze) meses, se armazenado em temperatura entre -20°C (vinte graus Celsius negativos) e -30°C (trinta graus Celsius negativos); e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 96, § 4º, I)

II - 24 (vinte e quatro) meses, se armazenado à temperatura de -30°C (trinta graus Celsius negativos) ou inferior. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 96, § 4º, II)

Art. 97. Os PFC e PFC24 podem ser utilizados em pacientes para fins terapêuticos com o objetivo de reposição de fatores de coagulação deficientes (deficiências múltiplas ou específicas na ausência do fator purificado). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 97)

Art. 98. O PIC é o plasma do qual foi retirado, em sistema fechado, o crioprecipitado. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 98)

§ 1º O PIC tem, a partir da data da doação, a validade de 12 (doze) meses a partir da coleta, devendo ser armazenado à temperatura de -20°C (vinte graus Celsius negativos) ou inferior. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 98, § 1º)

§ 2º A Púrpura Trombocitopênica Trombótica (PTT) é a única indicação clínica possível para o PIC. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 98, § 2º)

Art. 99. O PC é o plasma cujo congelamento não se deu dentro das especificações técnicas assinaladas nos arts. 95 e 96 do Anexo IV , ou, ainda, resultado da transformação de um PFC, de um PFC24 ou de um PIC cujo período de validade expirou. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 99)

§ 1º O PC será armazenado em temperatura igual ou inferior a -20°C (vinte graus Celsius negativos), e tem a validade de 5 (cinco) anos a partir da data de coleta. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 99, § 1º)

§ 2º O PC não pode ser utilizado para transfusão, devendo ser exclusivamente destinado à produção de hemoderivados. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 99, § 2º)

Art. 100. Os PFC, PFC24 e PIC a serem utilizados exclusivamente com finalidade terapêutica poderão ser mantidos em temperatura igual ou inferior a -18°C (dezoito graus Celsius negativos), por até 12 (doze) meses, sendo este o prazo de validade. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 100)

Art. 101. O plasma excedente do uso terapêutico, considerado a ser destinado para fracionamento industrial, deve ser armazenado em temperatura igual ou inferior a -20°C (vinte graus Celsius negativos), observando, ainda, demais determinações deste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 101)

Art. 102. O CRIO é a fração de plasma insolúvel em frio, obtida a partir do plasma fresco congelado, contendo glicoproteínas de alto peso molecular, principalmente fator VIII, fator de von Willebrand, fator XIII e fibrinogênio. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 102)

§ 1º Para a obtenção do CRIO, o PFC deve ser descongelado a 4 ± 2 °C e imediatamente centrifugado nessa mesma temperatura. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 102, § 1º)

§ 2º O sobrenadante pobre em crioprecipitado (plasma isento de crioprecipitado) deve ser extraído, em circuito fechado, permanecendo um volume de até 40 mL junto ao material insolúvel em frio. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 102, § 2º)

§ 3º O crioprecipitado resultante deve ser recongelado em até 1(uma) hora após a sua obtenção. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 102, § 3º)

§ 4º O produto final deve conter, no mínimo, 150mg de fibrinogênio por unidade em, pelo menos, 75% das unidades avaliadas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 102, § 4º)

§ 5º O CRIO tem, a partir da data da doação, a validade de: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 102, § 5º)

I - 12 (doze) meses, se armazenado em temperatura entre -20°C (vinte graus Celsius negativos) e -30°C (trinta graus Celsius negativos); e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 102, § 5º, I)

II - 24 (vinte e quatro) meses, se armazenado à temperatura de -30°C (trinta graus Celsius negativos) ou inferior. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 102, § 5º, II)

§ 6º O CRIO pode ser indicado a portadores de deficiência de fibrinogênio (quantitativa ou qualitativa) e na deficiência de fator XIII, quando o fator purificado não estiver disponível. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 102, § 6º)

§ 7º O crioprecipitado também pode ser utilizado na produção de cola de fibrina. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 102, § 7º)

Art. 103. O tubo coletor da bolsa do plasma deve estar totalmente preenchido e ter uma extensão mínima de 15 cm (quinze centímetros) e máxima de 20 cm (vinte centímetros) entre as duas soldaduras, uma proximal e uma distal. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 103)

Art. 104. A ocorrência de uso excepcional de crioprecipitado em pacientes hemofílicos e portadores de doença de Von Willebrand deve ser imediatamente relatada à CGSH/DAET/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 104)

Art. 105. A realização de procedimento de plasmaférese para obtenção de insumos para indústria de hemoderivados é atividade exclusiva dos serviços de hemoterapia públicos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 105)

§ 1º Os serviços de hemoterapia que forem fornecedores na modalidade de que trata o "caput" solicitarão autorização à CGSH/DAET/SAS/MS para realização do procedimento e envio do plasma para a indústria. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 105, § 1º)

§ 2º Serão observados, ainda, os critérios estabelecidos na Seção IX do Capítulo I do Título II. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 105, § 2º)

§ 3º O envio do plasma para indústria deve obedecer aos requisitos definidos no Anexo 11 do Anexo IV e demais determinações deste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 105, § 3º)

§ 4º Somente plantas de produção de hemoderivados nacional de natureza pública receberão o plasma dos serviços de hemoterapia brasileiros obtido por plasmaférese, obedecendo, ainda, o estabelecido na Seção VI do Capítulo II do Título II. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 105, § 4º)

§ 5º A plasmaférese para uso terapêutico obedecerá ao disposto na Seção IX do Capítulo I do Título II. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 105, § 5º)

Art. 106. Quando o serviço de hemoterapia for fornecedor de PFC, PFC24 ou PC como matéria prima para a indústria de hemoderivados serão observadas as normas técnico-sanitárias específicas para a produção e armazenamento do plasma, sem prejuízo das normas estabelecidas neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 106)

Art. 107. Os Concentrados de Plaquetas (CP) serão produzidos utilizando critérios técnicos definidos neste Anexo e são definidos como: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 108)

I - CP obtido de sangue total; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 108, I)

II - CP obtido por aférese; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 108, II)

III - CP desleucocitados; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 108, III)

IV - Pool de plaquetas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 108, IV)

§ 1º O CP obtido a partir do sangue total é uma suspensão de plaquetas em plasma, preparado mediante dupla centrifugação de uma unidade de sangue total, coletada em tempo não maior que 15 (quinze) minutos e preferencialmente em até 12 (doze) minutos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 108, § 1º)

§ 2º O CP também pode ser obtido por aférese. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 108, § 2º)

§ 3º As unidades com agregados plaquetários grosseiramente visíveis não serão empregadas na transfusão. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 108, § 3º)

§ 4º Os CP devem ser conservados a 22 ± 2 oC, sob agitação constante em agitador próprio para este fim. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 108, § 4º)

§ 5º A validade dos CP é de 3 (três) a 5 (cinco) dias, dependendo do plastificante da bolsa de conservação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 108, § 5º)

§ 6º As indicações de transfusão de CP levarão em consideração não somente a contagem, mas também: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 108, § 6º)

I - a existência de fatores de risco; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 108, § 6º, I)

II - a realização de procedimentos invasivos; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 108, § 6º, II)

III - a presença de sangramentos clinicamente significativos; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 108, § 6º, III)

IV - alterações da função plaquetária. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 108, § 6º, IV)

Art. 108. Os CPs obtidos de sangue total conterão, no mínimo, 5,5 x 10e10 plaquetas por bolsa em, pelo menos, 75% das unidades avaliadas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 109)

§ 1º As plaquetas devem estar suspensas em volume suficiente de plasma (40 a 70 mL), de tal maneira que o pH seja maior ou igual a 6,4 no último dia de validade do produto. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 109, § 1º)

§ 2º Os CP obtidos de sangue total podem ser produzidos a partir: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 109, § 2º)

I - de plasma rico em plaquetas; ou (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 109, § 2º, I)

II - da camada leucoplaquetária de sangue total, que apresenta contaminação leucocitária menor. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 109, § 2º, II)

§ 3º A produção do plasma rico em plaquetas ou da camada leucoplaquetária e dos respectivos CP poderá ser realizada até 24 (vinte e quatro) horas após a coleta se o sangue total for mantido em condições validadas para manter a temperatura de 22 ± 2 °C. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 109, § 3º)

§ 4º A quantidade de plaquetas em uma dose padrão para indivíduos adultos é equivalente a quantidade obtida a partir de 4 (quatro) a 6 (seis) unidades de sangue total. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 109, § 4º)

Art. 109. O CP obtido por aférese, de um único doador, deve conter, no mínimo, 3,0 x 10e11 plaquetas em, pelo menos, 90% das unidades avaliadas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 110)

§ 1º No caso de obtenção de componentes duplos, a contagem deve ser superior ou igual a 6,0 x 10e11 plaquetas em, pelo menos, 90% das unidades avaliadas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 110, § 1º)

§ 2º As plaquetas obtidas mediante procedimentos de aférese em circuito fechado têm validade de até 5 (cinco) dias e exigem as mesmas condições de conservação que as plaquetas de sangue total. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 110, § 2º)

§ 3º O componente de que trata o "caput" caracteriza-se por uma baixa contaminação leucocitária. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 110, § 3º)

Art. 110. Os CP desleucocitados são obtidos pela remoção de leucócitos por meio de filtros para este fim ou por meio de equipamento de aférese. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 111)

§ 1º O pool de CP desleucocitado, obtido de sangue total, deve conter menos que 5,0 x 10e6 leucócitos ou cada unidade deve conter abaixo de 0,83 x 10e6 leucócitos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 111, § 1º)

§ 2º O CP obtido por aférese deve preencher o mesmo requisito definido para o pool de concentrado de plaquetas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 111, § 2º)

§ 3º A validade do CP obtido por aférese é de 4 (quatro) horas, quando preparado em sistema aberto. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 111, § 3º)

§ 4º Se a preparação do CP obtido por aférese ocorrer em sistema fechado, a unidade conserva a validade original do concentrado de plaquetas, desde que a bolsa utilizada para armazenamento seja compatível com o volume. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 111, § 4º)

§ 5º O CP obtido por aférese será utilizado em pacientes que possuam antecedentes de reação febril não hemolítica ou quando estiver indicada a profilaxia da aloimunização a antígenos leucocitários. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 111, § 5º)

§ 6º O CP obtido por aférese pode ser utilizado como alternativa para evitar a transmissão de Citomegalovirus (CMV) em substituição a componentes soronegativos para CMV. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 111, § 6º)

Art. 111. O pool de concentrados de plaquetas obtidos de sangue total é um produto que pode ser separado a partir de concentrados de plaquetas randômicos preparados pelo plasma rico em plaquetas ou a partir de pool de camada leucoplaquetária (buffy coat). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 112)

Art. 112. Os Concentrados de Granulócitos (CG) são suspensões de granulócitos em plasma, obtidas por aférese de doador único. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 113)

§ 1º O CG deve conter, no mínimo, 1,0 x 10e10 granulócitos em todas as unidades coletadas, a menos que seja preparado para recém-nascidos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 113, § 1º)

§ 2º A validade do CG é de 24 (vinte quatro) horas, devendo ser administrado o mais rapidamente possível depois que a sua coleta for concluída, obrigatoriamente em ambiente hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 113, § 2º)

§ 3º A temperatura de conservação do CG é de 22 ± 2 °C. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 113, § 3º)

§ 4º A indicação terapêutica do CG restringe-se a pacientes gravemente neutropênicos com infecção comprovada, refratários à terapêutica antimicrobiana adequada. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 113, § 4º)

Art. 113. Os componentes sanguíneos irradiados são componentes celulares que devem ser produzidos utilizando-se procedimentos que garantam que a irradiação tenha ocorrido e que a dose mínima tenha sido de 25 Gy (2.500 cGy) sobre o plano médio da unidade irradiada. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 114)

§ 1º A dose em qualquer ponto do componente de que trata o "caput" não deve ser inferior a 15 Gy (1.500 cGy) e nem superior a 50 Gy (5.000 cGy). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 114, § 1º)

§ 2º O procedimento de que trata o § 1º tem como objetivo inativar funcionalmente linfócitos viáveis dos produtos sanguíneos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 114, § 2º)

§ 3º As unidades irradiadas devem ser adequadamente rotuladas e identificadas e o processo de irradiação deve ser validado periodicamente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 114, § 3º)

§ 4º A irradiação será feita em irradiador de células próprio para irradiação de sangue e componentes. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 114, § 4º)

§ 5º Quando o aparelho de que trata o § 4º não estiver disponível, a irradiação poderá ser feita em acelerador linear usado para tratamento de radioterapia, sob supervisão de profissional qualificado. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 114, § 5º)

§ 6º O controle de qualidade da fonte radioativa do equipamento de que trata o § 4º deve ser realizado e documentado, no mínimo anualmente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 114, § 6º)

§ 7º A irradiação pode ser realizada no próprio serviço de hemoterapia ou em centros contratados. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 114, § 7º)

§ 8º A validade dos componentes celulares irradiados difere pela lesão de membrana, portanto, o concentrado de hemácias irradiado deve, preferencialmente, ser produzido até 14 (quatorze) dias após a coleta e obrigatoriamente armazenado até no máximo 28 (vinte oito) dias após a irradiação observando a data de validade original do componente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 114, § 8º)

§ 9º Nos casos em que exista justificativa para a irradiação de componentes com mais de 14 (quatorze) dias de coleta, a transfusão deve ocorrer em 48 (quarenta e oito) horas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 114, § 9º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300414

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

§ 10. O concentrado de hemácias irradiado para uso em transfusão intrauterina ou transfusão neonatal maciça deve ser utilizado até no máximo 24 (vinte e quatro) horas da irradiação e 5 (cinco) dias após a data da coleta. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 114, § 10)

§ 11. A indicação de componentes celulares irradiados tem como objetivo reduzir o risco de Doença do Enxerto Contra Hospedeiro associada à Transfusão (DECH-AT), em situações como: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 114, § 11)

I - transfusão intrauterina; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 114, § 11, I)

II - recém-nascidos de baixo peso (inferior a 1.200 g) e/ou prematuros (inferior a 28 (vinte e oito) semanas); (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 114, § 11, II)

III - portadores de imunodeficiências congênitas graves; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 114, § 11, III)

IV - pacientes recebendo terapia imunossupressora como pós transplante de medula óssea; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 114, § 11, IV)

V - transfusão de componentes HLA compatíveis; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 114, § 11, V)

VI - quando o receptor for parente em primeiro grau do doador. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 114, § 11, VI)

§ 12. Nas demais situações clínicas não abrangidas no § 11, a decisão de irradiar os componentes ficará sujeita à avaliação e protocolos de cada serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 114, § 12)

Art. 114. Os CP e os concentrados de granulócitos irradiados mantêm as suas datas de validade original. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 115)

Seção V

Do Controle de Qualidade dos Componentes Sanguíneos

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I, Seção V)

Art. 115. Os serviços de hemoterapia realizarão o controle de qualidade sistemático de todos os tipos de componentes sanguíneos que produzirem. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 116)

§ 1º O controle de qualidade dos concentrados de hemácias e dos concentrados de plaquetas deve ser realizado em, pelo menos, 1% da produção ou 10 (dez) unidades por mês, o que for maior. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 116, § 1º)

§ 2º O controle de qualidade dos plasmas e dos crioprecipitados deve ser feito em amostragem definida no Anexo 6 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 116, § 2º)

§ 3º O serviço de hemoterapia deve ter protocolos escritos, definindo: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 116, § 3º)

I - o tipo de controle a ser feito em cada componente sanguíneo; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 116, § 3º, I)

II - a amostragem; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 116, § 3º, II)

III - os parâmetros mínimos esperados para cada item controlado. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 116, § 3º, III)

§ 4º Cada item verificado pelo controle de qualidade deve apresentar um percentual de conformidade igual ou superior a 75%. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 116, § 4º)

§ 5º Com relação à produção de concentrado de plaquetas por aférese e contagem de leucócitos em componentes celulares desleucocitados a conformidade considerada deve ser igual ou superior a 90%. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 116, § 5º)

§ 6º A avaliação da contaminação microbiológica dos componentes sanguíneos celulares será realizada utilizando-se amostragem igual ou superior a 1% da produção ou 10 (dez) unidades por mês, o que for maior. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 116, § 6º)

§ 7º Na hipótese do § 6º, todos os casos positivos devem ser devidamente investigados na busca de uma causa corrigível. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 116, § 7º)

§ 8º Pelo alto risco de contaminação microbiológica dos concentrados de plaquetas pela sua condição de armazenamento, recomenda-se realização de avaliação de contaminação microbiológica em 100% desta produção. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 116, § 8º)

§ 9º Serão observados os parâmetros mínimos a serem verificados em cada componente sanguíneo, nos termos do Anexo 6 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 116, § 9º)

Art. 116. Os serviços de hemoterapia realizarão avaliações periódicas dos resultados do controle de qualidade, de forma que tais resultados sejam revisados e analisados, e ações corretivas sejam propostas para as não conformidades observadas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 117)

Seção VI

Dos Exames de Qualificação no Sangue do Doador

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I, Seção VI)

Art. 117. O serviço de hemoterapia realizará os seguintes exames imuno-hematológicos para qualificação do sangue do doador, a fim de garantir a eficácia terapêutica e a segurança da futura doação: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 118)

I - tipagem ABO; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 118, I)

II - tipagem RhD; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 118, II)

III - pesquisa de anticorpos antieritrocitários irregulares. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 118, III)

Art. 118. A tipagem ABO será realizada testando-se as hemácias com reagentes anti-A, anti-B e anti-AB, sendo que, no caso de serem usados antissoros monoclonais, a utilização do soro anti-AB não é obrigatória. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 119)

§ 1º A tipagem reversa deve ser sempre realizada, testando-se o soro ou plasma de amostra da doação com suspensões de hemácias conhecidas A1 e B e, opcionalmente, A2 e O. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 119, § 1º)

§ 2º Nenhum componente sanguíneo será rotulado e liberado para utilização até que qualquer discrepância entre a tipagem direta e reversa tenha sido resolvida. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 119, § 2º)

Art. 119. O antígeno RhD será determinado colocando-se as hemácias com antissoro anti-RhD (Anti-D). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 120)

§ 1º Paralelamente ao procedimento previsto no "caput" deve ser sempre efetuado um controle da tipagem RhD, utilizando-se soro-controle compatível com o antissoro utilizado e do mesmo fabricante do anti-D. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 120, § 1º)

§ 2º No caso de utilização de antissoros anti-D produzido em meio salino, o uso do soro-controle na reação é dispensável. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 120, § 2º)

§ 3º Se a reação for negativa para a presença do antígeno RhD, será efetuada a pesquisa do antígeno D-fraco. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 120, § 3º)

§ 4º Para a realização da pesquisa de antígeno D-fraco, recomenda-se a utilização de, no mínimo, dois antissoros anti-RhD (anti-D), sendo que, pelo menos um desses antissoros contenha anticorpos da classe IgG. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 120, § 4º)

§ 5º Os antissoros de que trata o § 4º devem ser obtidos de linhagens celulares distintas incluindo a fase da antiglobulina humana. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 120, § 5º)

§ 6º Quando a tipagem RhD ou a pesquisa do antígeno D-fraco resultar positiva, o sangue deve ser rotulado como "RhD positivo". (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 120, § 6º)

§ 7º Quando ambas as provas de que trata o § 4º resultarem negativas, o sangue deve ser rotulado como "RhD negativo". (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 120, § 7º)

§ 8º Em doadores de sangue tipados como RhD negativo, recomenda-se a pesquisa dos antígenos C (maiúsculo) e E (maiúsculo) e os componentes sanguíneos devem ser devidamente identificados. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 120, § 8º)

§ 9º A utilização dos concentrados de hemácias RhD negativo C ou E positivos deve obedecer a protocolos escritos específicos da instituição ou seguir critérios do responsável técnico de cada local. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 120, § 9º)

§ 10. Se a reação com o soro-controle de RhD for positiva, a tipagem RhD é considerada inválida e o componente sanguíneo só deve ser rotulado e liberado para uso após a resolução do problema. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 120, § 10)

Art. 120. O registro de uma tipagem ABO e RhD prévia de um doador não serve para a identificação das unidades de sangue subsequentemente doadas pelo mesmo doador. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 121)

§ 1º Novas determinações devem ser realizadas a cada doação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 121, § 1º)

§ 2º Em caso de doações prévias, deve ser comparada a tipagem ABO e RhD com o último registro disponível. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 121, § 2º)

§ 3º Qualquer discrepância nos resultados das tipagens sanguíneas de que trata o "caput" será resolvida antes de se rotular e liberar para uso os componentes sanguíneos produzidos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 121, § 3º)

Art. 121. Deve ser realizada no sangue dos doadores a pesquisa de anticorpos antieritrocitários irregulares, empregando-se métodos que evidenciem a presença de anticorpos clinicamente significativos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 122)

§ 1º Os componentes sanguíneos que contenham anticorpos antieritrocitários irregulares devem ser rotulados como tais. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 122, § 1º)

§ 2º As condições e situações nas quais os componentes de que trata o § 1º podem ser utilizados ficarão a critério do responsável técnico de cada local, sendo, porém, recomendável que os componentes plasmáticos e os concentrados de plaquetas não sejam utilizados para transfusão. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 122, § 2º)

Art. 122. É recomendada a realização do teste de hemolisina para transfusões de plaquetas não isogrupo utilizando-se um método qualitativo com incubação a 37ºC (trinta e sete graus Celsius). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 123)

Parágrafo Único. Componentes sanguíneos com resultados de hemólise total ou parcial devem ser evitados em transfusões não isogrupo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 123, Parágrafo Único)

Art. 123. É recomendada a realização da fenotipagem de antígenos eritrocitários dos sistemas Rh (D, C, c, E, e) e Kell (K1) nas amostras de sangue de doadores, conforme as demandas do serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 124)

Art. 124. É recomendada a realização da investigação de subgrupo de A em doadores de sangue, quando houver resultados discrepantes entre as provas ABO direta e reversa ou na busca de concentrado de hemácias de subgrupo A2 para pacientes que apresentam anticorpo anti-A1 clinicamente significante. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 125)

Art. 125. Os testes de que tratam os arts. 118, 119, 120, 121, 122 e 123 do Anexo IV devem ser realizados em laboratórios cuja rotina seja adequada para triagem imuno-hematológica de doadores de sangue, com reagentes registrados ou autorizados pela ANVISA. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 126)

Art. 126. Será realizado o controle de qualidade de reagentes em imuno-hematologia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 127)

§ 1º Os reagentes devem ser armazenados de acordo com as instruções do fabricante, devendo ser evitada, ao máximo, a permanência do reagente fora das temperaturas indicadas para seu armazenamento. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 127, § 1º)

§ 2º O serviço de hemoterapia realizará controles de qualidade em cada lote e remessa recebidos para comprovar que os reagentes estão dentro dos padrões estabelecidos e que não foram alterados durante o transporte. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 127, § 2º)

§ 3º Para as análises do controle de qualidade, recomenda-se seguir os padrões presentes no Anexo 7 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 127, § 3º)

§ 4º No caso de antissoros de origem monoclonal, é indispensável a identificação na bula, do clone celular utilizado para produção pelo fabricante. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 127, § 4º)

§ 5º Serão verificadas, periodicamente, possíveis alterações durante a manipulação ou armazenamento dos reagentes no serviço de hemoterapia, utilizando protocolos definidos pelo serviço. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 127, § 5º)

§ 6º Os resultados dos controles devem ser registrados para acompanhamento do desempenho dos produtos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 127, § 6º)

§ 7º Serão estabelecidas medidas corretivas quando forem detectadas anormalidades no processo do controle de qualidade em imuno-hematologia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 127, § 7º)

Art. 127. Será realizado, ainda, o controle de qualidade das técnicas empregadas, utilizando-se sistematicamente e durante o procedimento técnico, controles negativos e positivos para confirmar os resultados obtidos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 128)

Art. 128. O serviço de hemoterapia realizará testes para infecções transmissíveis pelo sangue, a fim de reduzir riscos de transmissão de doenças e em prol da qualidade do sangue doado. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 129)

Art. 129. É obrigatória a realização de exames laboratoriais de alta sensibilidade a cada doação, para detecção de marcadores para as seguintes infecções transmissíveis pelo sangue, cumprindo-se ainda, os algoritmos descritos no Anexo 5 do Anexo IV para cada marcador: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130)

I - sífilis; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, I)

II - doença de Chagas; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, II)

III - hepatite B; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, III)

IV - hepatite C; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, IV)

V - AIDS; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, V)

VI - HTLV I/II. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, VI)

§ 1º Os exames de que trata o "caput" devem ser feitos em amostra colhida no ato da doação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 1º)

§ 2º Os exames serão realizados em laboratórios específicos para triagem laboratorial de doadores de sangue, com conjuntos diagnósticos (kits) próprios para esta finalidade, registrados na ANVISA. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 2º)

§ 3º Fica vedada a realização de exames sorológicos em pool de amostras de sangue. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 3º)

§ 4º É permitido o emprego de pool de amostras para testes de pesquisa de ácido nucléicos (NAT) para detecção de infecções transmissíveis pelo sangue. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 4º)

§ 5º O sangue total e seus componentes não serão transfundidos antes da obtenção de resultados finais não reagentes/negativos, nos testes de detecção para: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 5º)

I - hepatite B; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 5º, I)

II - hepatite C; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 5º, II)

III - AIDS; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 5º, III)

IV - doença de Chagas; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 5º, IV)

V - sífilis; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 5º, V)

VI - infecção por HTLV I/II. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 5º, VI)

§ 6º São os testes para detecção de hepatite B: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 6º)

I - detecção do antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBV) - HBsAg; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 6º, I)

II - detecção de anticorpos contra o capsídeo do HBV - anti-HBc (IgG ou IgG + IgM); e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 6º, II)

III - detecção de ácido nucleico (NAT) do HBV. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 6º, III)

§ 7º São os testes para detecção de hepatite C: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 7º)

I - detecção do anticorpo contra o vírus da hepatite C (HCV) ou detecção combinada de anticorpo + antígeno do HCV; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 7º, I)

II - detecção de ácido nucleico (NAT) do HCV. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 7º, II)

§ 8º São os testes para detecção de AIDS: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 8º)

I - detecção de anticorpo contra o HIV ou detecção combinada do anticorpo contra o HIV + antígeno p24 do HIV; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 8º, I)

II - detecção de ácido nucleico (NAT) do HIV. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 8º, II)

§ 9º O teste de que trata o inciso I do § 8º incluirá, obrigatoriamente, a pesquisa de anticorpos contra os subtipos 1, 2 e O. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 9º)

§ 10. O teste para doença de Chagas será por meio da detecção de anticorpo anti-T cruzi por método de ensaio imunoenzimático (EIE) ou quimioiluminescência (QLM). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 10)

§ 11. O teste para sífilis será por intermédio da detecção de anticorpo anti-treponêmico ou não-treponêmico. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 11)

§ 12. O teste para infecção por HTLV I/II será mediante a detecção de anticorpo contra o HTLV I/II. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 12)

§ 13. Somente podem ser liberadas as bolsas com resultados não reagentes/negativos tanto para os testes sorológicos quanto para os testes de detecção de ácido nucleico. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 13)

§ 14. Deverão ser excluídos como doadores, temporária ou definitivamente, e, se necessário, encaminhados a um serviço de referência, os que apresentarem resultados reagentes. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 14)

§ 15. No caso da realização dos testes NAT em pool, o grupo de amostras que apresentar resultado positivo deve ser desmembrado e suas amostras testadas individualmente para identificação do(s) agente(s) infeccioso(s) em questão, considerando a possibilidade de desmembramento cruzado. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 15)

§ 16. As bolsas cujas amostras individuais forem positivas ou inconclusivas nos testes NAT ou que tenham resultados discrepantes com os testes sorológicos serão descartadas, e o doador será convocado para repetição dos testes em nova amostra e/ou orientação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 16)

§ 17. As amostras de doadores com resultado NAT HIV e/ou HCV negativo em pool e teste sorológico positivo ou inconclusivo serão testadas individualmente pelo teste NAT. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 17)

§ 18. As amostras de doadores com resultado NAT HBV negativo em pool e teste sorológico HBsAg positivo ou inconclusivo serão testadas individualmente pelo teste NAT. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 130, § 18)

Art. 130. O serviço de hemoterapia realizará exames laboratoriais de alta sensibilidade a cada doação, para detecção de citomegalovírus (CMV) em todas as unidades de sangue ou componentes destinados aos pacientes nas seguintes situações: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 131)

I - submetidos a transplantes de célula progenitora e de órgãos, com sorologia não reagente para CMV; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 131, I)

II - recém-nascidos de mães CMV negativo ou com resultados sorológicos desconhecidos que tenham peso ao nascimento inferior a 1.200g; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 131, II)

III - transfusão intrauterina. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 131, III)

§ 1º Componentes celulares desleucocitados, segundo definição constante do Anexo 6 do Anexo IV , podem substituir a utilização de componentes soronegativos para CMV. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 131, § 1º)

§ 2º Sempre que a sorologia para CMV for realizada, o resultado constará do rótulo das bolsas de componentes sanguíneos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 131, § 2º)

Art. 131. Nas regiões endêmicas de malária, com transmissão ativa, independente da incidência parasitária da doença, será realizado teste para detecção do plasmódio ou de antígenos plasmodiais. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 132)

Art. 132. O serviço de hemoterapia que realiza exames para detecção de infecções transmissíveis pelo sangue para qualificação no sangue do doador, participará regularmente de, pelo menos, um programa de controle de qualidade externo (proficiência), realizará controle de qualidade interno e disporá de sistema de garantia da qualidade na realização dos testes. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 133)

Parágrafo Único. O controle de qualidade interno e o sistema de garantia da qualidade compreendem os seguintes itens: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 133, Parágrafo Único)

I - validação de cada lote/remessa de conjunto diagnóstico antes da sua colocação na rotina de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 133, Parágrafo Único, I)

II - validação das baterias de testes utilizando controles positivos diferentes dos fornecidos pelo fabricante; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 133, Parágrafo Único, II)

III - análise periódica dos coeficientes de variação (CV) dos testes de detecção de infecções transmissíveis por transfusão de sangue; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 133, Parágrafo Único, III)

IV - qualificação de novos produtos e/ou metodologias por meio da testagem e validação destes em seu serviço de hemoterapia antes da implantação na rotina; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 133, Parágrafo Único, IV)

V - rastreabilidade dos dados. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 133, Parágrafo Único, V)

Art. 133. Os laboratórios de triagem de doadores de sangue para infecções passíveis de transmissão sanguínea trabalharão com os tubos primários, colhidos diretamente do doador, até a fase de pipetagem das amostras nas placas ou nos tubos das estantes para a reação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 134)

Art. 134. Quando os testes de triagem forem reagentes (positivo ou inconclusivo) em um doador de sangue que em doações prévias apresentava testes não reagentes/negativos, o que configura soroconversão ou viragem, o serviço de hemoterapia adotará procedimentos de retrovigilância. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 135)

§ 1º Quando a soroconversão/viragem for detectada pelo teste de detecção de ácido nucleico (NAT) do HIV, HCV e/ou HBV, isoladamente ou em associação com o teste sorológico, não é necessária a realização de testes para confirmação do resultado inicial. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 135, § 1º)

§ 2º Quando a soroconversão/viragem for detectada somente pelo teste sorológico, é necessária a realização de testes com a mesma amostra, para confirmação do resultado inicial, conforme o caso: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 135, § 2º)

I - HBsAg: realizar teste de neutralização, ou 1 (um) segundo teste com reagente de outra origem ou de outro fabricante ou com outra metodologia; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 135, § 2º, I)

II - Anti-HBc: realizar 1 (um) segundo teste com reagente de outra origem ou de outro fabricante ou com outra metodologia; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 135, § 2º, II)

III - Anti-HCV: realizar 1 (um) segundo teste de detecção de anticorpo com reagente de outra origem ou de outro fabricante ou com outra metodologia, ou teste com reagente que detecte de maneira combinada antígeno e anticorpo do HCV; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 135, § 2º, III)

IV - Anti-HIV: realizar 1 (um) segundo teste de detecção de anticorpo ou detecção combinada do anticorpo contra o HIV + antígeno p24 do HIV, com reagente de outra origem ou de outro fabricante ou com outra metodologia; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 135, § 2º, IV)

V - Anti-HTLV I/II: realizar 1 (um) segundo teste de detecção de anticorpo com reagente de outra origem ou de outro fabricante ou com outra metodologia, ou teste de detecção de ácido nucléico (NAT) do HTLV I/II. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 135, § 2º, V)

§ 3º Caso o laboratório que realizou os testes de triagem não faça o teste de confirmação de resultado inicial, a mesma amostra será encaminhada a outro laboratório no prazo de 10 (dez) dias úteis para a sua realização ou o processo de retrovigilância será desencadeado mesmo sem a confirmação do resultado inicial. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 135, § 3º)

§ 4º Na hipótese do § 3º, o laboratório que realizar o teste de confirmação de resultado inicial remeterá o resultado do exame ao serviço de hemoterapia no prazo máximo de 30 (trinta) dias. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 135, § 4º)

Art. 135. No caso do teste de confirmação do resultado inicial apontar resultado reagente (positivo ou inconclusivo), o serviço de hemoterapia verificará o destino de todos os componentes sanguíneos da(s) doação(ões) anterior(es), adotando os seguintes procedimentos: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 136)

I - nos casos de soroconversão com confirmação dos resultados iniciais reagentes (positivo ou inconclusivo) para Anti-HIV, Anti-HCV, HBsAg ou Anti-HTLV I/II, realizar-se-á a investigação de retrovigilância da última doação com triagem sorológica não reagente e todas as doações realizadas até 6 (seis) meses antes desta;(Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 136, I)

II - nos casos de soroconversão com confirmação do resultado inicial reagente (positivo ou inconclusivo) para Anti-HBc, realizar-se-á a investigação de retrovigilância para a última doação (mais recente) com triagem sorológica não reagente, caso esta tenha ocorrido menos de 12 (doze) meses antes da soroconversão; e(Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 136, II)

III - nos casos de soroconversão para teste de detecção de ácido nucleico (NAT) para HIV, HCV e/ou HBV, com teste de triagem sorológica não reagente realizar-se-á a investigação de retrovigilância da última doação com triagem laboratorial negativa e todas as doações realizadas até 3 (três) meses antes desta. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 136, III)

§ 1º O teste de detecção de ácido nucléico (NAT) do agente infeccioso que estiver sendo investigado pode ser realizado na amostra da doação anterior à soroconversão, utilizando amostra da plasmateca/soroteca ou da unidade de plasma armazenado. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 136, § 1º)

§ 2º Na hipótese do § 1º, o procedimento de retrovigilância deve ser realizado, independentemente do resultado obtido. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 136, § 2º)

§ 3º Caso ainda haja algum componente sanguíneo envolvido no procedimento de retrovigilância armazenado em qualquer serviço de hemoterapia, realizar-se-á a devolução para o serviço produtor para as providências cabíveis. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 136, § 3º)

§ 4º O serviço de hemoterapia comunicará, simultaneamente e por escrito, à indústria que recebeu o plasma, à ANVISA e à CGSH/DAHU/SAS/MS quando as unidades de plasma das doações envolvidas no procedimento de retrovigilância já tiverem sido enviadas para o fracionamento industrial. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 136, § 4º)

Art. 136. Compete ao serviço de hemoterapia: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 137)

I - cumprir o algoritmo para cada marcador, conforme Anexo 5 do Anexo IV ; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 137, I)

II - descartar as bolsas de componentes sanguíneos que tenham resultado reagente em qualquer um dos testes obrigatórios para infecções transmissíveis pelo sangue realizados na triagem laboratorial, segundo os preceitos estabelecidos na legislação pertinente; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 137, II)

III - bloquear os doadores considerados inaptos nos testes para infecções transmissíveis pelo sangue; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 137, III)

IV - convocar e orientar o doador com resultados de testes reagentes (positivo ou inconclusivo), encaminhando-o a serviços assistenciais para confirmação do diagnóstico e/ou acompanhamento e tratamento. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 137, IV)

Parágrafo Único. Caso o doador com resultados de testes reagentes (positivo ou inconclusivo) não compareça para a coleta de segunda amostra e/ou orientações, o serviço de hemoterapia comunicará ao órgão de vigilância em saúde competente, conforme as legislações sanitárias vigentes. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 137, Parágrafo Único)

Art. 137. Os resultados dos exames de triagem dos doadores são absolutamente sigilosos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 138)

§ 1º Quando os exames forem feitos em serviço de hemoterapia diferente daquela em que ocorreu a doação, o envio dos resultados será feito de modo a assegurar a não identificação do doador, sendo vedada a transmissão verbal ou por via telefônica dos resultados. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 138, § 1º)

§ 2º O envio dos resultados por fax ou por meio eletrônico é permitido, sem a identificação do nome por extenso do doador. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 138, § 2º)

Art. 138. Não é obrigatório que o serviço de hemoterapia firme o diagnóstico da doença ou testes confirmatórios de infecções biológicas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 139)

Art. 139. Pelo menos durante os 6 (seis) próximos meses após a doação, será conservada (plasmateca ou soroteca) uma alíquota da amostra de plasma ou soro de cada doação de sangue em temperatura igual ou inferior a -20° C (vinte graus Celsius negativos). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 140)

Art. 140. O descarte ou a liberação do sangue, em função dos resultados da testagem das amostras para os vários marcadores que deverão ser observados, seguirá o disposto no algoritmo de que trata o Anexo 5 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 141)

Art. 141. É obrigatória a pesquisa de hemoglobina S nos doadores de sangue, pelo menos, na primeira doação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 142)

§ 1º Os componentes eritrocitários de doadores com pesquisa de hemoglobina S positiva conterão esta informação no seu rótulo, sem necessidade de descarte dos mesmos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 142, § 1º)

§ 2º Os componentes de que trata o § 1º não serão desleucocitados e nem utilizados em pacientes: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 142, § 2º)

I - com hemoglobinopatias; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 142, § 2º, I)

II - com acidose grave; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 142, § 2º, II)

III - recém-nascidos; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 142, § 2º, III)

IV - de transfusão intrauterina; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 142, § 2º, IV)

V - de procedimentos cirúrgicos com circulação extracorpórea; ou (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 142, § 2º, V)

VI - com hipotermia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 142, § 2º, VI)

§ 3º O doador que apresentar pesquisa de hemoglobina S positiva será orientado e encaminhado a serviço assistencial para avaliação clínica, se for o caso. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 142, § 3º)

Seção VII

Da Rotulagem do Sangue do Doador

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I, Seção VII)

Art. 142. É obrigatória a fixação de rótulos e etiquetas em cada unidade de sangue, que ficarão firmemente aderidos à bolsa plástica. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 143)

§ 1º Os rótulos de que trata o "caput" não serão adulterados. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 143, § 1º)

§ 2º As informações contidas nos rótulos e etiquetas finais das bolsas serão impressas de forma legível. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 143, § 2º)

Art. 143. É obrigatório o controle de rotulagem de cada unidade por duas pessoas diferentes, a menos que seja utilizada a tecnologia de código de barras ou alguma outra forma eletrônica de verificação devidamente validada. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 144)

Art. 144. A identificação das bolsas na coleta permitirá a rastreabilidade da bolsa desde a sua obtenção até o término do ato transfusional, permitindo, inclusive, a investigação de eventos adversos que eventualmente possam ocorrer durante ou após o ato transfusional. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 145)

Art. 145. A identificação das bolsas de coleta será realizada por sistema numérico ou alfanumérico, sendo acompanhada de código de barras. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 146)

Parágrafo Único. No momento da coleta, a identificação a que se refere o "caput" será feita nas bolsas principais e satélites, não devendo ser raspada, removida ou coberta posteriormente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 146, Parágrafo Único)

Art. 146. Todos os rótulos que identificam as bolsas de sangue e os tubos das amostras para testes laboratoriais terão identificação adicional por código de barras. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 147)

Art. 147. Serão incluídos no rótulo do tubo com amostra para os testes de triagem os seguintes dados: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 148)

I - nome ou sigla do serviço de hemoterapia coletor; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 148, I)

II - data da coleta; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 148, II)

III - identificação numérica ou alfanumérica da amostra. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 148, III)

Parágrafo Único. Outros sistemas de identificação não abrangidos pelos incisos I a III do "caput" poderão ser utilizados, desde que estas informações possam ser recuperadas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 148, Parágrafo Único)

Art. 148. Os rótulos dos componentes sanguíneos liberados para uso conterão as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 149)

I - nome e endereço do serviço de hemoterapia coletor; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 149, I)

II - data da coleta; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 149, II)

III - nome do componente sanguíneo; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 149, III)

IV - volume aproximado do componente sanguíneo; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 149, IV)

V - identificação numérica ou alfanumérica que permita a rastreabilidade do doador e da doação; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 149, V)

VI - nome do anticoagulante ou outra solução preservativa (exceto nos componentes obtidos por aférese); (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 149, VI)

VII - temperatura adequada para a conservação; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 149, VII)

VIII - data de vencimento do produto; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 149, VIII)

IX - o grupo ABO e RhD; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 149, IX)

X - o resultado da pesquisa de anticorpos antieritrocitários irregulares, quando esta for positiva, de preferência com o nome do anticorpo identificado; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 149, X)

XI - o resultado dos testes não reagentes para triagem de infecções transmissíveis pelo sangue; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 149, XI)

XII - a inscrição "doação autóloga", quando for o caso. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 149, XII)

Parágrafo Único. Nos componentes nos quais o tempo de armazenamento é fator crítico para a qualidade destes, será considerada a hora de coleta na determinação do prazo de vencimento. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 149, Parágrafo Único)

Art. 149. Os rótulos de componentes liberados, submetidos a procedimentos de modificação para formação de pool (concentrados de plaquetas e crioprecipitados), conterão as informações: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 150)

I - a indicação de que se trata de um pool e o número do pool; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 150, I)

II - nome do serviço de hemoterapia responsável pela preparação do pool; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 150, II)

III - grupo ABO e RhD das unidades do pool; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 150, III)

IV - volume aproximado do pool; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 150, IV)

V - data e horário de vencimento do pool. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 150, V)

§ 1º Será informado nos rótulos dos componentes de que trata o "caput", ainda, quando o mesmo for irradiado ou CMV negativo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 150, § 1º)

§ 2º O serviço de hemoterapia que preparou o pool terá um sistema que permita a rastreabilidade de todas as unidades que o compõe. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 150, § 2º)

Seção VIII

Da Conservação do Sangue e Componentes

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I, Seção VIII)

Art. 150. As câmaras de conservação em que se armazenam o sangue, os componentes sanguíneos e os hemoderivados serão apropriadas para esta finalidade e de uso exclusivo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 151)

Art. 151. É permitida a utilização da mesma câmara de conservação para armazenamento de reagentes e amostras envolvidos nos testes pré-transfusionais. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 152)

§ 1º A localização e identificação dos compartimentos serão evidentes e distintas dentro da câmara. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 152, § 1º)

§ 2º Em serviço de hemoterapia de pequeno porte, é permitida a utilização de uma mesma câmara de conservação para armazenamento dos componentes sanguíneos, reagentes e amostras, sem prejuízo do descrito no "caput". (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 152, § 2º)

Art. 152. Os componentes sanguíneos serão armazenados à temperatura que resulte ótima para sua função e para a segurança do produto, de acordo com o disposto na Seção IV do Capítulo I do Título II. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 153)

§ 1º As câmaras de conservação que são utilizadas para conservar o sangue e seus componentes terão um sistema de ventilação para circulação de ar e temperatura uniformemente distribuída em todos os compartimentos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 153, § 1º)

§ 2º É recomendável que as câmaras de conservação para concentrado de hemácias, plaquetas e plasma possuam registrador gráfico contínuo de temperatura. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 153, § 2º)

§ 3º Em situações em que não esteja disponível o recurso citado no § 2º, a verificação e o registro da temperatura serão realizados a cada 4 (quatro) horas, se os equipamentos estiverem em uso rotineiro, isto é, com abertura constante das portas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 153, § 3º)

§ 4º Em situações em que as portas estiverem permanentemente fechadas, o monitoramento pode ser feito, no máximo, a cada 12 (doze) horas, sendo obrigatória a instalação de um termômetro de registro de temperatura máxima e mínima. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 153, § 4º)

§ 5º Os registros de temperatura serão periodicamente revisados por uma pessoa qualificada. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 153, § 5º)

Art. 153. As câmaras de conservação de componentes sanguíneos terão sistema de alarme sonoro e visual que serão ativados a uma temperatura que permita a execução das condutas apropriadas para evitar que o sangue e os componentes sofram danos devido a temperaturas incorretas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 154)

§ 1º As câmaras de conservação de concentrados de hemácias e plaquetas serão dotadas de alarmes de alta e de baixa temperatura. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 154, § 1º)

§ 2º As câmaras de conservação de plasma não precisam de alarmes de baixa temperatura. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 154, § 2º)

Art. 154. No serviço de hemoterapia haverá planos de contingência com procedimentos escritos, facilmente disponíveis, que contenham instruções sobre como proceder em casos de cortes de energia elétrica ou em casos de defeitos na cadeia do frio. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 155)

Seção IX

Da Doação de Componentes por Aférese

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I, Seção IX)

Art. 155. Aplicam-se à seleção e ao cuidado dos doadores por aférese as normas estabelecidas para a doação de sangue total. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 156)

Parágrafo Único. A coleta de granulócitos, linfócitos e células progenitoras hematopoiéticas por aférese será precedida de avaliação médica. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 156, Parágrafo Único)

Art. 156. A coleta por aférese em doadores que não cumpram os requisitos habituais só será realizada se o componente a ser coletado tiver uma aplicação especial para um determinado receptor, e se um hemoterapeuta autorizar formalmente o procedimento. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 157)

Parágrafo Único. Os procedimentos de aférese serão realizados com uso de equipamentos próprios para este fim. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 157, Parágrafo Único)

Art. 157. Para realizar a doação por aférese, o doador deve concordar com o procedimento por meio da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 158)

§ 1º Para o cumprimento do disposto no "caput", serão aplicadas as regras estabelecidas no art. 32. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 158, § 1º)

§ 2º O termo de consentimento para a doação por aférese explicará, de maneira clara: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 158, § 2º)

I - o procedimento de coleta; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 158, § 2º, I)

II - as possíveis complicações; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 158, § 2º, II)

III - os riscos para o doador. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 158, § 2º, III)

Art. 158. O médico hemoterapeuta será o responsável pelo procedimento de aférese. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 159)

Parágrafo Único. Durante o procedimento de aférese, o doador será acompanhado pela equipe do serviço de hemoterapia, que disporá de cuidados médicos de emergência para o caso de reações adversas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 159, Parágrafo Único)

Art. 159. O volume sanguíneo extracorpóreo não deve superar 15% da volemia do doador. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 160)

Art. 160. A doação de plasma por aférese poderá ser feita em situações especiais, com o objetivo de suprir a necessidade transfusional de determinados pacientes. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 161)

§ 1º O intervalo mínimo entre duas plasmaféreses em um doador é de 48 (quarenta e oito) horas, podendo um mesmo doador realizar doações, no máximo, 2 (duas) vezes em um período de 7 (sete) dias e 4 (quatro) vezes em um período de 2 (dois) meses. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 161, § 1º)

§ 2º Depois da quarta doação efetuada em menos de 60 (sessenta) dias, haverá um intervalo de, no mínimo, 2 (dois) meses até a doação subsequente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 161, § 2º)

§ 3º O número máximo anual de doações de plasma por aférese, por doador, não será maior que 12 (doze). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 161, § 3º)

§ 4º A dosagem de proteína total sérica e de IgG e IgM serão monitoradas em intervalos de 4 (quatro) meses para doadores em que o intervalo entre as doações seja inferior a 4 (quatro) semanas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 161, § 4º)

§ 5º O volume de plasma por coleta não excederá 10 mL por Kg de peso até o máximo de 600 mL. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 161, § 5º)

§ 6º Se um doador de plasma por aférese doar uma unidade de sangue total, ou se a perda de hemácias durante o procedimento for superior a 200 mL, devem transcorrer, pelo menos, 8 (oito) semanas antes que um novo procedimento de plasmaférese seja realizado. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 161, § 6º)

Art. 161. O serviço de hemoterapia que possui programa de doação de plasma por aférese para obtenção de matéria-prima para produção de componentes sanguíneos especiais e hemoderivados obedecerá a todos os requisitos definidos neste Anexo para seleção do doador e coleta de sangue. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 162)

§ 1º O serviço de hemoterapia manterá cadastro especial de doadores que se encontrem na condição descrita no "caput". (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 162, § 1º)

§ 2º O doador de plasma por aférese para fins industriais receberá todas as informações referentes ao procedimento a que será submetido. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 162, § 2º)

§ 3º A ciência e consentimento especial do doador serão registrados para o fim proposto no "caput". (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 162, § 3º)

Art. 162. Será realizada a contagem de plaquetas em todos os candidatos à doação por plaquetaférese. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 163)

§ 1º A contagem de plaquetas a que se refere o "caput" será realizada no dia da doação ou nos 3 (três) dias que a antecedem, desde que não tenha havido outra doação de plaquetas no período. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 163, § 1º)

§ 2º O candidato a doador não deve ser submetido a uma plaquetaférese se a sua contagem de plaquetas for inferior a 150 x 10e3 plaquetas/µL. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 163, § 2º)

§ 3º A estimativa de contagem de plaquetas do doador no final do procedimento de coleta não pode ser inferior a 100 x 10e3 plaquetas/µL. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 163, § 3º)

§ 4º O intervalo mínimo entre duas plaquetaféreses em um doador é de 48 (quarenta e oito) horas, podendo um mesmo doador realizar doações, no máximo, 4 (quatro) vezes por mês e 24 (vinte quatro) vezes por ano. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 163, § 4º)

§ 5º Se um doador de plaquetas por aférese doar uma unidade de sangue total, ou se a perda de hemácias durante o procedimento for superior a 200 mL, deverão transcorrer, pelo menos, 4 (quatro) semanas antes que um novo procedimento de plaquetaférese seja realizado. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 163, § 5º)

Art. 163. A coleta de leucócitos por leucocitaférese será objeto de protocolo especialmente elaborado pelo serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 164)

§ 1º É permitida a utilização de agentes mobilizadores de granulócitos, tais como G-CSF e/ou corticosteroides, quando não contraindicados, e de agentes hemossedimentantes nos doadores que deverão estar especificados no protocolo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 164, § 1º)

§ 2º A coleta de que trata o "caput" só poderá ser feita se a contagem de leucócitos no doador for superior a 5,0 x 10e3/µL. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 164, § 2º)

§ 3º É obrigatória a realização de contagem de granulócitos em todos os concentrados de granulócitos coletados. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 164, § 3º)

§ 4º Serão incluídos no termo de consentimento livre e esclarecido para coleta de granulócitos as complicações e riscos relacionados ao uso das medicações mobilizadoras e do agente hemossedimentante. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 164, § 4º)

§ 5º A seleção de doadores de linfócitos seguirá critérios específicos e pré-definidos em protocolo terapêutico de transplante de células progenitoras alogênicas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 164, § 5º)

Art. 164. A coleta de múltiplos componentes por aférese será objeto de protocolo especial a ser elaborado pelo serviço de hemoterapia, e poderá ser realizada através das seguintes opções: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 165)

I - 1 (um) concentrado de plaquetas com, no mínimo, 3,0 x 10e11 plaquetas e um concentrado de hemácias, com no mínimo 45g de hemoglobina; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 165, I)

II - 2 (duas) unidades de concentrados de hemácias, cada uma com, no mínimo, 45g de hemoglobina. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 165, II)

§ 1º Para a coleta de que trata o inciso I do "caput", serão observados os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 165, § 1º)

I - o intervalo mínimo entre cada doação e o número máximo de coletas por ano são os mesmos estabelecidos para a doação de sangue total; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 165, § 1º, I)

II - o doador deve ter contagem de plaquetas igual ou superior a 150 x 10e3/µL, dosagem de hemoglobina superior a 13g/dL e peso superior a 60 kg; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 165, § 1º, II)

III - o volume total dos componentes coletados deve ser inferior a 8 mL/kg de peso do doador do sexo feminino e 9 mL/kg do sexo masculino. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 165, § 1º, III)

§ 2º Para a coleta de que trata o inciso II do "caput", serão observados os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 165, § 2º)

I - o doador deve pesar, no mínimo, 70 kg, e ter uma dosagem de hemoglobina superior a 14g/dL; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 165, § 2º, I)

II - o intervalo mínimo entre as doações será de 4 (quatro) meses para os homens e de 6 (seis) meses para as mulheres; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 165, § 2º, II)

III - o volume total dos componentes coletados deve ser inferior a 8 mL/kg de peso do doador do sexo feminino e 9 mL/kg do sexo masculino. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 165, § 2º, III)

Art. 165. Os doadores de componentes sanguíneos por aférese serão submetidos aos mesmos exames de qualificação do doador de sangue total, além dos exames específicos para cada tipo de doação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 166)

§ 1º Os exames de triagem laboratorial para infecções transmissíveis pelo sangue serão realizados em amostra colhida no mesmo dia do procedimento. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 166, § 1º)

§ 2º Para coleta de granulócitos, linfócitos e células progenitoras hematopoiéticas, os exames de que trata o "caput" poderão ser realizados em amostras colhidas até 72 (setenta e duas) horas antes da doação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 166, § 2º)

Art. 166. Será mantido registro de cada procedimento de aférese, no qual constará as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 167)

I - a identidade do doador; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 167, I)

II - o tipo de componente sanguíneo(s) produzido(s); (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 167, II)

III - o volume de componente(s) produzido(s); (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 167, III)

IV - o anticoagulante empregado; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 167, IV)

V - a duração da coleta; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 167, V)

VI - as drogas administradas e respectivas doses; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 167, VI)

VII - as reações adversas ocorridas durante a coleta e o tratamento aplicado. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 167, VII)

Art. 167. A aférese terapêutica será efetuada apenas mediante a solicitação escrita do médico do paciente e com a concordância do médico hemoterapeuta. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 168)

§ 1º O médico hemoterapeuta responsável pelo procedimento determinará o volume de sangue a ser processado, a frequência do procedimento e a necessidade de cuidados especiais. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 168, § 1º)

§ 2º O serviço de hemoterapia terá protocolo escrito para a execução dos procedimentos de aférese terapêutica, descrevendo a metodologia empregada. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 168, § 2º)

§ 3º Os registros do procedimento serão mantidos e conterão as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 168, § 3º)

I - a identificação do paciente; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 168, § 3º, I)

II - o diagnóstico; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 168, § 3º, II)

III - o tipo de procedimento terapêutico; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 168, § 3º, III)

IV - o método empregado; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 168, § 3º, IV)

V - o volume sanguíneo extracorpóreo processado; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 168, § 3º, V)

VI - o tipo e quantidade do componente removido ou tratado; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 168, § 3º, VI)

VII - o tipo e quantidade dos líquidos utilizados; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 168, § 3º, VII)

VIII - qualquer reação adversa ocorrida e medicação administrada. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 168, § 3º, VIII)

§ 4º Aplicam-se à aférese terapêutica os cuidados de emergência estabelecidos no art. 158, os quais poderão ser acrescidos por outros em função do quadro clínico de cada paciente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 168, § 4º)

Seção X

Da Transfusão Sanguínea

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I, Seção X)

Art. 168. As solicitações para transfusão de sangue ou componentes serão feitas exclusivamente por médicos, em formulário de requisição específico que contenha informações suficientes para a correta identificação do receptor. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 169)

§ 1º Devem constar no formulário de que trata o "caput", no mínimo, os seguintes dados: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 169, § 1º)

I - nome completo do paciente sem abreviaturas; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 169, § 1º, I)

II - data de nascimento; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 169, § 1º, II)

III - sexo; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 169, § 1º, III)

IV - idade; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 169, § 1º, IV)

V - número do prontuário ou registro do paciente; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 169, § 1º, V)

VI - número do leito (no caso de paciente internado); (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 169, § 1º, VI)

VII - diagnóstico; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 169, § 1º, VII)

VIII - componente sanguíneo solicitado (com o respectivo volume ou quantidade); (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 169, § 1º, VIII)

IX - modalidade da transfusão; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 169, § 1º, IX)

X - resultados laboratoriais que justifiquem a indicação do componente sanguíneo; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 169, § 1º, X)

XI - data; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 169, § 1º, XI)

XII - dados do médico solicitante (nome completo, assinatura e número do CRM); (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 169, § 1º, XII)

XIII - peso do paciente (quando indicado); e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 169, § 1º, XIII)

XIV - antecedentes transfusionais, gestacionais e de reações à transfusão quando relatados pelo paciente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 169, § 1º, XIV)

§ 2º Não serão aceitas pelo serviço de hemoterapia requisições de transfusão fora dos padrões descritos no § 1º, incompletas, ilegíveis ou rasuradas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 169, § 2º)

§ 3º Em situação clinicamente justificável, a requisição de transfusão poderá ser aceita conforme protocolo estabelecido pelo serviço de hemoterapia, não eximida a necessidade de coletar as informações previstas no § 1º na sequência do evento transfusional. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 169, § 3º)

§ 4º As instituições de assistência à saúde e os serviços de hemoterapia que disponham de tecnologia para emissão de prontuário eletrônico poderão estabelecer rotinas para prescrição eletrônica de componentes sanguíneos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 169, § 4º)

Art. 169. São as modalidades de transfusão: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 170)

I - programada para determinado dia e hora; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 170, I)

II - de rotina a se realizar dentro das 24 (vinte e quatro) horas; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 170, II)

III - de urgência a se realizar dentro das 3 (três) horas; ou (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 170, III)

IV - de emergência quando o retardo da transfusão puder acarretar risco para a vida do paciente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 170, IV)

Parágrafo Único. As transfusões serão realizadas, preferencialmente, no período diurno. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 170, Parágrafo Único)

Art. 170. Na hipótese de transfusão de urgência ou emergência, a liberação de sangue total ou concentrado de hemácias antes do término dos testes pré-transfusionais poderá ser feita, desde que obedecidas às seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 171)

I - o quadro clínico do paciente justifique a emergência, isto é, quando o retardo no início da transfusão coloque em risco a vida do paciente; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 171, I)

II - existência de procedimento escrito no serviço de hemoterapia, estipulando o modo como esta liberação será realizada; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 171, II)

III - termo de responsabilidade assinado pelo médico responsável pelo paciente no qual afirme expressamente o conhecimento do risco e concorde com o procedimento; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 171, III)

IV - as provas pré-transfusionais devem ser finalizadas, mesmo que a transfusão já tenha sido completada. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 171, IV)

§ 1º A indicação de transfusões de emergência deve ser previamente definida em protocolo elaborado pelo Comitê Transfusional da instituição de assistência à saúde em que esta ocorrerá, sem prejuízo do disposto no inciso II do "caput". (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 171, § 1º)

§ 2º O médico solicitante deve estar ciente dos riscos das transfusões de urgência ou emergência e será responsável pelas consequências do ato transfusional, se esta situação houver sido criada por seu esquecimento, omissão ou pela indicação da transfusão sem aprovação prévia nos protocolos definidos pelo Comitê Transfusional. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 171, § 2º)

§ 3º Se não houver amostra do paciente no serviço de hemoterapia, esta será colhida assim que possível. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 171, § 3º)

§ 4º Nos casos de transfusão na modalidade de emergência, em que não houver tempo para tipagem do sangue do receptor, é recomendável o uso de hemácias O RhD negativo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 171, § 4º)

§ 5º Na hipótese de ocorrência do disposto no § 4º, caso não haja o tipo de sangue em estoque suficiente no serviço de hemoterapia, poderá ser usado O RhD positivo, sobretudo em pacientes do sexo masculino ou em pacientes de qualquer sexo com mais de 45 (quarenta e cinco) anos de idade. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 171, § 5º)

§ 6º As amostras de pacientes submetidos a transfusão de emergência devem ser colhidas antes da transfusão ou pelo menos antes da administração de grande quantidade de componentes sanguíneos, pois isto pode comprometer o resultado dos testes pré-transfusionais. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 171, § 6º)

§ 7º A equipe médica deve observar que na maioria das emergências é possível realizar a tipagem ABO do receptor, possibilitando o uso de sangue isogrupo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 171, § 7º)

§ 8º Em situações de emergências concomitantes, recomendam-se cuidados adicionais na identificação dos pacientes e preconiza-se a utilização de hemácias O, reduzindo, assim, o risco de incompatibilidade ABO por erro de identificação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 171, § 8º)

§ 9º Constará dos rótulos dos componentes sanguíneos, de forma clara, a informação de que foram liberados sem a finalização dos testes pré-transfusiosnais, quando for o caso. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 171, § 9º)

§ 10. A opção pelo tipo sanguíneo a ser transfundido nas situações de emergência fará parte de protocolo específico mencionado no inciso II do "caput", a ser mantido por cada serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 171, § 10)

Art. 171. O envio do componente sanguíneo não implica a interrupção dos testes pré-transfusionais, que continuarão sendo realizados. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 172)

Parágrafo Único. Em caso de anormalidade nos testes de que trata o "caput", o médico assistente será imediatamente notificado, e a decisão sobre a suspensão ou continuação da transfusão será tomada em conjunto com o médico do serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 172, Parágrafo Único)

Art. 172. A liberação de uma unidade de sangue ou componente sanguíneo para estoque em outro serviço de hemoterapia será feita: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 173)

I - para serviço de hemoterapia que tenha contrato, convênio ou termo de compromisso com o serviço de hemoterapia distribuidor, definindo as responsabilidades entre as partes, para o fornecimento de unidades de sangue ou componentes sanguíneos; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 173, I)

II - mediante solicitação por escrito do médico do serviço de hemoterapia ao qual se destina, com aposição de sua assinatura, nome legível e CRM do solicitante; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 173, II)

III - após verificação das condições de segurança necessárias para o correto acondicionamento e transporte do produto; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 173, III)

IV - respeitados os demais critérios para a liberação de sangue e componentes sanguíneos citados neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 173, IV)

Parágrafo Único. O serviço de hemoterapia que receber uma unidade de sangue ou componente sanguíneo de outro serviço de hemoterapia registrará o recebimento, obedecendo aos mesmos critérios estabelecidos para a sua liberação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 173, Parágrafo Único)

Art. 173. Em relação às amostras de sangue para testes pré-transfusionais, todos os tubos devem ser rotulados no momento da coleta, com o nome completo do receptor sem abreviaturas, seu número de identificação, identificação do coletador e data da coleta, sendo recomendável a identificação por código de barras ou etiqueta impressa. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 174)

Parágrafo Único. Tubos que não estejam corretamente identificados não serão aceitos pelo serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 174, Parágrafo Único)

Art. 174. As amostras usadas para os testes pré-transfusionais serão coletadas para este fim específico, tendo uma validade de até 72 (setenta e duas) horas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 175)

Art. 175. Antes que uma amostra de sangue seja utilizada para realizar os testes pré-transfusionais, será confirmado se os dados contidos na solicitação transfusional estão de acordo com os dados que constam do tubo da amostra. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 176)

Parágrafo Único. Em casos de dúvidas ou discrepâncias, será obtida uma nova amostra. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 176, Parágrafo Único)

Art. 176. Os testes pré-transfusionais incluirão: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 177)

I - para sangue total e concentrado de hemácias: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 177, I)

a) a tipagem ABO (direta e reversa) e RhD e a pesquisa de anticorpos antieritrocitários irregulares no sangue do receptor; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 177, I, a)

b) a retipagem ABO (direta) e RhD do componente sanguíneo; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 177, I, b)

c) a realização de uma prova de compatibilidade entre as hemácias do doador e o soro ou plasma do receptor (prova de compatibilidade maior), nos casos especificados no art. 178; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 177, I, c)

II - para concentrado de granulócitos: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 177, II)

a) a tipagem ABO (direta e reversa) e RhD e a pesquisa de anticorpos antieritrocitários irregulares no sangue do receptor; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 177, II, a)

b) a retipagem ABO (direta) e RhD do sangue do doador (amostra coletada no dia de coleta do concentrado de granulócitos); e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 177, II, b)

c) a realização de prova de compatibilidade entre as hemácias do doador (amostra coletada no dia da coleta do concentrado de granulócitos) e o soro ou plasma do receptor (prova de compatibilidade maior), nos casos especificados no art. 178; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 177, II, c)

III - para concentrado de plaquetas: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 177, III)

a) a tipagem ABO (direta e reversa) e RhD no sangue do receptor; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 177, III, a)

b) a pesquisa de anticorpos antieritrocitários irregulares no sangue do receptor; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 177, III, b)

IV - para plasma e crioprecipitado: tipagem ABO (direta e reversa) e RhD no sangue do receptor. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 177, IV)

Parágrafo Único. Na repetição dos testes no sangue do doador, serão observados os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 177, Parágrafo Único)

I - a tipagem ABO será repetida em todos os componentes eritrocitários a serem compatibilizados usando uma amostra obtida de um segmento do tubo-coletor da bolsa; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 177, Parágrafo Único, I)

II - a repetição da tipagem RhD será realizada em bolsas rotuladas como "RhD negativo"; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 177, Parágrafo Único, II)

III - não é necessário repetir o teste para pesquisa do antígeno D fraco da bolsa de componentes sanguíneos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 177, Parágrafo Único, III)

Art. 177. Nos exames de sangue do receptor, a tipagem ABO e RhD e a pesquisa de anticorpos antieritrocitários irregulares serão realizadas nas amostras de sangue do receptor de componentes eritrocitários. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 178)

§ 1º Se nos 3 (três) meses que antecedem a transfusão, o paciente tiver sido transfundido com sangue ou componentes contendo hemácias (concentrados de hemácias, concentrados de plaquetas e concentrados de granulócitos) ou tiver história de gestação, as amostras para os testes pré-transfusionais serão obtidas dentro das 72 (setenta e duas) horas que antecedem o ato transfusional. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 178, § 1º)

§ 2º A conduta estabelecida no § 1º será aplicada mesmo na falta de informações fidedignas acerca dos antecedentes. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 178, § 2º)

§ 3º A tipagem ABO será realizada testando-se as hemácias com reagentes anti-A, anti-B e anti-AB. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 178, § 3º)

§ 4º Na hipótese do § 3º, caso sejam usados antissoros monoclonais, a utilização do soro anti-AB não é obrigatória. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 178, § 4º)

§ 5º A tipagem reversa sempre será realizada, testando-se o soro ou plasma com suspensão de hemácias conhecidas A1 e B e, opcionalmente, A2 e O. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 178, § 5º)

§ 6º Nenhum resultado de tipagem ABO será concluído até a resolução das discrepâncias entre a tipagem direta e reversa. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 178, § 6º)

§ 7º O antígeno RhD será determinado colocando-se as hemácias com antissoro anti-RhD (anti-D). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 178, § 7º)

§ 8º Paralelamente ao estabelecido no § 7º, sempre será efetuado um controle da tipagem RhD, utilizando-se soro-controle compatível com o antissoro utilizado e do mesmo fabricante do anti-D. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 178, § 8º)

§ 9º No caso de utilização de antissoros anti-D produzidos em meio salino o uso do soro-controle na reação é dispensável. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 178, § 9º)

§ 10. Se a reação com o soro-controle RhD for positiva, decorrente da presença eventual de anticorpos aderidos às hemácias ou proteínas séricas anormais, a tipagem RhD é considerada inválida e pode ser definida empregando-se antissoro anti-D produzido em meio salino. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 178, § 10)

§ 11. Se a reação for negativa para a presença do antígeno RhD, recomenda-se a realização da pesquisa do antígeno D-fraco. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 178, § 11)

§ 12. Se a pesquisa de que trata o § 11 não for realizada, o paciente será considerado RhD negativo para fins transfusionais. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 178, § 12)

§ 13. Quando a tipagem RhD ou a pesquisa do antígeno D-fraco resultar positiva, o paciente pode ser considerado "RhD-positivo". (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 178, § 13)

§ 14. Quando ambas as provas resultarem negativas, o paciente será considerado "RhD-negativo". (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 178, § 14)

§ 15. Recomenda-se a utilização de um antissoro monoclonal que detecta o antígeno D parcial categoria VI (DVI+ / positivo) e um antissoro que não detecta o antígeno D parcial categoria VI (DVI- / negativo). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 178, § 15)

§ 16. Na hipótese do § 15, quando houver discrepância nos resultados entre os dois antissoros utilizados, deve-se investigar a presença dos antígenos D-fraco e D parcial na amostra. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 178, § 16)

§ 17. Em pacientes "RhD-negativo" recomenda-se ser realizada a pesquisa dos antígenos C (maiúsculo) e E (maiúsculo). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 178, § 17)

§ 18. Recomenda-se a realização da fenotipagem para os antígenos eritrocitários no sangue do receptor, dos sistemas Rh (E, e, C, c), Kell (K), Duffy (Fya, Fyb), Kidd (Jka, Jkb) e MNS (S, s), para pacientes aloimunizados contra antígenos eritrocitários ou que estão ou poderão entrar em esquema de transfusão crônica, com o objetivo de auxiliar a identificação de possíveis anticorpos antieritrocitários irregulares. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 178, § 18)

§ 19. Nos casos abrangidos pelo § 18, recomenda-se a realização de transfusões fenótipo compatível, quando possível. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 178, § 19)

§ 20. A pesquisa de anticorpos antieritrocitários irregulares será realizada obedecendo aos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 178, § 20)

I - os métodos usados para pesquisa de anticorpos antieritrocitários irregulares no soro ou plasma devem ser capazes de detectar anticorpos clinicamente significativos e devem incluir incubação a 37 °C e o uso do soro antiglobulina humana (anti-IgG ou poliespecífico); e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 178, § 20, I)

II - para evitar resultados falsos negativos nas técnicas em tubo na fase da antiglobulina, será utilizado um reagente controle contendo hemácias sensibilizadas com anticorpos IgG. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 178, § 20, II)

Art. 178. Será realizado teste de compatibilidade entre o sangue do receptor e amostras das bolsas a serem utilizadas no ato transfusional. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 179)

§ 1º A prova de compatibilidade maior será realizada antes da administração de sangue total ou concentrado de hemácias utilizando-se hemácias obtidas do tubo coletor da bolsa a ser transfundida e o soro ou plasma do receptor. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 179, § 1º)

§ 2º Se a pesquisa de anticorpos antieritrocitários irregulares for negativa e não existirem antecedentes transfusionais ou gestacionais, a fase da antiglobulina do teste de compatibilidade poderá ser omitida. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 179, § 2º)

§ 3º Quando a pesquisa de anticorpos antieritrocitários irregulares mostrar resultados positivos, recomenda-se a identificação da especificidade do(s) anticorpo(s) detectado(s) para seleção segura de concentrados de hemácias fenotipados a serem transfundidos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 179, § 3º)

§ 4º Se o serviço não realizar a identificação de que trata o §3º, recomenda-se que amostras do paciente sejam encaminhadas a um serviço de imuno-hematologia eritrocitário de referência para completar a investigação laboratorial. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 179, § 4º)

§ 5º Quando os resultados dos testes pré-transfusionais demonstrarem que não há concentrado de hemácias compatível para o receptor, o serviço de hemoterapia comunicará este fato ao médico solicitante e, em conjunto com este, realizará a avaliação clínica do paciente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 179, § 5º)

§ 6º A decisão de transfundir concentrado de hemácias incompatível será justificada por escrito, em termo assinado pelo hemoterapeuta e/ou pelo médico assistente do paciente e, quando possível, pelo paciente ou seu responsável legal. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 179, § 6º)

Art. 179. O serviço de hemoterapia que realiza atendimento de emergência terá protocolo escrito que defina a sua conduta nas transfusões maciças. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 180)

§ 1º Para efeito deste Anexo, entende-se por transfusão maciça: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 180, § 1º)

I - paciente que tiver recebido uma quantidade de sangue total ou concentrado de hemácias aproximadamente igual à sua volemia em período inferior a 24 (vinte e quatro) horas; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 180, § 1º, I)

II - paciente que tiver recebido uma quantidade de sangue total ou concentrado de hemácias superior a 10 unidades em período inferior a 24 (vinte e quatro) horas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 180, § 1º, II)

§ 2º A reposição de componentes sanguíneos deve ser indicada à medida que se identificam alterações específicas por meio de avaliação clínica e laboratorial ou baseada em protocolos pré-estabelecidos pela instituição. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 180, § 2º)

§ 3º Os testes pré-transfusionais poderão ser abreviados após a troca de uma volemia sanguínea. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 180, § 3º)

Art. 180. O serviço de hemoterapia abrirá registro para cada receptor de transfusão, o qual conterá todas as informações relativas aos exames pré-transfusionais, antecedentes de reações adversas à transfusão, data das transfusões e relação dos componentes sanguíneos transfundidos, com os respectivos tipos e identificação.(Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 181)

Parágrafo Único. O registro de que trata o "caput" será consultado e atualizado a cada transfusão e a cada exame imuno-hematológico realizado. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 181, Parágrafo Único)

Art. 181. O sangue total e os concentrados de hemácias serão ABO compatíveis. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 182)

§ 1º Os receptores "RhD-positivo" poderão receber sangue total ou concentrado de hemácias "RhD-positivo" ou "RhD-negativo". (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 182, § 1º)

§ 2º Os receptores "RhD-negativo" receberão sangue total ou hemácias "RhD-negativo", exceto em circunstâncias justificadas e desde que não apresentem sensibilização prévia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 182, § 2º)

§ 3º Quando um receptor apresentar anticorpos antieritrocitários irregulares clinicamente significativos nos testes dispostos no art. 177, § 20, ou tiver antecedentes de presença de tais anticorpos, o sangue total ou concentrado de hemácias a serem transfundidos serão compatíveis e não possuirão os antígenos correspondentes.(Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 182, § 3º)

§ 4º Na hipótese do § 3º, recomenda-se a profilaxia para aloimunização contra outros antígenos utilizando-se concentrados de hemácias fenotipadas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 182, § 4º)

§ 5º Para pacientes que não apresentam anticorpos antieritrocitários que estão ou poderão entrar em esquema de transfusão crônica, recomenda-se a utilização de concentrado de hemácias fenotipadas compatíveis, principalmente para os sistemas mais imunogênicos (Rh, Kell, Duffy, Kidd e MNS), sob avaliação médica.(Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 182, § 5º)

§ 6º As transfusões de plasma devem ser ABO compatíveis com as hemácias do receptor e não necessitam de provas de compatibilidade. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 182, § 6º)

§ 7º As transfusões de crioprecipitado não necessitam de provas de compatibilidade e, em crianças de até 10 (dez) anos ou 35 kg, serão isogrupo ou ABO compatíveis. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 182, § 7º)

§ 8º O plasma contido nos concentrados de plaquetas será ABO compatível com as hemácias do receptor. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 182, § 8º)

§ 9º Caso não seja possível o cumprimento do determinado no § 8º, recomenda-se avaliar o volume de plasma do componente sanguíneo e a presença de anti-A e anti-B de relevância clínica (hemolisina) na decisão de transfundir concentrado de plaquetas não isogrupo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 182, § 9º)

§ 10. As hemácias presentes nos concentrados de granulócitos serão ABO compatíveis com o plasma do receptor. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 182, § 10)

§ 11. Para as transfusões de concentrados de granulócitos colhidos em doadores estimulados pelo G-CSF, será feita uma prova de compatibilidade maior com o soro do receptor e as hemácias do doador antes de se iniciar a administração do G-CSF ao doador. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 182, § 11)

§ 12. Na hipótese do § 11, caso a prova de compatibilidade resulte incompatível, a doação não deve ser efetuada. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 182, § 12)

§ 13. O médico do serviço de hemoterapia pode suspender ou modificar uma transfusão quando considerá-la desnecessária, registrando de maneira clara a alteração e os motivos desta decisão. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 182, § 13)

Art. 182. Na amostra pré-transfusional inicial para transfusão em neonatos e crianças de até 4 (quatro) meses de vida será realizada a tipagem ABO direta. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 183)

§ 1º Não será realizada a tipagem reversa. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 183, § 1º)

§ 2º O antígeno RhD será determinado colocando-se as hemácias com antissoro anti-RhD (Anti-D). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 183, § 2º)

§ 3º Paralelamente ao procedimento disposto no § 2º, será efetuado o controle da tipagem RhD através de soro controle compatível com o antissoro utilizado e do mesmo fabricante do anti-D. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 183, § 3º)

§ 4º No caso de utilização de antissoros anti-D produzido em meio salino, o uso do soro controle na reação será dispensável. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 183, § 4º)

§ 5º Se a reação com o soro-controle RhD for positiva, decorrente da presença de alo-anticorpos maternos aderidos às hemácias do recém-nascido, a tipagem RhD será considerada inválida e poderá ser definida empregando-se antissoro anti-D produzido em meio salino. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 183, § 5º)

§ 6º Se as hemácias selecionadas para transfusão não forem do grupo O, será investigada, no soro ou plasma do neonato e das crianças até 4 (quatro) meses de vida, a presença de anti-A ou anti-B, com métodos que incluam uma fase de antiglobulina. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 183, § 6º)

§ 7º O teste a que se refere o § 6º não precisa ser realizado se houver disponibilidade de uma amostra do sangue da mãe para tipagem ABO e se a tipagem ABO da mãe for a mesma do recém-nascido. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 183, § 7º)

§ 8º Se ocorrer detecção da presença de anti-A ou anti-B, será transfundido concentrado de hemácias "O" até que o anticorpo deixe de ser demonstrável no soro do neonato ou das crianças com até 4 (quatro) meses de vida. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 183, § 8º)

§ 9º Na amostra pré-transfusional inicial, será realizada a pesquisa de anticorpos antieritrocitários irregulares utilizando-se, preferencialmente, o soro da mãe ou eluato do recém-nascido. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 183, § 9º)

§ 10. Se a pesquisa de anticorpos irregulares for negativa, não será necessário compatibilizar as hemácias para a primeira transfusão nem para as transfusões subsequentes dentro do período neonatal, desde que as hemácias sejam do grupo "O". (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 183, § 10)

§ 11. Se a pesquisa de anticorpos irregulares demonstrar a presença de anticorpos clinicamente significativos, a transfusão será feita com unidades que não contenham os antígenos correspondentes. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 183, § 11)

§ 12. As unidades a que se refere o § 11 devem ser compatibilizadas com soro do neonato ou com soro da sua mãe. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 183, § 12)

§ 13. Os neonatos não serão transfundidos com sangue total, plasma ou outros componentes sanguíneos que contenham anticorpos irregulares clinicamente significativos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 183, § 13)

§ 14. A transfusão de componentes celulares em recém-nascidos com menos de 1.200 g de peso será feita com produtos desleucocitados ou não reagentes para CMV. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 183, § 14)

Art. 183. Em caso de exsanguíneo transfusão, para a seleção do componente sanguíneo, será utilizado em recém-nascidos sangue total colhido há menos de 5 (cinco) dias. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 184)

§ 1º Caso não haja disponibilidade de sangue recente, será utilizado sangue colhido há mais de 5 (cinco) dias, sendo, para isto, necessária uma autorização escrita do médico assistente e do médico do serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 184, § 1º)

§ 2º É recomendado o uso de plasma compatível com as hemácias do paciente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 184, § 2º)

§ 3º Os casos de incompatibilidade pelo sistema Rh ou por outros sistemas, as hemácias serão compatíveis com o soro da mãe e desprovidas do(s) antígeno(s) contra o(s) qual (is) a mãe está imunizada. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 184, § 3º)

§ 4º Nos exames imuno-hematológicos, serão realizados, rotineiramente, a tipagem ABO e RhD, a pesquisa de D fraco e o teste direto da antiglobulina humana nos recém-nascidos de mães RhD negativo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 184, § 4º)

§ 5º Na transfusão intrauterina serão utilizados concentrados de hemácias do grupo "O" compatíveis com os anticorpos maternos e componentes desleucocitados ou não reagentes para CMV irradiados. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 184, § 5º)

Seção XI

Da Liberação de Sangue para Transfusão

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I, Seção XI)

Art. 184. Será afixado, em toda bolsa de componente sanguíneo a ser transfundida, um cartão de transfusão (rótulo ou etiqueta) que indique: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 185)

I - o nome completo do receptor; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 185, I)

II - a instituição de assistência à saúde, enfermaria ou leito em que se encontra o receptor; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 185, II)

III - o registro e a tipagem ABO e RhD do receptor; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 185, III)

IV - o número de identificação da bolsa de componente sanguíneo e sua tipagem ABO e RhD; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 185, IV)

V - a conclusão do teste de compatibilidade maior; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 185, V)

VI - a data do envio do componente sanguíneo para a transfusão; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 185, VI)

VII - o nome do responsável pela realização dos testes pré-transfusionais e pela liberação do componente sanguíneo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 185, VII)

Art. 185. Serão conservadas a 4 ± 2 °C, durante pelo menos 3 (três) dias após a transfusão, uma amostra do concentrado de hemácias (segmento do tubo coletor) e uma amostra de soro ou plasma do receptor (retenção de amostras de sangue e componentes sanguíneos). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 186)

Art. 186. Serão avaliados, antes da liberação para a transfusão, o aspecto do componente sanguíneo e o respectivo cartão de transfusão. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 187)

§ 1º Na avaliação de que trata o "caput", serão verificados: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 187, § 1º)

I - a coloração; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 187, § 1º, I)

II - a integridade do sistema; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 187, § 1º, II)

III - a presença de hemólise ou de coágulos; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 187, § 1º, III)

IV - a data de validade. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 187, § 1º, IV)

§ 2º O componente sanguíneo não será liberado na constatação, através da avaliação de que trata o "caput", de anormalidades ou se não contiver no cartão de transfusão as informações necessárias. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 187, § 2º)

Art. 187. O cartão de transfusão do componente sanguíneo conterá, ainda, as seguintes instruções de procedimento ao transfusionista: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 188)

I - identificar adequadamente o receptor; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 188, I)

II - transfundir somente mediante prescrição médica; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 188, II)

III - conferir os resultados dos exames que aparecem no rótulo da bolsa; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 188, III)

IV - utilizar equipo de infusão específico para transfusão; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 188, IV)

V - não adicionar e nem infundir conjuntamente com medicamentos ou soluções não isotônicas; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 188, V)

VI - verificar e informar o serviço de hemoterapia sobre qualquer efeito adverso imediato. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 188, VI)

Art. 188. Os componentes liberados para transfusão, mas não utilizados, podem ser reintegrados ao estoque se as condições de transporte e armazenamento forem conhecidas e adequadas, sendo que tais componentes devem ser submetidos à inspeção visual antes da reintegração. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 189)

§ 1º Não serão reintegradas ao estoque unidades violadas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 189, § 1º)

§ 2º O profissional do serviço de hemoterapia que receber a devolução de uma bolsa de componente sanguíneo não utilizada deverá inspecioná-la, retirar a identificação do receptor e registrar a devolução. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 189, § 2º)

§ 3º São condições indispensáveis para que o componente sanguíneo possa ser reintegrado ao estoque: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 189, § 3º)

I - o sistema de acondicionamento não estar aberto; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 189, § 3º, I)

II - o componente ter sido mantido em temperatura apropriada durante todo o tempo de permanência fora do serviço de hemoterapia; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 189, § 3º, II)

III - a trajetória da bolsa estar devidamente documentada; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 189, § 3º, III)

IV - existir um segmento ou tubo conectado à bolsa de concentrado de hemácias de tamanho suficiente para permitir a realização de outros testes de compatibilidade; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 189, § 3º, IV)

V - novo cumprimento dos requisitos que regem a liberação de toda unidade de sangue. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 189, § 3º, V)

Seção XII

Do Ato Transfusional

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I, Seção XII)

Art. 189. A transfusão será prescrita por médico e registrada no prontuário do paciente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 190)

Parágrafo Único. É obrigatório que fiquem registrados, no prontuário do paciente, a data da transfusão, os números e a origem dos componentes sanguíneos transfundidos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 190, Parágrafo Único)

Art. 190. As transfusões serão realizadas por médico ou profissional de saúde habilitado, qualificado e conhecedor das normas constantes deste Anexo, e serão realizadas apenas sob supervisão médica, isto é, em local em que haja, pelo menos, um médico presente que possa intervir em casos de reações transfusionais. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 191)

§ 1º O paciente deve ter os seus sinais vitais (temperatura, pressão arterial e pulso) verificados e registrados, pelo menos, imediatamente antes do início e após o término da transfusão. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 191, § 1º)

§ 2º Os primeiros 10 (dez) minutos de transfusão serão acompanhados pelo médico ou profissional de saúde qualificado para tal atividade, que permanecerá ao lado do paciente durante este intervalo de tempo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 191, § 2º)

§ 3º Durante o transcurso do ato transfusional o paciente será periodicamente monitorado para possibilitar a detecção precoce de eventuais reações adversas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 191, § 3º)

§ 4º Se houver alguma reação adversa o médico será comunicado imediatamente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 191, § 4º)

Art. 191. O receptor será identificado imediatamente antes da transfusão por meio da informação de seu nome completo, prestada pelo próprio receptor ou por profissional da equipe médica e/ou de enfermagem responsável pela assistência direta ao paciente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 192)

§ 1º Havendo qualquer discrepância entre a identificação do receptor e a constante da bolsa, a transfusão será suspensa até o esclarecimento do fato. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 192, § 1º)

§ 2º Haverá mecanismos, tais como pulseiras ou braceletes, que reduzam a possibilidade de erro na identificação do receptor na hipótese de receptores inconscientes ou desorientados. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 192, § 2º)

Art. 192. Antes do início da transfusão, os componentes eritrocitários não permanecerão à temperatura ambiente por mais de 30 (trinta) minutos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 193)

§ 1º Caso o tempo de que trata o "caput" seja atingindo, o componente será recolocado, imediatamente, em temperatura adequada de armazenamento. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 193, § 1º)

§ 2º O componente será descartado na hipótese de não cumprimento do procedimento de que trata o § 1º. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 193, § 2º)

Art. 193. As unidades de plasma serão transfundidas o mais brevemente possível após seu descongelamento, não devendo exceder 24 (vinte e quatro) horas se armazenadas a 4 ± 2 °C. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 194)

Art. 194. Os componentes plaquetários serão mantidos em agitação contínua e transfundidos em até 24 (vinte e quatro) horas depois de saírem do agitador contínuo de plaquetas, desde que agitados antes do uso. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 195)

Art. 195. Todas as transfusões de componentes sanguíneos serão administradas por meio de equipos livres de pirógenos e descartáveis, que incluam filtro que retenha coágulos e agregados alternativamente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 196)

§ 1º Poderá ser utilizado filtro de leucócitos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 196, § 1º)

§ 2º A utilização de filtros para desleucocitação à beira do leito dispensa o uso de filtros padrão. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 196, § 2º)

Art. 196. Os componentes sanguíneos serão infundidos em, no máximo, 4 (quatro) horas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 197)

Parágrafo Único. Quando o período estabelecido no "caput" for atingindo, a transfusão será interrompida e as bolsas descartadas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 197, Parágrafo Único)

Art. 197. O aquecimento do sangue antes da transfusão, quando indicado, será realizado de forma controlada, em aquecedores próprios para este fim. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 198)

§ 1º Os aquecedores de que trata o "caput" serão dotados de termômetro visível e alarme sonoro e visual. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 198, § 1º)

§ 2º Haverá protocolo escrito, elaborado pelo serviço de hemoterapia, que defina as indicações e os procedimentos para o aquecimento de sangue. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 198, § 2º)

Art. 198. Nenhum medicamento será adicionado à bolsa do componente sanguíneo ou infundido na mesma linha venosa, exceto a solução de cloreto de sódio a 0,9%, em casos excepcionais. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 199)

Art. 199. O plasma fresco congelado e o plasma isento de crioprecipitado serão descongelados à temperatura de 37ºC (trinta e sete graus Celsius) em dispositivo devidamente qualificado. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 200)

§ 1º Para evitar contaminação, a bolsa será protegida por invólucro plástico durante o descongelamento em banho-maria. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 200, § 1º)

§ 2º As unidades de plasma serão transfundidas o mais brevemente possível após seu descongelamento, não excedendo 24 (vinte e quatro) horas, quando armazenadas a 4 ± 2 °C. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 200, § 2º)

§ 3º É proibido o recongelamento das unidades de plasma não transfundidas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 200, § 3º)

Art. 200. O crioprecipitado será descongelado à temperatura de 37°C (trinta e sete graus Celsius) devendo-se observar os mesmos procedimentos constantes do "caput" e §§ 1º e 3º do art. 199. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 201)

Parágrafo Único. O crioprecipitado será transfundido o mais brevemente possível após o seu descongelamento, não excedendo 6 (seis) horas, quando mantido à temperatura de 22 ± 2 °C. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 201, Parágrafo Único)

Art. 201. Nas transfusões de concentrados de plaquetas obtidos de sangue total em receptores RhD negativo, do sexo feminino, com menos de 45 (quarenta e cinco) anos de idade, serão transfundidos, preferencialmente, concentrados de plaquetas RhD negativo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 202)

§ 1º Caso as plaquetas a serem transfundidas sejam RhD positivo, será realizada uma pesquisa de anticorpos antieritrocitários irregulares pré-transfusional na receptora. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 202, § 1º)

§ 2º Caso a receptora de que trata o "caput" não possua anti-RhD, recomenda-se a administração de imunoglobulina anti-RhD por via parenteral, até 72 (setenta e duas) horas após a transfusão. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 202, § 2º)

§ 3º Nas transfusões subsequentes será repetida a pesquisa de anticorpos antieritrocitários irregulares e se não for detectado o anticorpo anti-RhD, recomenda-se repetir a dose de imunoglobulina anti-RhD. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 202, § 3º)

Art. 202. Os concentrados de granulócitos serão transfundidos utilizando equipos livres de pirógenos e descartáveis, que incluam um filtro capaz de reter coágulos e agregados. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 203)

Parágrafo Único. A transfusão de concentrados de granulócitos será objeto de protocolo elaborado pelo serviço de hemoterapia que contemple tanto as unidades como o procedimento de mobilização e coleta. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 203, Parágrafo Único)

Art. 203. As transfusões em pacientes ambulatoriais serão realizadas em local apropriado destinado a tal fim. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 204)

Parágrafo Único. Nas transfusões em pacientes ambulatoriais serão observadas as mesmas normas que regem as transfusões em pacientes internados. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 204, Parágrafo Único)

Art. 204. Em casos especiais, a transfusão será realizada no domicílio do receptor, desde que todo ato transfusional seja realizado sob supervisão médica. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 205)

Parágrafo Único. O médico que acompanha o ato transfusional em domicílio será o responsável pela garantia do cumprimento de todas as normas de medicina transfusional e disporá de medicamentos, materiais e equipamentos para atendimento de eventuais situações de emergência derivadas do ato transfusional. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 205, Parágrafo Único)

Seção XIII

Das Reações Transfusionais

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I, Seção XIII)

Art. 205. A instituição de assistência à saúde que realiza transfusões terá um sistema para detecção, notificação e avaliação das reações transfusionais. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 206)

§ 1º Na suspeita de reação transfusional o paciente receberá atendimento imediato e tanto o médico assistente quanto o serviço de hemoterapia que preparou a transfusão deverão ser comunicados. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 206, § 1º)

§ 2º A instituição de assistência à saúde manterá os registros no prontuário do paciente referentes à investigação e à conduta adotadas nas reações transfusionais. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 206, § 2º)

§ 3º O comitê transfusional do serviço de hemoterapia ou da instituição de assistência à saúde será informado e monitorará as reações transfusionais ocorridas zelando pelo atendimento e notificação dessas reações. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 206, § 3º)

Art. 206. As reações transfusionais imediatas serão avaliadas e acompanhadas pelo serviço que realizou a transfusão. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 207)

§ 1º Consideram-se reações transfusionais imediatas aquelas que ocorrem até 24 (vinte e quatro) horas depois de iniciada a transfusão. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 207, § 1º)

§ 2º Em caso de reações transfusionais imediatas, serão adotadas, entre outras, as seguintes medidas: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 207, § 2º)

I - interromper a transfusão, exceto em caso de reações alérgicas leves (urticária) nas quais a transfusão do componente sanguíneo não precisa ser suspensa; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 207, § 2º, I)

II - manter acesso venoso; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 207, § 2º, II)

III - examinar rótulos das bolsas e de todos os registros relacionados à transfusão para verificar se houve erro na identificação do paciente ou das bolsas transfundidas; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 207, § 2º, III)

IV - não desprezar as bolsas de componentes sanguíneos transfundidas e encaminhá-las ao serviço de hemoterapia, quando pertinente; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 207, § 2º, IV)

V - comunicar ao médico assistente e/ou médico do serviço de hemoterapia; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 207, § 2º, V)

VI - informar ao comitê transfusional; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 207, § 2º, VI)

VII - notificar a ocorrência à autoridade sanitária competente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 207, § 2º, VII)

Art. 207. No caso de suspeita de reação hemolítica serão coletadas novas amostras de sangue do receptor. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 208)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300420

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

§ 1º As amostras de que trata o "caput" serão rotuladas apropriadamente e, juntamente com a bolsa do componente sanguíneo em questão, mesmo vazia, serão imediatamente remetidas ao serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 208, § 1º)

§ 2º Os testes pré-transfusionais serão repetidos com as amostras pré e pós-reação tranfusional. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 208, § 2º)

§ 3º Na amostra pós-reação transfusional serão realizados, no mínimo, os seguintes testes: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 208, § 3º)

I - inspeção visual do soro ou plasma para detecção de hemólise; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 208, § 3º, I)

II - tipagem ABO e RhD; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 208, § 3º, II)

III - Teste Direto da Antiglobulina (TDA); (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 208, § 3º, III)

IV - prova de compatibilidade maior com o resíduo de hemácias da bolsa; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 208, § 3º, IV)

V - pesquisa de anticorpos antieritrocitários irregulares, utilizando técnicas que aumentem a sensibilidade do método. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 208, § 3º, V)

§ 4º Os resultados dos testes realizados com amostra pós-reação transfusional serão confrontados com os obtidos com a amostra pré-transfusão. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 208, § 4º)

Art. 208. Os casos de suspeita de reação por contaminação microbiana ou lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI) serão comunicados ao serviço de hemoterapia produtor do componente sanguíneo para rastreamento do(s) provável(veis) doador(es) envolvido(s) e dos demais componentes sanguíneos dele(s) porventura coletado(s), de acordo com o procedimento operacional do serviço. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 209)

§ 1º Nos casos de suspeita de contaminação microbiana é necessária cultura microbiológica da bolsa e do paciente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 209, § 1º)

§ 2º Os doadores associados ou implicados com caso de TRALI serão liberados para doação de sangue total, mas não para doação de plaquetas por aférese. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 209, § 2º)

§ 3º O concentrado de hemácias obtido da doação de que trata o § 2º será liberado para transfusão após o procedimento de lavagem e o plasma será utilizado apenas para fracionamento industrial. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 209, § 3º)

Art. 209. Em caso de febre relacionada à transfusão com elevação da temperatura corporal acima de 1ºC (grau Celsius) após o início da transfusão e atingindo temperatura superior 38°C (graus Celsius), a transfusão será interrompida imediatamente e o componente sanguíneo não será mais infundido no paciente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 210)

Art. 210. As complicações ou reações transfusionais tardias serão avaliadas e acompanhadas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 211)

§ 1º Todos os casos em que haja suspeita de transmissão de infecção por transfusão serão avaliados. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 211, § 1º)

§ 2º Novo estudo dos doadores dos componentes sanguíneos suspeitos será realizado, incluindo a convocação e a repetição dos testes para infecções transmissíveis de todos os doadores envolvidos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 211, § 2º)

§ 3º Depois da investigação do caso, os seguintes procedimentos devem ser realizados: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 211, § 3º)

I - comunicar ao médico do paciente a eventual soroconversão de um ou mais doadores envolvidos no caso; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 211, § 3º, I)

II - após identificar o doador, encaminhá-lo para tratamento especializado e excluí-lo do arquivo de doadores do serviço de hemoterapia; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 211, § 3º, II)

III - registrar as medidas efetuadas para o diagnóstico, notificação e encaminhamento; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 211, § 3º, III)

IV - notificar a ocorrência à autoridade sanitária competente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 211, § 3º, IV)

Seção XIV

Do Sangue Autólogo

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I, Seção XIV)

Art. 211. O procedimento de doação autóloga pré-operatória dependerá da solicitação do médico assistente e requer a aprovação do médico hemoterapeuta. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 212)

Art. 212. A unidade de componente sanguíneo a ser utilizada será rotulada com os dizeres "Doação Autóloga" e será segregada e utilizada apenas para transfusão autóloga. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 213)

Art. 213. Não é permitida a migração de bolsas de componentes sanguíneos autólogos para uso alogênico. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 214)

Art. 214. As doações autólogas serão submetidas aos mesmos testes imuno-hematológicos e testes para detecção de infecções transmissíveis pelo sangue realizados nas doações alogênicas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 215)

Art. 215. Os pacientes que possuam testes para infecções transmissíveis pelo sangue reagentes para qualquer das infecções testadas poderão ser aceitos nos programas de autotransfusão. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 216)

Parágrafo Único. No caso tratado no "caput" será necessária a identificação com etiqueta especial, indicando a situação de risco de contaminação da bolsa e haverá concordância explícita do procedimento, por escrito, do médico assistente do paciente e do médico do serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 216, Parágrafo Único)

Art. 216. O serviço de hemoterapia deve definir os critérios para aceitação e rejeição de doadores autólogos, sendo contraindicações absolutas: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 217)

I - insuficiência cardíaca descompensada; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 217, I)

II - estenose aórtica grave; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 217, II)

III - angina pectoris instável; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 217, III)

IV - infarto do miocárdio nos últimos 6 (seis) meses; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 217, IV)

V - acidente vascular cerebral isquêmico nos últimos 6 (seis) meses; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 217, V)

VI - alto grau de obstrução da artéria coronária esquerda; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 217, VI)

VII - cardiopatia cianótica; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 217, VII)

VIII - presença de infecção ativa ou tratamento antimicrobiano. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 217, VIII)

§ 1º As demais contraindicações serão avaliadas caso a caso, de acordo com o protocolo do serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 217, § 1º)

§ 2º O volume de sangue a ser coletado respeitará o estabelecido no art. 51. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 217, § 2º)

§ 3º Não há limites de idade para as doações autólogas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 217, § 3º)

§ 4º A concentração de hemoglobina ou hematócrito do doador-paciente não deve ser inferior a 11g/dL e 33%, respectivamente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 217, § 4º)

§ 5º A frequência das doações autólogas será determinada pelo médico hemoterapeuta. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 217, § 5º)

§ 6º Não será colhido sangue do doador-paciente dentro das 72 (setenta e duas) horas anteriores à cirurgia, sendo que o intervalo entre cada doação autóloga não será inferior a 7 (sete) dias, a não ser em situações excepcionais, devidamente justificadas por um médico do serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 217, § 6º)

Art. 217. Serão realizados exames nas unidades coletadas, a fim de determinar o grupo ABO e RhD conforme especificado nos arts. 119 do Anexo IV , respectivamente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 218)

§ 1º No sangue autólogo, obtido de um doador-paciente, será realizado teste para detecção de anticorpos antieritrocitários irregulares, conforme especificado no art. 121, bem como os testes para infecções transmissíveis, de acordo com o disposto nos arts. 129 e 130 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 218, § 1º)

§ 2º O doador-paciente e o seu médico serão notificados sobre qualquer anormalidade nos exames realizados. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 218, § 2º)

Art. 218. Além do estabelecido na Seção VII do Capítulo I do Título II, o rótulo da unidade autóloga conterá, pelo menos, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 219)

I - nome completo do doador-paciente; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 219, I)

II - nome da unidade de assistência à saúde de origem e número de registro do doador-paciente no serviço de hemoterapia; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 219, II)

III - legenda "Doação Autóloga", conforme mencionado no art. 212. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 219, III)

Art. 219. Antes da transfusão dos componentes autólogos no doador-paciente, serão realizadas as determinações estabelecidas no art. 177. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 220)

Parágrafo Único. Na doação autóloga, é opcional a realização do teste de compatibilidade de que trata o art. 178, § 1º . (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 220, Parágrafo Único)

Art. 220. O sangue autólogo, em situações excepcionais, poderá ser coletado do paciente imediatamente antes da cirurgia (hemodiluição normovolêmica) ou recuperado do campo cirúrgico ou de um circuito extracorpóreo (recuperação intraoperatória). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 221)

Art. 221. As unidades de sangue obtidas no pré-operatório imediato, por hemodiluição normovolêmica, permanecerão na sala de cirurgia em que o paciente está sendo operado durante todo o ato cirúrgico. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 222)

§ 1º As unidades de sangue de que trata o "caput" poderão ser utilizadas no doador-paciente em até 24 (vinte e quatro) horas depois da coleta, desde que mantidas à temperatura de 4 ± 2 °C, ou em até 8 (oito) horas, se as bolsas forem mantidas à temperatura entre 20°C e 24°C. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 222, § 1º)

§ 2º A transfusão das bolsas autólogas depois que o doador-paciente deixou a sala de cirurgia poderá ser realizada, desde que haja protocolo escrito que defina como serão feitos a identificação e o armazenamento destas bolsas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 222, § 2º)

§ 3º O procedimento de hemodiluição pré-operatória poderá ser realizado mesmo em unidades de assistência à saúde que não disponham de serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 222, § 3º)

Art. 222. A recuperação intraoperatória de sangue será feita por meio de máquinas especialmente destinadas a este fim. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 223)

§ 1º Não é permitida a recuperação intraoperatória quando existirem riscos de veiculação ou disseminação de agentes infecciosos e/ou células neoplásicas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 223, § 1º)

§ 2º O sangue recuperado no intraoperatório não será transfundido em outros pacientes. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 223, § 2º)

§ 3º O sangue recuperado no intraoperatório será transfundido em até 4 (quatro) horas após a coleta. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 223, § 3º)

Art. 223. O serviço de hemoterapia manterá protocolo escrito acerca dos procedimentos relativos à doação autóloga, incluindo a seleção de anticoagulantes e soluções usadas no processamento; os aspectos ligados à identificação das bolsas e a sua preservação; bem como os aspectos concernentes às reações adversas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 224)

Art. 224. No serviço de hemoterapia haverá um médico responsável pelo programa de transfusão autóloga pré-operatória e de recuperação intraoperatória. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 225)

Art. 225. O doador-paciente ou seu responsável assinará termo de consentimento previamente à realização dos procedimentos de coleta autóloga. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 226)

Art. 226. O serviço de hemoterapia estabelecerá protocolos para atendimento: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 227)

I - de pacientes aloimunizados (anticorpos específicos para antígenos eritrocitários ou do sistema HLA/HPA); (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 227, I)

II - para sangria terapêutica; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 227, II)

III - para transfusão de substituição em adultos (exsanguineotransfusão). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 227, III)

Parágrafo Único. Os procedimentos constantes dos protocolos de que trata o "caput" serão aprovados pelo responsável técnico da unidade e serão mantidos registros relativos a estes procedimentos realizados. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 227, Parágrafo Único)

Seção XV

Dos Registros

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I, Seção XV)

Art. 227. O serviço de hemoterapia terá um sistema de registro apropriado que permita a rastreabilidade da unidade de sangue ou componente, desde a sua obtenção até o seu destino final, incluindo-se os resultados dos exames de laboratório referentes a este produto. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 228)

Art. 228. Os registros referentes à doação e à transfusão serão armazenados por, pelo menos, 20 (vinte) anos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 229)

§ 1º Será garantida a inviolabilidade dos registros. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 229, § 1º)

§ 2º Quando os registros constarem de arquivos informatizados serão feitas cópias de segurança a serem arquivadas em locais distintos do arquivo original. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 229, § 2º)

Art. 229. Os registros referentes à doação e à transfusão serão, preferencialmente, informatizados. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 230)

Art. 230. Todos os registros do serviço de hemoterapia são absolutamente confidenciais. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 231)

Art. 231. O serviço de hemoterapia, quando solicitado, informará os dados de seus registros às autoridades sanitárias e estas garantirão a confidencialidade destas informações, conforme a legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 232)

Art. 232. Os registros relativos à doação conterão: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 233)

I - a identificação da doação, numérica ou alfanumérica, que permita a rastreabilidade do doador e da doação; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 233, I)

II - os dados pessoais (documento de identidade) do doador que permita sua correta identificação; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 233, II)

III - a reação adversa durante a coleta, se houver ocorrido; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 233, III)

IV - o peso, o pulso, a pressão arterial, a temperatura e o valor de hemoglobina ou hematócrito; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 233, IV)

V - o documento assinado pelo doador a cada doação, declarando a veracidade das informações prestadas na triagem clínica e autorizando a utilização do sangue de acordo com o art. 32; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 233, V)

VI - as razões pelas quais a doação foi recusada. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 233, VI)

Art. 233. Os registros de produção dos componentes sanguíneos conterão os seguintes dados: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 234)

I - a data da coleta; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 234, I)

II - o número ou alfanúmero de identificação da unidade coletada; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 234, II)

III - o volume de sangue coletado; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 234, III)

IV - a tipagem ABO e RhD do doador; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 234, IV)

V - o resultado de fenotipagem eritrocitária, se realizada; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 234, V)

VI - o resultado dos testes para infecções transmissíveis pelo sangue, de acordo com os arts. 129 e 130 do Anexo IV , e outros porventura realizados; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 234, VI)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300421

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

VII - a pesquisa de hemoglobina S; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 234, VII)

VIII - o destino do sangue coletado e dos componentes produzidos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 234, VIII)

Art. 234. Os registros de distribuição dos componentes sanguíneos liberados conterão os seguintes dados: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 235)

I - data; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 235, I)

II - número ou alfanúmero de identificação da unidade de componente sanguíneo; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 235, II)

III - especificação da unidade de componente sanguíneo distribuída; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 235, III)

IV - volume da unidade de componente sanguíneo distribuída; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 235, IV)

V - tipagem ABO e RhD; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 235, V)

VI - conclusão dos testes para infecções transmissíveis pelo sangue; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 235, VI)

VII - identificação do local de destino. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 235, VII)

Art. 235. Os registros dos componentes sanguíneos liberados para transfusão conterão os seguintes dados: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 236)

I - data de entrada dos componentes sanguíneos no serviço de hemoterapia que realizou a liberação para transfusão; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 236, I)

II - número ou alfanúmero de identificação do componente sanguíneo; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 236, II)

III - especificação da unidade de componente sanguíneo; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 236, III)

IV - volume da unidade de componente sanguíneo; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 236, IV)

V - tipagem ABO e RhD; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 236, V)

VI - data de validade da unidade de componente sanguíneo; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 236, VI)

VII - data da transfusão; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 236, VII)

VIII - nome completo do receptor; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 236, VIII)

IX - número de registro e localização do receptor; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 236, IX)

X - tipagem ABO e RhD do receptor; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 236, X)

XI - resultado da pesquisa de anticorpos antieritrocitários; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 236, XI)

XII - resultado das provas de compatibilidade. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 236, XII)

§ 1º As unidades de componentes sanguíneos que não forem utilizadas para transfusões terão registro do seu destino final e do motivo da não utilização. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 236, § 1º)

§ 2º Outros testes laboratoriais que forem necessários serão devidamente registrados. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 236, § 2º)

Art. 236. Serão registrados os números das unidades transfundidas e as reações imediatas associadas a transfusões no prontuário médico do paciente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 237)

CAPÍTULO II

DA GARANTIA DA QUALIDADE

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO II)

Seção I

Dos Princípios Gerais do Sistema da Qualidade

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 237. O serviço de hemoterapia possuirá manuais de procedimentos operacionais acerca das seguintes atividades do ciclo do sangue: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238)

I - captação; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, I)

II - registro; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, II)

III - triagem clínica; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, III)

IV - coleta; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, IV)

V - triagem laboratorial; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, V)

VI - processamento; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, VI)

VII - armazenamento; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, VII)

VIII - distribuição; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, VIII)

IX - transporte; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, IX)

X - transfusão; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, X)

XI - controle de qualidade dos componentes sanguíneos, insumos críticos e processos; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, XI)

XII - descarte de resíduos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, XII)

§ 1º Os procedimentos operacionais de cada atividade citada serão disponibilizados a todo o pessoal envolvido na atividade. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, § 1º)

§ 2º O serviço de hemoterapia avaliará anualmente os procedimentos operacionais tratados no "caput" quanto à necessidade de revisão ou descrição dos processos a serem atualizados, sendo que todas as revisões/atualizações deverão ser registradas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 238, § 2º)

Art. 238. O serviço de hemoterapia determinará formalmente as atribuições e responsabilidades técnicas e administrativas por processos e/ou áreas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 239)

Parágrafo Único. O serviço de hemoterapia definirá e divulgará sua missão e sua política da qualidade, considerando os requisitos dos usuários. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 239, Parágrafo Único)

Art. 239. O serviço de hemoterapia disporá de políticas e ações que assegurem a qualidade dos produtos e serviços garantindo que os procedimentos e processos ocorram sob condições controladas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 240)

§ 1º São, entre outras, as ações de que trata o "caput": (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 240, § 1º)

I - métodos e ferramentas de melhoria contínua; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 240, § 1º, I)

II - processos de proposição de ações preventivas e corretivas; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 240, § 1º, II)

III - tratamento das reclamações e sugestões dos usuários. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 240, § 1º, III)

§ 2º O desempenho dos processos será acompanhado por meio de indicadores e definição de metas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 240, § 2º)

Art. 240. O serviço de hemoterapia criará processo para identificação, investigação e análise dos desvios, com proposição de ações corretivas e verificação da eficácia das ações. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 241)

Art. 241. O serviço de hemoterapia possuirá o número adequado de profissionais qualificados para a realização das atividades e os pré-requisitos para a realização das funções e tarefas serão formalmente documentados. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 242)

§ 1º O serviço de hemoterapia possuirá programa de treinamento e capacitação de pessoal, constituído de treinamento inicial e continuado relacionado com as tarefas específicas que são realizadas pelo profissional, além de noções sobre medicina transfusional, boas práticas de laboratório e biossegurança. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 242, § 1º)

§ 2º Os treinamentos serão documentados e será realizado procedimento de avaliação de eficácia deles, quando considerado relevante pelo serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 242, § 2º)

§ 3º O serviço de hemoterapia implantará indicadores relacionados com as atividades de treinamento, que serão acompanhados continuamente por sua direção. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 242, § 3º)

Art. 242. O serviço de hemoterapia identificará os equipamentos que são críticos para suas atividades e criará programa baseado em políticas, definição de processos e procedimentos que garanta a adequação destes às atividades relacionadas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 243)

§ 1º O serviço de hemoterapia possuirá processo de qualificação dos equipamentos baseado em: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 243, § 1º)

I - definição de requisitos exigidos; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 243, § 1º, I)

II - adequação às atividades a que se destinam; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 243, § 1º, II)

III - compatibilização com a infraestrutura disponível; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 243, § 1º, III)

IV - suporte técnico do fornecedor. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 243, § 1º, IV)

§ 2º Os equipamentos utilizados para coleta, processamento, testes laboratoriais, armazenamento e transfusão do sangue serão objeto de programas de controle, que incluirão a qualificação inicial, a calibração periódica e as manutenções preventiva e corretiva. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 243, § 2º)

§ 3º O serviço de hemoterapia observará os seguintes itens para eleição e qualificação de equipamentos para suas atividades: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 243, § 3º)

I - seleção do equipamento: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 243, § 3º, I)

a) especificação do equipamento; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 243, § 3º, I, a)

b) compatibilização com infraestrutura do serviço de hemoterapia; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 243, § 3º, I, b)

c) instalação; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 243, § 3º, I, c)

II - qualificação dos equipamentos: os equipamentos devem ser qualificados para o uso pretendido, incluindo verificação dos registros pertinentes e do risco para doadores, operadores ou comunidade; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 243, § 3º, II)

III - uso do equipamento: qualificação dos equipamentos nas condições de utilização na rotina de trabalho. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 243, § 3º, III)

Art. 243. Todos os equipamentos críticos possuirão uma identificação única que permita sua completa rastreabilidade nos processos e procedimentos envolvidos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 244)

Art. 244. Os equipamentos serão qualificados anteriormente à utilização ou implementação na rotina do serviço de hemoterapia e operados de acordo com as normas especificadas pelo fabricante. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 245)

Art. 245. A calibração e a manutenção preventiva dos equipamentos serão efetuadas em intervalos pré-determinados, utilizando-se métodos definidos e adequados e critérios de aceitação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 246)

§ 1º Os parâmetros de calibração e de manutenção variam com as características de cada equipamento, conforme especificação técnica do fabricante. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 246, § 1º)

§ 2º Todas as operações de que trata este artigo serão registradas no momento em que serão feitas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 246, § 2º)

§ 3º Quando forem verificadas irregularidades, serão aplicadas medidas corretivas envolvendo o próprio equipamento e/ou os produtos relacionados a ele. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 246, § 3º)

Art. 246. As não conformidades observadas durante a qualificação, a calibração e a manutenção preventiva dos equipamentos serão adequadamente documentadas, assim como as correções efetuadas, registrando-se os defeitos apresentados pelo equipamento, com a respectiva data do reparo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 247)

Art. 247. A investigação e o seguimento das falhas dos equipamentos incluirão: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 248)

I - avaliação dos produtos ou serviços fornecidos envolvidos com o equipamento em questão; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 248, I)

II - garantia da segregação do equipamento; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 248, II)

III - investigação do evento; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 248, III)

IV - ações para requalificação do equipamento; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 248, IV)

V - notificação do evento ao fabricante e às autoridades sanitárias, quando indicado. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 248, V)

Art. 248. O serviço de hemoterapia possuirá programa de manutenção preventiva e calibração de equipamentos, que contemple, entre outros, os requisitos mínimos de manutenção preventiva e calibração periódica, conforme a frequência de ocorrências, do tempo de uso do equipamento ou do padrão de desempenho em avaliações anteriores. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 249)

§ 1º Equipamentos não contemplados em orientações técnicas propostas pelo Ministério da Saúde terão seu programa definido pelo responsável técnico do serviço de hemoterapia utilizando informações do fabricante. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 249, § 1º)

§ 2º Será realizada nova calibração após cada manutenção corretiva que impacte nos parâmetros críticos do equipamento. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 249, § 2º)

Art. 249. O serviço de hemoterapia possuirá câmaras de conservação (cadeia do frio) específicas para componentes sanguíneos, exceto nas situações previstas no art. 151. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 250)

§ 1º As câmaras de conservação serão equipadas com sistema de alarme sonoro e visual. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 250, § 1º)

§ 2º Os alarmes de que trata o § 1º serão testados, pelo menos, a cada 3 (três) meses. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 250, § 2º)

§ 3º Haverá, por escrito, a conduta a ser tomada em relação ao armazenamento dos componentes na hipótese de ocorrência de falta de energia ou defeito nos equipamentos de estocagem. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 250, § 3º)

§ 4º As câmaras de conservação em que se armazenam os componentes sanguíneos serão qualificadas para esta finalidade. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 250, § 4º)

§ 5º As câmaras de conservação para concentrado de hemácias terão um sistema de ventilação para circulação de ar e temperatura uniformemente distribuída em todos os compartimentos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 250, § 5º)

§ 6º Será disponibilizado um plano de contingência formal para as situações de não conformidades na temperatura de armazenamento que descreva as medidas a serem tomadas em tais situações, para garantir a adequada preservação dos componentes armazenados. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 250, § 6º)

Art. 250. A faixa de temperatura de armazenamento das amostras e reagentes é de 2ºC (dois graus Celsius) a 8ºC (oito graus Celsius), ressalvadas as orientações específicas de fabricantes ou ensaios laboratoriais. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 251)

§ 1º É recomendável que as câmaras de conservação utilizadas para armazenamento de reagentes e amostras de sangue de doadores e pacientes tenham registrador contínuo de temperatura. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 251, § 1º)

§ 2º Caso o serviço de hemoterapia não possua o registrador de que trata o § 1º, as câmaras de conservação deverão possuir termômetro de registro de temperatura máxima e mínima, e a temperatura será verificada e registrada a cada 12 (doze) horas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 251, § 2º)

Art. 251. Os banhos termostatizados (banhos-maria) ou incubadoras possuirão termômetro de uso exclusivo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 252)

Parágrafo Único. A temperatura será registrada a cada 24 (vinte e quatro) horas e conferida imediatamente antes do uso do equipamento. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 252, Parágrafo Único)

Art. 252. A direção do serviço de hemoterapia implantará processos de controle interno com o objetivo de verificar o cumprimento dos requisitos pré-definidos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 253)

Parágrafo Único. Os resultados serão registrados e revisados pela direção do serviço de hemoterapia e pela área auditada com proposição de ações corretivas e preventivas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 253, Parágrafo Único)

Art. 253. O serviço de hemoterapia manterá um sistema de controle e qualificação de produtos e serviços críticos, o que inclui a inspeção dos produtos quando do recebimento e da sua utilização e o monitoramento dos resultados obtidos com o insumo (gestão de fornecedores e insumos). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 254)

§ 1º A lista de materiais e serviços críticos será definida pelo responsável técnico do serviço de hemoterapia, que conterá entre outros: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 254, § 1º)

I - os conjuntos diagnósticos de sorologia e de imuno-hematologia; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 254, § 1º, I)

II - filtros de desleucocitação; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 254, § 1º, II)

III - conjuntos para aférese; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 254, § 1º, III)

IV - bolsas para coleta e conservação de componentes; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 254, § 1º, IV)

V - equipo de transfusão; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 254, § 1º, V)

VI - bolsas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 254, § 1º, VI)

§ 2º O serviço de hemoterapia criará um sistema que permita a rastreabilidade de lote e validade de todos os insumos considerados críticos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 254, § 2º)

§ 3º O serviço de hemoterapia implantará programa de qualificação de fornecedores e de produtos e serviços críticos e acompanhará o desempenho destes durante a utilização. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 254, § 3º)

§ 4º O serviço de hemoterapia possuirá condições adequadas para armazenamentos dos insumos respeitando orientações dos fabricantes. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 254, § 4º)

§ 5º O manuseio dos produtos de que trata o § 4º deverá evitar inversões (trocas), danos, deterioração ou outros efeitos adversos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 254, § 5º)

§ 6º Antes da inspeção inicial, os insumos críticos recém-recebidos permanecerão identificados até a sua liberação para uso. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 254, § 6º)

§ 7º O armazenamento será realizado de maneira a facilitar a rotatividade dos estoques. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 254, § 7º)

§ 8º As condições de armazenamento serão avaliadas periodicamente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 254, § 8º)

§ 9º Para evitar perdas serão considerados os prazos de validade dos produtos no momento de liberação para uso. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 254, § 9º)

Seção II

Da Infraestrutura

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 254. Áreas e equipamentos serão distribuídos, construídos ou adaptados para facilitar as atividades realizadas no serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 255)

§ 1º A disposição dos equipamentos e o fluxo de trabalho terão como objetivo a minimização de erros. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 255, § 1º)

§ 2º No processo de gestão de infraestrutura será considerada a legislação específica vigente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 255, § 2º)

Art. 255. O serviço de hemoterapia possuirá programa de manutenção preventiva para equipamentos e instalações relacionados com infraestrutura como, entre outros: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 256)

I - grupo gerador de emergência; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 256, I)

II - quadro de distribuição de energia; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 256, II)

III - Sistema de Proteção Contra Descarga Atmosférica (SPDA) e aterramento; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 256, III)

IV - sistema de ar condicionado; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 256, IV)

V - caixas d'água. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 256, V)

Art. 256. O serviço de hemoterapia possuirá programa de manutenção preventiva para sistemas de proteção e combate a incêndios e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 257)

Seção III

Da Biossegurança

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 257. O serviço de hemoterapia manterá procedimentos escritos a respeito das normas de biossegurança a serem seguidas por todos os funcionários. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 258)

Parágrafo Único. Haverá capacitação e educação continuada de toda a equipe acerca dos procedimentos de biossegurança. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 258, Parágrafo Único)

Art. 258. O serviço de hemoterapia disponibilizará os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Coletiva (EPC) necessários para a segurança dos seus funcionários. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 259)

Parágrafo Único. As áreas e procedimentos desenvolvidos serão mapeados para identificação dos riscos presentes e os EPI e EPC necessários. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 259, Parágrafo Único)

Art. 259. Áreas, equipamentos e superfícies de trabalho com risco de contaminação por sangue ou outros elementos receberão limpeza diária e desinfecção. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 260)

§ 1º Respingos visíveis serão limpos imediatamente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 260, § 1º)

§ 2º Os procedimentos de que trata o "caput" serão descritos em procedimentos operacionais específicos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 260, § 2º)

Art. 260. Os profissionais envolvidos com processos de risco trajarão roupas e sapatos que assegurem a sua proteção. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 261)

Seção IV

Do Descarte de Resíduos

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO II, Seção IV)

Art. 261. No descarte de sangue total, componentes e resíduos de laboratório será observado o disposto no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e serão respeitadas as demais normas técnico-sanitárias pertinentes editadas pela ANVISA e outros órgãos reguladores. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 262)

Art. 262. O serviço de hemoterapia indicará o profissional de nível superior de seu quadro que será responsável pela elaboração e implantação do PGRSS da instituição. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 263)

Art. 263. O serviço de hemoterapia possuirá programa de capacitação e educação continuada envolvendo todos os profissionais, inclusive os funcionários de empresas contratadas (terceirizadas) no manuseio de resíduos de serviços de saúde (RSS). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 264)

Art. 264. Se o serviço de hemoterapia optar pelo tratamento interno de seus resíduos, este será realizado em equipamento qualificado e procedimento validado. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 265)

Parágrafo Único. Será assegurado que a empresa contratada para transporte, tratamento e destinação final seja licenciada pelos órgãos ambientais. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 265, Parágrafo Único)

Seção V

Do Transporte

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO II, Seção V)

Art. 265. O envio de sangue e componentes para uso terapêutico e amostras para realização de exames laboratoriais em outra instituição de assistência à saúde obedecerá à legislação relacionada vigente, às normas de biossegurança e às exigências técnicas relacionadas à sua conservação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 266)

Parágrafo Único. A orientação técnica quanto às condições de transporte ficará a cargo do serviço de hemoterapia fornecedor e será formalizada no contrato, convênio ou termo de compromisso. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 266, Parágrafo Único)

Art. 266. O envio de bolsas de componentes sanguíneos para finalidades não terapêuticas, como matéria-prima para a utilização em pesquisa, produção de reagentes ou painéis de controle de qualidade pelo serviço de hemoterapia, será informado à autoridade de vigilância sanitária competente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 267)

Art. 267. O envio de plasma fresco congelado e plasma não fresco para indústria de hemoderivados será definido e autorizado pelo Ministério da Saúde, quando houver destino viável para uso em interesse nacional para produção de medicamentos hemoderivados e ou medicamentos estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 268)

Parágrafo Único. As especificações técnicas do plasma, armazenamento e transporte serão normatizadas pela ANVISA, sem prejuízo do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 268, Parágrafo Único)

Art. 268. O envio de componentes sanguíneos será acompanhado por documento que contenha os seguintes dados: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 269)

I - nome, endereço e telefone de contato do serviço de hemoterapia remetente do componente sanguíneo; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 269, I)

II - nome, endereço e telefone de contato do serviço de hemoterapia de destino do componente sanguíneo; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 269, II)

III - relação dos componentes sanguíneos enviados, com os seus respectivos números de identificação; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 269, III)

IV - condições de conservação; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 269, IV)

V - data e hora da retirada; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 269, V)

VI - identificação do responsável pelo transporte dos componentes sanguíneos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 269, VI)

Art. 269. O componente sanguíneo será transportado em temperaturas adequadas para a manutenção das suas propriedades biológicas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 270)

§ 1º Os recipientes de transporte serão resistentes, impedirão vazamentos e possibilitarão a lavagem e desinfecção regular. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 270, § 1º)

§ 2º O sangue total coletado em locais diferentes daqueles em que será processado será transportado à temperatura de 22 ± 2°C (vinte a vinte e quatro graus Celsius), sendo que para produção de concentrado de plaquetas a temperatura de transporte não poderá ser inferior a 20°C (vinte graus Celsius). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 270, § 2º)

§ 3º Se o sangue total não for destinado à produção de concentrado de plaquetas, ele poderá ser transportado à temperatura de 1°C (um grau Celsius) a 10°C (dez graus Celsius). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 270, § 3º)

§ 4º Os concentrados de hemácias serão transportados de forma a assegurar a manutenção da temperatura entre 1 °C (um grau Celsius) e 10°C (dez graus Celsius). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 270, § 4º)

§ 5º Os concentrados de plaquetas e de granulócitos serão conservados e transportados à temperatura de 22±2 °C (vinte a vinte e quatro graus Celsius). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 270, § 5º)

§ 6º É recomendado que os concentrados de plaquetas sejam agitados antes do uso se a agitação não for mantida durante o transporte. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 270, § 6º)

§ 7º Os componentes serão mantidos congelados durante o transporte, quando for o caso. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 270, § 7º)

§ 8º Os componentes descongelados serão transportados em temperaturas entre 1°C (um grau Celsius) e 10°C (dez graus Celsius). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 270, § 8º)

§ 9º O aspecto de cada unidade será inspecionado no momento do envio e no momento da recepção, sendo descartadas todas as unidades que apresentem alterações à inspeção visual. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 270, § 9º)

Art. 270. Os componentes sanguíneos serão transportados por profissionais orientados quanto às condições de transporte e os procedimentos a serem realizados em eventuais intercorrências. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 271)

Art. 271. As condições de transporte e acondicionamento de sangue total e componente sanguíneos, relativo à capacidade máxima de bolsas por embalagem, quantitativo de material refrigerante, capacidade de empilhamento e sistema de monitoramento da temperatura, serão validadas a fim de garantir a integridade do produto durante todo o percurso previsto. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 272)

Parágrafo Único. Recomenda-se, no mínimo, a execução das atividades de transporte conforme descrito no Anexo 10 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 272, Parágrafo Único)

Seção VI

Dos Contratos, Convênios e Termos de Compromisso

(Origem: PRT MS/GM 158/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO II, Seção VI)

Art. 272. O serviço de hemoterapia que distribui componentes sanguíneos para estoque formalizará por escrito com o serviço de hemoterapia receptor, um contrato, convênio ou termo de compromisso no qual constará: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 273)

I - nomes e dados jurídicos das instituições envolvidas; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 273, I)

II - responsabilidades técnicas e financeiras de cada uma das partes, respeitando-se todas as normas técnicas constantes deste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 273, II)

III - responsabilidade pelo transporte adequado do sangue e seus componentes; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 273, III)

IV - penalidades para o não cumprimento das obrigações; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 273, IV)

V - vigência. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 273, V)

Art. 273. Outras situações não contempladas neste Anexo quanto aos Contratos, Convênios e Termo de Compromisso ficarão a critério das partes envolvidas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 274)

CAPÍTULO III

DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DE QUALIDADE EXTERNO EM SOROLOGIA E IMUNO-HEMATOLOGIA

Art. 274. Fica instituído o Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia e lmunohematologia para Unidades Hemoterápicas (PNCQES), ao qual estão sujeitos todos os serviços de hemoterapia, públicos e privados, em todo Território Nacional. (Origem: PRT MS/GM 1840/1996, Art. 1º)

Parágrafo Único. Caberá ao Sistema único de Saúde, por meio de seus órgãos competentes, fiscalizar e coordenar o cumprimento das normas estabelecidas neste Capítulo e Anexo 12 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 1840/1996, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 275. Todas as Unidades Hemoterápicas públicas e privadas, existentes no País, que executam testes acrológicos para triagem de doadores de sangue, por si ou por meio de terceiros, então sujeitas ao PNCQES. (Origem: PRT MS/GM 1840/1996, Art. 4º)

§ 1º Entende-se por Unidades Hemoterápicas aquelas enquadradas ou definidas na Portaria-SVS nº 121. de 24 de novembro de 1995 (anexo I), excetuando-se, para enquadramento neste Capítulo, as agências transfusionais. (Origem: PRT MS/GM 1840/1996, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Em especifico, os Postos de Coleta, Unidades de Coleta e Transfusão, ou qualquer serviço de hemoterapia que colete o sangue destinado à transfusão, deverá obrigatoriamente certificar-se, acompanhar e possuir cópias dos laudos técnicos e das medidas corretivas, se houverem, provando que o laboratório ou Unidade Hemoterápica aonde os testes sorológicos são executados, estão regulares no PNCQES, conforme exigências deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1840/1996, Art. 4º, § 2º)

Art. 276. O cumprimento deste Capítulo será condição precípua para a obtenção e revalidação do licenciamento junto às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1840/1996, Art. 5º)

Art. 277. O não cumprimento das normas estabelecidas por este Capítulo será considerado falta grave e resultará no descredenciamento do serviço junto ao SUS e aplicação das sanções previstas na Lei nº 6.437. de 20 de agosto de 1977. (Origem: PRT MS/GM 1840/1996, Art. 6º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300423

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 278. O PNCQES será coordenado pela Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde em consonância com as diretrizes e procedimentos estabelecidos pela Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSH/DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1544/1997, Art. 2º)

Art. 279. Os serviços de hemoterapia, públicos e privados, autônomos ou integrantes da estrutura de estabelecimentos de saúde, ficam sujeitos às normas fixadas na Lei n.º 7649, de 25 de janeiro de 1988, no seu Regulamento, aprovado pelo Decreto n.º 95721, de 11 de janeiro de 1988, à regulamentação do Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia para Unidades Hemoterápicas (PNCQES), bem como às demais constantes na legislação de vigilância sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1544/1997, Art. 3º)

§ 1º O disposto no caput aplica-se, inclusive, aos estabelecimentos de saúde que realizem procedimentos médico-cirúrgicos para os quais seja necessária a utilização de sangue para transfusão. (Origem: PRT MS/GM 1544/1997, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os estabelecimentos referidos no art. 279, § 1º , quando não dispuserem de serviços hemoterápicos próprios, deverão comprovar, para esse fim, a contratação de serviços hemoterápicos com instituição licenciada pelo órgão de vigilância sanitária competente. (Origem: PRT MS/GM 1544/1997, Art. 3º, § 2º)

Art. 280. Os painéis de soros e hemácias para controle, certificação e garantia de qualidade, utilizados no país, serão registrados na Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1544/1997, Art. 4º)

Art. 281. Caberá à Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde estabelecer, em conjunto com os órgãos de Vigilância Sanitária Estaduais, a programação anual das inspeções, bem como a demanda e o suprimento de painéis de soros e hemácias, os procedimentos de avaliação dos sistemas de controle dos serviços hemoterápicos e as medidas corretivas pertinentes. (Origem: PRT MS/GM 1544/1997, Art. 5º)

Parágrafo Único. Caberá ao Ministério da Saúde a aquisição dos painéis de soros e hemácias para distribuição às Vigilâncias Sanitárias Estaduais. (Origem: PRT MS/GM 1544/1997, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 282. A análise de referência dos conjuntos e reagentes diagnósticos registrados e comercializados no país, utilizados nos serviços hemoterápicos, será executada pelos laboratórios oficiais de controle de qualidade, Integrantes da Rede Nacional de Laboratórios Oficiais de Saúde Pública. (Origem: PRT MS/GM 1544/1997, Art. 6º)

CAPÍTULO IV

DOS GRUPOS DE ASSESSORAMENTO TÉCNICO (GAT)

Seção I

Do Grupo de Assessoramento Técnico (GAT) do Programa de Avaliação Externa da Qualidade em Sorologia (AEQ - Sorologia)

Art. 283. Fica instituído o Grupo de Assessoramento Técnico (GAT) do Programa de Avaliação Externa da Qualidade em Sorologia (AEQ - Sorologia), com a finalidade de assessorar a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSH/DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1589/2011, Art. 1º)

Art. 284. Competirá ao GAT: (Origem: PRT MS/GM 1589/2011, Art. 2º)

I - assessorar tecnicamente a CGSH/DAET/SAS/MS em assuntos relacionados ao AEQ - Sorologia, visando analisar resultados; (Origem: PRT MS/GM 1589/2011, Art. 2º, I)

II - determinar ações a serem tomadas; e (Origem: PRT MS/GM 1589/2011, Art. 2º, II)

III - participar da produção científica/educativa do Programa e de consultorias. (Origem: PRT MS/GM 1589/2011, Art. 2º, III)

Art. 285. O GAT será constituído por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 1589/2011, Art. 3º)

I - Secretaria de Atenção à Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1589/2011, Art. 3º, I)

a) CGSH/DAET/SAS/MS, que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1589/2011, Art. 3º, I, a)

II - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1589/2011, Art. 3º, II)

III - Hemocentro da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); (Origem: PRT MS/GM 1589/2011, Art. 3º, III)

IV - Hemocentro Coordenador do Rio de Janeiro (HEMORIO); (Origem: PRT MS/GM 1589/2011, Art. 3º, IV)

V - Hemocentro Coordenador de Santa Catarina (HEMOSC); (Origem: PRT MS/GM 1589/2011, Art. 3º, V)

VI - Fundação Pró-Sangue - Hemocentro de São Paulo; (Origem: PRT MS/GM 1589/2011, Art. 3º, VI)

VII - Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos da Fundação Oswaldo Cruz (Biomanguinhos/FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 1589/2011, Art. 3º, VII)

VIII - Universidade Federal de Goiás (UFG); e (Origem: PRT MS/GM 1589/2011, Art. 3º, VIII)

IX - Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (INCQS/FIOCRUZ). (Origem: PRT MS/GM 1589/2011, Art. 3º, IX)

Parágrafo Único. Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados, pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do GAT. (Origem: PRT MS/GM 1589/2011, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 286. O GAT poderá convidar servidores dos órgãos e entidades do Ministério da Saúde, de outros órgãos da Administração Pública Federal, de entidades não-governamentais, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cujas presenças sejam consideradas necessárias ao cumprimento do disposto nesta Seção.(Origem: PRT MS/GM 1589/2011, Art. 4º)

Art. 287. As funções dos membros do GAT não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 1589/2011, Art. 5º)

Seção II

Do Grupo de Assessoramento Técnico (GAT) do Programa de Avaliação Externa da Qualidade em Imuno-hematologia (AEQ Imuno-hematologia)

Art. 288. Fica instituído o Grupo de Assessoramento Técnico (GAT) do Programa de Avaliação Externa da Qualidade em Imunohematologia (AEQ Imunohematologia), com a finalidade de assessorar a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSH/DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1588/2011, Art. 1º)

Art. 289. Competirá ao GAT: (Origem: PRT MS/GM 1588/2011, Art. 2º)

I - assessorar tecnicamente a CGSH/DAET/SAS/MS em assuntos relacionados ao AEQ Imunohematologia, visando analisar resultados; (Origem: PRT MS/GM 1588/2011, Art. 2º, I)

II - determinar ações a serem tomadas; e (Origem: PRT MS/GM 1588/2011, Art. 2º, II)

III - participar da produção científica/educativa do Programa e de consultorias. (Origem: PRT MS/GM 1588/2011, Art. 2º, III)

Art. 290. O GAT será constituído por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 1588/2011, Art. 3º)

I - Secretaria de Atenção à Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1588/2011, Art. 3º, I)

a) CGSH/DAET/SAS/MS, que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1588/2011, Art. 3º, I, a)

II - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1588/2011, Art. 3º, II)

III - Hemocentro Coordenador do Rio de Janeiro (HEMORIO); (Origem: PRT MS/GM 1588/2011, Art. 3º, III)

IV - Hemocentro Coordenador de Santa Catarina (HEMOSC); (Origem: PRT MS/GM 1588/2011, Art. 3º, IV)

V - Hemocentro da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); (Origem: PRT MS/GM 1588/2011, Art. 3º, V)

VI - Hemocentro de Botucatu (UNESP); (Origem: PRT MS/GM 1588/2011, Art. 3º, VI)

VII - Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas (HEMOAM); (Origem: PRT MS/GM 1588/2011, Art. 3º, VII)

VIII - Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará (HEMOPA); (Origem: PRT MS/GM 1588/2011, Art. 3º, VIII)

IX - Hemocentro Coordenador de Pernambuco (Fundação HEMOPE); e (Origem: PRT MS/GM 1588/2011, Art. 3º, IX)

X - Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (HEMOMINAS). (Origem: PRT MS/GM 1588/2011, Art. 3º, X)

Parágrafo Único. Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades, à Coordenação do GAT. (Origem: PRT MS/GM 1588/2011, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 291. O GAT poderá convidar servidores dos órgãos e entidades do Ministério da Saúde, de outros órgãos da Administração Pública Federal, de entidades não governamentais, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cujas presenças sejam consideradas necessárias ao cumprimento do disposto nesta Seção.(Origem: PRT MS/GM 1588/2011, Art. 4º)

Art. 292. As funções dos membros do GAT não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 1588/2011, Art. 5º)

Seção III

Do Grupo de Assessoramento Técnico (GAT) do Programa de Avaliação Externa da Qualidade em Hemocomponentes (AEQ - Hemocomponentes)

Art. 293. Fica instituído o Grupo de Assessoramento Técnico (GAT) do Programa de Avaliação Externa da Qualidade em Hemocomponentes (AEQ - Hemocomponentes), com a finalidade de assessorar a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSH/DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1587/2011, Art. 1º)

Art. 294. Competirá ao GAT: (Origem: PRT MS/GM 1587/2011, Art. 2º)

I - assessorar tecnicamente a CGSH/DAET/SAS/MS em assuntos relacionados ao AEQ - Hemocomponentes, visando analisar resultados; (Origem: PRT MS/GM 1587/2011, Art. 2º, I)

II - determinar ações a serem tomadas; e (Origem: PRT MS/GM 1587/2011, Art. 2º, II)

III - participar da produção cientifica/educativa do Programa e de consultorias. (Origem: PRT MS/GM 1587/2011, Art. 2º, III)

Art. 295. O GAT será constituído por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 1587/2011, Art. 3º)

I - Secretaria de Atenção à Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1587/2011, Art. 3º, I)

a) CGSH/DAET/SAS/MS, que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1587/2011, Art. 3º, I, a)

II - Hemocentro Coordenador do Rio de Janeiro (HEMORIO); (Origem: PRT MS/GM 1587/2011, Art. 3º, II)

III - Hemocentro Coordenador de Santa Catarina (HEMOSC); (Origem: PRT MS/GM 1587/2011, Art. 3º, III)

IV - Fundação Pró-Sangue - Hemocentro de São Paulo; (Origem: PRT MS/GM 1587/2011, Art. 3º, IV)

V - Fundação Hemocentro de Brasília; (Origem: PRT MS/GM 1587/2011, Art. 3º, V)

VI - Hemocentro Coordenador de Pernambuco (Fundação HEMOPE); e (Origem: PRT MS/GM 1587/2011, Art. 3º, VI)

VII - Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (HEMOMINAS). (Origem: PRT MS/GM 1587/2011, Art. 3º, VII)

Parágrafo Único. Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades, à Coordenação do GAT. (Origem: PRT MS/GM 1587/2011, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 296. O GAT poderá convidar servidores dos órgãos e entidades do Ministério da Saúde, de outros órgãos da Administração Pública Federal, de entidades nãogovernamentais, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cujas presenças sejam consideradas necessárias ao cumprimento do disposto nesta Seção.(Origem: PRT MS/GM 1587/2011, Art. 4º)

Art. 297. As funções dos membros do GAT não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 1587/2011, Art. 5º)

CAPÍTULO V

DAS COMISSÕES DE ASSESSORAMENTO TÉCNICO

Seção I

Das Comissões de Assessoramento Técnico às Coagulopatias, outras Doenças Hemorrágicas Hereditárias e Plaquetopatias (CAT - Coagulopatias) e ao Diagnóstico Laboratorial em Hemostasia (CAT-Hemostasia)

Art. 298. Ficam instituídas, no âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados (SINASAN), a Comissão de Assessoramento Técnico às Coagulopatias, outras Doenças Hemorrágicas Hereditárias e Plaquetopatias (CAT-Coagulopatias) e a Comissão de Assessoramento Técnico ao Diagnóstico Laboratorial em Hemostasia (CAT-Hemostasia). (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 1º)

Art. 299. A CAT-Coagulopatias tem por finalidades: (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 2º)

I - contribuir com a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSH/DAET/SAS/MS) na formulação da política nacional para a atenção às pessoas com coagulopatias, outras doenças hemorrágicas hereditárias e plaquetopatias; (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 2º, I)

II - acompanhar as ações e atividades do Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de contribuir com o aperfeiçoamento do gerenciamento de ações de tratamento e atenção à saúde dos pacientes, sob responsabilidade do SINASAN; (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 2º, II)

III - propor à CGSH/DAET/SAS/MS políticas, ações e atividades para o referido Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias e para o desenvolvimento das ações de atenção às pessoas com coagulopatias, outras doenças hemorrágicas hereditárias e plaquetopatias; (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 2º, III)

IV - sugerir à CGSH/DAET/SAS/MS publicações referentes ao Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias; e (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 2º, IV)

V - instituir Grupos de Trabalho para o desenvolvimento de atividades específicas relacionadas ao cumprimento de suas finalidades. (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 2º, V)

Art. 300. A CAT-Coagulopatias é composta por representantes, titular e suplente, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 3º)

I - um representante da CGSH/DAET/SAS/MS, que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 3º, I)

II - cinco representantes da área de hematologia clínica com ênfase em hemostasia e trombose e que desenvolvam atividades no âmbito do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 3º, II)

III - um representante dos usuários do Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias. (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 3º, III)

§ 1º Os representantes de que tratam os incisos I e II do caput serão indicados pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) à Coordenação da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O representante de que trata o inciso III do caput será indicado pela Federação Brasileira de Hemofilia à Coordenação da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Os órgãos e entidades integrantes do CAT-Coagulopatias deverão revisar e indicar, a cada dois anos, os seus representantes no âmbito da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 3º, § 3º)

§ 4º Para os fins do art. 300, § 3º , a substituição dos membros de que trata o inciso II do "caput" não poderá ser superior a um terço dos citados representantes. (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 3º, § 4º)

Art. 301. A CAT-Hemostasia tem por finalidades: (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 4º)

I - contribuir com a CGSH/DAET/SAS/MS na formulação da política nacional para a atenção às pessoas com coagulopatias, outras doenças hemorrágicas hereditárias e plaquetopatias; (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 4º, I)

II - acompanhar as ações e atividades do Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias no âmbito do SUS, a fim de contribuir com o aperfeiçoamento do gerenciamento de ações de diagnóstico clínico e laboratorial para a atenção à saúde dos pacientes, sob responsabilidade do SINASAN; (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 4º, II)

III - propor à CGSH/DAET/SAS/MS políticas, ações e atividades para o referido Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias e para o desenvolvimento das ações de atenção às pessoas com coagulopatias, outras doenças hemorrágicas hereditárias e plaquetopatias; (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 4º, III)

IV - sugerir à CGSH/DAET/SAS/MS publicações referentes ao Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias; e (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 4º, IV)

V - instituir Grupos de Trabalho específicos para o desenvolvimento de atividades específicas relacionadas ao cumprimento de suas finalidades. (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 4º, V)

Art. 302. A CAT-Hemostasia é composta por representantes, titular e suplente, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 5º)

I - um representante da CGSH/DAET/SAS/MS, que a coordenará; e (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 5º, I)

II - seis representantes da área de diagnóstico laboratorial em hemostasia e trombose e que desenvolvam atividades no âmbito do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 5º, II)

III - um representante dos usuários do Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias. (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 5º, III)

§ 1º Os representantes de que tratam os incisos I e II do caput serão indicados pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) à Coordenação da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O representante de que trata o inciso III do caput será indicado pela Federação Brasileira de Hemofilia à Coordenação da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 5º, § 2º)

§ 3º Os órgãos e entidades integrantes do CAT-Hemostasia deverão revisar e indicar, a cada dois anos, os seus representantes no âmbito da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 5º, § 3º)

§ 4º Para os fins do art. 302, § 3º , a substituição dos membros de que trata o inciso II do "caput" não poderá ser superior a um terço dos citados representantes. (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 5º, § 4º)

Art. 303. A participação na CAT-Coagulopatias e na CAT-Hemostasia é considerada como de relevante interesse público e não será remunerada. (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 6º)

Parágrafo Único. As Comissões poderão convidar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas ao tema, sempre que entender necessária a sua colaboração para o pleno alcance das suas finalidades. (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 304. Os membros da CAT-Coagulopatias e da CAT-Hemostasia devem subscrever as seguintes declarações por ocasião do início de suas atividades nas Comissões: (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 7º)

I - declaração de conflito de interesse; e (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 7º, I)

II - declaração de confidencialidade. (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 7º, II)

§ 1º Em caso de conflito de interesse por qualquer dos membros das Comissões, sejam titulares ou suplentes, cabe à Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/DAET/SAS/MS) avaliar a conveniência ou não da manutenção do representante na Comissão, de forma motivada, com posterior comunicação do ato ao interessado e ao Diretor do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Em caso de quebra de confidencialidade por qualquer dos membros das Comissões, sejam titulares ou suplentes, cabe à Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/DAET/SAS/MS) efetuar a imediata retirada do representante da Comissão, de forma motivada, com posterior comunicação do ato ao interessado e ao Diretor do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 7º, § 2º)

Art. 305. A CAT-Coagulopatias e a CAT-Hemostasia reunir-se-ão por convocação da Coordenação ou a requerimento da maioria simples de seus membros. (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 8º)

§ 1º Compete à CGSH/DAET/SAS/MS a convocação dos membros, a organização das reuniões, a elaboração e divulgação da pauta e atas de reunião e o arquivo dos documentos elaborados. (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Os temas a serem incluídos na pauta de reunião serão propostos pela CGSH/DAET/SAS/MS ou pelos membros das comissões. (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 8º, § 2º)

§ 3º O Ministério da Saúde custeará despesas de passagens e diárias para participação de membros ou convidados nas reuniões da CAT-Coagulopatias e da CAT-Hemostasia. (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 8º, § 3º)

Art. 306. A ausência do titular ou suplente, sem justificativa, a duas reuniões consecutivas da Comissão acarretará a sua exclusão. (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 9º)

Parágrafo Único. Compete à CGSH/DAET/SAS/MS adotar as providências necessárias para o cumprimento do disposto neste artigo, inclusive requerer ao órgão ou à entidade interessada que efetive a indicação de novo representante para recompor a Comissão. (Origem: PRT MS/GM 1880/2012, Art. 9º, Parágrafo Único)

Seção II

Da Comissão de Assessoramento Técnico em Gestão de Equipamentos (CAT-Gestão de Equipamentos), no âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN)

Art. 307. Fica instituída a Comissão de Assessoramento Técnico em Gestão de Equipamentos (CAT-Gestão de Equipamentos), no âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados (SINASAN). (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 1º)

Art. 308. A CAT-Gestão de Equipamentos tem por finalidade assessorar tecnicamente a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/DAHU/SAS/MS), tendo as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 2º)

I - elaborar propostas na área de Gestão de Equipamentos, visando minimizar as desigualdades regionais, otimizando a aplicação de recursos, adequação e incorporação de novas tecnologias em saúde, na segurança dos trabalhadores e na qualificação de produtos e serviços na área de sangue e derivados; (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 2º, I)

II - contribuir com a CGSH/DAHU/SAS/MS no acompanhamento e monitoramento das ações e atividades da área de Gestão de Equipamentos, no âmbito dos serviços de hematologia e hemoterapia do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de atender a legislação vigente e qualificar a Hemorrede Pública Nacional, sob responsabilidade do SINASAN; e (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 2º, II)

III - sugerir à CGSH/DAHU/SAS/MS documentos, notas técnicas, recomendações, manuais, protocolos, diretrizes, condutas e rotinas que deem sustentabilidade, segurança e resolutividade ao desenvolvimento das ações de Gestão de Equipamentos. (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 2º, III)

Art. 309. A CAT-Gestão de Equipamentos é composta por representantes dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 325/2015)

I - 4 (quatro) representantes da CGSH/DAHU/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 3º, I)

II - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 3º, II)

III - 5 (cinco) representantes dos serviços de saúde públicos, preferencialmente vinculados a serviços de hematologia e hemoterapia; e (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 3º, III)

IV - 3 (três) representantes de instituições de ensino superior público. (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 3º, IV)

§ 1º Os representantes serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 3º, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 325/2015)

§ 2º A participação das entidades ou órgãos de que tratam os incisos III e IV do "caput" será formalizada após resposta a convite a elas encaminhado pelo Secretário da SAS/MS, com indicação dos seus respectivos representantes. (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Um dos representantes da CGSH/DAHU/SAS/MS, designado por ato específico do Secretário de Atenção à Saúde, exercerá a coordenação da CAT-Gestão de Equipamentos. (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 3º, § 4º)

§ 4º A ausência, sem justificativa, a duas reuniões consecutivas do CAT-Gestão de Equipamentos determina a exclusão do membro, cabendo à SAS/MS providenciar nova representação do órgão ou entidade. (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 3º, § 5º) (com redação dada pela PRT MS/GM 325/2015)

§ 5º A indicação nominal de representantes na CAT-Gestão de Equipamentos será revista a cada 2 (dois) anos, devendo a CGSH/DAHU/SAS/MS sugerir à SAS/MS a indicação nominal de novos representantes. (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 3º, § 6º)

Art. 310. Os membros da CAT-Gestão de Equipamentos promoverão a cessão de direitos autorais para publicações e divulgação de todo material técnico resultante de trabalhos desenvolvidos pela Comissão, oriundos de interesse do Ministério da Saúde ou de demanda espontânea, na forma definida pela Portaria nº 612/GM/MS, de 26 de março de 2009. (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 4º)

Art. 311. Poderão ser convidados, a critério da CGSH/DAHU/SAS/MS ou da CAT-Gestão de Equipamentos, especialistas "ad hoc" para participarem de discussões técnicas, elaboração de documentos e orientações sobre temas afins, podendo ser criados Grupos de Trabalho específicos, mediante ato do Secretário da SAS/MS, após proposta da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 5º)

Art. 312. Os membros do CAT-Gestão de Equipamentos e os convidados de que trata o art. 311 encaminharão as seguintes declarações, quando de seu ingresso na Comissão: (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 6º)

I - declaração de conflito de interesse, conforme modelo constante do Anexo 15 do Anexo IV ; e (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 6º, I)

II - declaração de confidencialidade, conforme modelo constante do Anexo 16 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 6º, II)

§ 1º Em caso de conflito de interesse de qualquer dos representantes, cabe à CAT-Gestão de Equipamentos, por maioria simples, avaliar a conveniência ou não da manutenção do representante na Comissão, temporária ou permanentemente, com posterior comunicação do ato ao interessado e à CGSH/DAHU/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Em caso de quebra de confidencialidade por qualquer dos membros da CAT-Gestão de Equipamentos, cabe à CGSH/DAHU/SAS/MS efetuar a imediata retirada do representante da Comissão, com posterior comunicação do ato ao interessado e ao Diretor do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (DAHU/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 6º, § 2º)

Art. 313. A CAT-Gestão de Equipamentos reunir-se-á por convocação da CGSH/DAHU/SAS/MS ou a requerimento da maioria simples de seus membros. (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 7º)

§ 1º Compete à coordenação do CAT-Gestão de Equipamentos organizar a pauta e coordenar as reuniões. (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Os temas a serem abordados na pauta serão propostos pela CGSH/DAHU/SAS/MS e pelos membros das Comissão. (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 7º, § 2º)

§ 3º A convocação e a organização das reuniões do CAT-Gestão de Equipamentos são de responsabilidade da CGSH/DAHU/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 7º, § 3º)

§ 4º Cabe à coordenação da CAT-Gestão de Equipamentos organizar e divulgar aos seus membros as atas e outros documentos pertinentes às sua atividades, os quais, após assinados pelos participantes, devem ser arquivados sob a responsabilidade da CGSH/DAHU/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 7º, § 4º)

Art. 314. As despesas de passagens e diárias dos membros e convidados da CAT-Gestão de Equipamentos serão custeadas pela CGHS/DAHU/SAS/MS, quando relacionadas com as atividades da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 8º)

Art. 315. As atividades desenvolvidas no âmbito da CAT-Gestão de Equipamentos não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Art. 9º)

Seção III

Da Comissão de Assessoramento Técnico em Gestão Ambiental (CAT-Gestão Ambiental), no âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN)

Art. 316. Fica instituída a Comissão de Assessoramento Técnico em Gestão Ambiental (CAT-Gestão Ambiental), no âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados (SINASAN). (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 1º)

Art. 317. A CAT-Gestão Ambiental tem por finalidade assessorar tecnicamente a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/DAHU/SAS/MS), tendo as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 2º)

I - elaborar propostas e propor ações na área de gestão ambiental, visando minimizar as desigualdades regionais, otimizando a aplicação de recursos, preservando o meio ambiente, a saúde da população e a segurança dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 2º, I)

II - contribuir com a CGSH/DAHU/SAS/MS no acompanhamento e monitoramento das ações e atividades da área de gestão ambiental, no âmbito dos serviços de hematologia e hemoterapia do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de atender a legislação vigente e qualificar a Hemorrede Pública Nacional, sob responsabilidade do SINASAN; e (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 2º, II)

III - sugerir à CGSH/DAHU/SAS/MS documentos, notas técnicas, recomendações, manuais, protocolos, diretrizes, condutas e rotinas que deem sustentabilidade, segurança e resolutividade ao desenvolvimento das ações de gestão ambiental. (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. As ações de assessoramento para a qualificação técnica e gerencial da Hemorrede a serem desenvolvidas pelo CAT-Gestão Ambiental ocorrerão no âmbito da CGSH/DAHU/SAS/MS e dos serviços de hematologia e hemoterapia públicos. (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 318. A CAT-Gestão Ambiental é composta por representantes dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 326/2015)

I - 2 (dois) representantes da CGSH/DAHU/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 3º, I)

II - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 3º, II)

III - 4 (quatro) representantes dos serviços de hematologia e hemoterapia públicos; e (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 3º, III)

IV - 2 (dois) representantes de instituições de ensino superior público. (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 3º, IV)

§ 1º Os representantes serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 3º, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 326/2015)

§ 2º A participação das entidades ou órgãos de que tratam os incisos III e IV do "caput" será formalizada após resposta a convite a elas encaminhado pelo Secretário da SAS/MS, com indicação dos seus respectivos representantes. (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Um dos representantes da CGSH/DAHU/SAS/MS, designado por ato específico do Secretário de Atenção à Saúde, exercerá a coordenação da CAT-Gestão Ambiental. (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 3º, § 4º)

§ 4º A ausência, sem justificativa, a duas reuniões consecutivas do CAT-Gestão Ambiental determina a exclusão do membro, cabendo à SAS/MS providenciar nova representação do órgão ou entidade. (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 3º, § 5º) (com redação dada pela PRT MS/GM 326/2015)

§ 5º A indicação nominal de representantes da CAT-Gestão Ambiental será revista a cada 2 (dois) anos, devendo a CGSH/DAHU/SAS/MS sugerir à SAS/MS a indicação nominal de novos representantes. (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 3º, § 6º)

Art. 319. Os membros da CAT-Gestão Ambiental promoverão a cessão de direitos autorais para publicações e divulgação de todo material técnico resultantes de trabalhos desenvolvidos pela Comissão, oriundos de interesse do Ministério da Saúde ou de demanda espontânea, na forma definida pela Portaria nº 612/GM/MS, de 26 de março de 2009. (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 4º)

Art. 320. Poderão ser convidados, a critério da CGSH/DAHU/SAS/MS ou da CAT-Gestão Ambiental, especialistas "ad hoc" para participarem de discussões técnicas, elaboração de documentos e orientações sobre temas afins, podendo ser criados Grupos de Trabalho específicos, mediante ato do Secretário da SAS/MS, após proposta da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 5º)

Art. 321. Os membros do CAT-Gestão Ambiental e os convidados de que trata o art. 320 encaminharão as seguintes declarações, quando de seu ingresso na Comissão: (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 6º)

I - declaração de conflito de interesse, conforme modelo constante do Anexo 17 do Anexo IV ; e (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 6º, I)

II - declaração de confidencialidade, conforme modelo constante do Anexo 18 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 6º, II)

§ 1º Em caso de conflito de interesse de qualquer dos representantes, cabe à CAT-Gestão Ambiental, por maioria simples, avaliar a conveniência ou não da manutenção do representante na Comissão, temporária ou permanentemente, com posterior comunicação do ato ao interessado e à CGSH/DAHU/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Em caso de quebra de confidencialidade por qualquer dos membros da CAT-Gestão Ambiental, cabe à CGSH/DAHU/SAS/MS efetuar a imediata retirada do representante da Comissão, com posterior comunicação do ato ao interessado e ao Diretor do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (DAHU/SAS/MS).(Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 6º, § 2º)

Art. 322. A CAT-Gestão Ambiental reunir-se-á por convocação da CGSH/DAHU/SAS/MS ou a requerimento da maioria simples de seus membros. (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 7º)

§ 1º Compete à coordenação do CAT-Gestão Ambiental organizar a pauta e coordenar as reuniões. (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Os temas a serem abordados na pauta serão propostos pela CGSH/DAHU/SAS/MS e/ou pelos membros da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 7º, § 2º)

§ 3º A convocação e a organização das reuniões do CAT-Gestão Ambiental são de responsabilidade da CGSH/DAHU/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 7º, § 3º)

§ 4º Cabe à coordenação da CAT-Gestão Ambiental organizar e divulgar aos seus membros as atas e outros documentos pertinentes às sua atividades, os quais, após assinados pelos participantes, devem ser arquivados sob a responsabilidade da CGSH/DAHU/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 7º, § 4º)

Art. 323. As despesas de passagens e diárias dos membros e convidados da CAT-Gestão Ambiental serão custeadas pela CGHS/DAHU/SAS/MS, quando relacionadas com as atividades da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 8º)

Art. 324. As atividades desenvolvidas no âmbito da CAT-Gestão Ambiental não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Art. 9º)

Seção IV

Da Comissão de Assessoramento Técnico à Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme (CAT-Doença Falciforme), no âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN)

Art. 325. Fica instituída a Comissão de Assessoramento Técnico à Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme (CAT-Doença Falciforme), no âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados (SINASAN). (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 1º)

Art. 326. A CAT-Doença Falciforme tem por finalidade assessorar tecnicamente a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/DAHU/SAS/MS), tendo as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 2º)

I - contribuir e assessorar tecnicamente a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/DAHU/SAS/MS) na implementação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme; (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 2º, I)

II - acompanhar as ações e atividades da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de contribuir com o aperfeiçoamento do gerenciamento de ações de tratamento e atenção à saúde dos pacientes sob responsabilidade do SINASAN; (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 2º, II)

III - propor à CGSH/DAHU/SAS/MS a realização de ações e atividades para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme; (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 2º, III)

IV - sugerir à CGSH/DAHU/SAS/MS documentos, notas técnicas, recomendações, manuais, protocolos, diretrizes, condutas e rotinas que dêem sustentabilidade, segurança e resolutividade ao desenvolvimento das ações de atenção às pessoas com doença falciforme; e (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 2º, IV)

V - recomendar à CGSH/DAHU/SAS/MS publicações referentes à Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme. (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 2º, V)

Art. 327. A CAT-Doença Falciforme será composta por representantes, titulares e respectivos suplentes, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 3º)

I - 1 (um) da CGSH/DAHU/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 3º, I)

II - 6 (seis) da área de saúde multiprofissional, com atividades desenvolvidas em serviços do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 3º, II)

III - 1 (um) de usuários da atenção a essa doença. (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 3º, III)

§ 1º Os representantes, titulares e respectivos suplente, serão indicados pelo Secretário de Atenção à Saúde em ato específico (SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os representantes suplentes substituirão os titulares em seus impedimentos eventuais ou permanentes. (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O representante da CGSH/DAHU/SAS/MS exercerá a coordenação da CAT-Doença Falciforme. (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A composição da CAT-Doença Falciforme, titulares e respectivos suplentes, será revista a cada 2 (dois) anos. (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 3º, § 4º)

§ 5º A CGSH/DAHU/SAS/MS pode sugerir à SAS/MS nomes para composição da CAT-Doença Falciforme, respeitada a composição definida no "caput". (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 3º, § 5º)

§ 6º Aos representantes da CAT-Doença Falciforme referidos no inciso II do "caput" será garantida a renovação de pelo menos um terço dos membros, a cada dois anos. (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 3º, § 6º)

§ 7º A ausência, sem justificativa, a 2 (duas) reuniões consecutivas da CAT-Doença Falciforme determina a exclusão do membro e seu substituto, cabendo à SAS/MS providenciar nova representação do órgão ou entidade. (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 3º, § 7º)

Art. 328. Os membros da CAT-Doença Falciforme promoverão a cessão de direitos autorais para publicações e divulgação de todo material técnico resultante de trabalhos desenvolvidos pela Comissão, oriundos de interesse do Ministério da Saúde ou de demanda espontânea, na forma definida pela Portaria nº 612/GM/MS, de 26 de março de 2009. (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 4º)

Art. 329. Poderão ser convidados, a critérios da CGSH/DAHU/SAS/MS ou da CAT-Doença Falciforme, especialistas "ad hoc" para participarem de discussões técnicas, elaboração de documentos e orientações sobre temas afins, podendo ser criados Grupos de Trabalho específicos, mediante ato do Secretário da SAS/MS, após proposta da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 5º)

Art. 330. Os membros da CAT-Doença Falciforme e os convidados de que trata o art. 329 encaminharão as seguintes declarações, quando de seu ingresso na Comissão: (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 6º)

I - declaração de conflito de interesse, conforme modelo do Anexo 19 do Anexo IV ; e (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 6º, I)

II - declaração de confidencialidade, conforme modelo do Anexo 20 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 6º, II)

§ 1º Em caso de conflito de interesse de qualquer dos representantes, cabe à CAT-Doença Falciforme, por maioria simples, avaliar a conveniência ou não da manutenção do representante na Comissão, temporária ou permanentemente, com posterior comunicação do ato ao interessado e à CGSH/DAHU/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Em caso de quebra de confidencialidade por qualquer dos membros da CAT-Doença Falciforme, cabe à CGSH/DAHU/SAS/MS efetuar a imediata retirada do representante da Comissão, com posterior comunicação do ato ao interessado e ao Diretor do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (DAHU/SAS/MS).(Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 6º, § 2º)

Art. 331. A CAT-Doença Falciforme reunir-se-á por convocação da CGSH/DAHU/SAS/MS ou a requerimento da maioria simples de seus membros. (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 7º)

§ 1º Compete à coordenação da CAT-Doença Falciforme organizar a pauta e coordenar as reuniões. (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Os temas a serem abordados na pauta serão propostos pela CGSH/DAHU/SAS/MS ou pelos representantes da CAT-Doença Falciforme. (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 7º, § 2º)

§ 3º A convocação e a organização das reuniões da CAT-Doença Falciforme são de responsabilidade da CGSH/DAHU/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 7º, § 3º)

§ 4º Cabe à coordenação da CAT-Doença Falciforme organizar e divulgar aos seus membros as atas e outros documentos pertinentes às sua atividades, os quais, após assinados pelos participantes, devem ser arquivados sob a responsabilidade da CGSH/DAHU/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 7º, § 4º)

Art. 332. As despesas de passagens e diárias dos membros e convidados da CAT-Doença Falciforme serão custeadas pela CGHS/DAHU/SAS/MS, quando relacionadas com as atividades da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 8º)

Art. 333. As atividades desenvolvidas no âmbito da CAT-Doença Falciforme não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Art. 9º)

Seção V

Da Comissão de Assessoramento Técnico à Qualificação Nacional da Hemorrede Pública (CAT-QNHP), no âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN)

Art. 334. Fica instituída a Comissão de Assessoramento Técnico à Qualificação Nacional da Hemorrede Pública (CATQNHP), no âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN). (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 1º)

Art. 335. A CAT-QNHP tem por finalidade assessorar tecnicamente a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (CGSH/DAHU/SAS/MS), tendo as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 2º)

I - elaborar proposta à CGSH/DAHU/SAS/MS de estratégias para qualificação técnica e gerencial, visando minimizar as desigualdades regionais, fortalecer o desenvolvimento institucional e o funcionamento da hemorrede pública nacional; (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 2º, I)

II - contribuir com a CGSH/DAHU/SAS/MS no monitoramento das ações e atividades para o desenvolvimento da Qualificação Técnica e Gerencial da Hemorrede Nacional, incluindo a análise de resultados de avaliações e a proposição de ações para melhoria dos serviços de hematologia e hemoterapia; e (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 2º, II)

III - sugerir à CGSH/DAHU/SAS/MS documentos, notas técnicas, manuais, protocolos e diretrizes, condutas e rotinas que deem sustentabilidade, segurança e resolutividade ao desenvolvimento das ações de qualificação técnica e gerencial da hemorrede. (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 2º, III)

Art. 336. A CAT-QNHP é composta por representantes dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 3º)

I - 6 (seis) representantes da CGSH/DAHU/SAS/MS; e (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 3º, I)

II - 6 (seis) representantes dos serviços de saúde públicos, preferencialmente vinculados aos serviços de hematologia e hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 3º, II)

§ 1º Os representantes serão indicados pela CGSH/DAHU/SAS/MS à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A participação das entidades ou órgãos de que trata o inciso II do "caput" será formalizada após resposta a convite a elas encaminhado pelo Secretário da SAS/MS, com indicação dos seus respectivos representantes. (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Um dos representantes da CGSH/DAHU/SAS/MS, designado por ato específico do Secretário de Atenção à Saúde, exercerá a coordenação da CAT-QNHP. (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A ausência, sem justificativa, a duas reuniões consecutivas da CAT-QNHP determina a exclusão do membro, cabendo à CGSH/DAHU/SAS/MS providenciar nova representação do órgão ou entidade. (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 3º, § 4º)

§ 5º A indicação nominal de representantes na CAT-QNHP será revista a cada 2 (dois) anos, devendo a CGSH/DAHU/SAS/MS sugerir à SAS/MS a indicação nominal de novos representantes. (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 3º, § 5º)

Art. 337. Os membros da CAT-QNHP promoverão a cessão de direitos autorais para publicações e divulgação de todo material técnico resultante de trabalhos desenvolvidos pela Comissão, oriundos de interesse do Ministério da Saúde ou de demanda espontânea, na forma definida pela Portaria n° 612/GM/MS, de 26 de março de 2009. (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 4º)

Art. 338. Poderão ser convidados, a critério da CGSH/DAHU/SAS/MS ou da CAT-QNHP, especialistas "ad hoc" para participarem de discussões técnicas, elaboração de documentos e orientações sobre temas afins, podendo ser criados Grupos de Trabalho específicos, mediante ato do Secretário da SAS/MS, após proposta da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 5º)

Art. 339. Os membros da CAT-QNHP e os convidados de que trata o art. 338 encaminharão as seguintes declarações, quando de seu ingresso na Comissão: (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 6º)

I - declaração de conflito de interesse, conforme modelo constante do Anexo 25 do Anexo IV ; e (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 6º, I)

II - declaração de confidencialidade, conforme modelo constante do Anexo 26 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 6º, II)

§ 1º Em caso de conflito de interesse de qualquer dos representantes, cabe a CAT-QNHP, por maioria simples, avaliar a conveniência ou não da manutenção do representante na Comissão, temporária ou permanentemente, com posterior comunicação do ato ao interessado e à CGSH/DAHU/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Em caso de quebra de confidencialidade por qualquer dos membros da CAT-QNHP, cabe à CGSH/DAHU/SAS/MS efetuar a imediata retirada do representante da Comissão, com posterior comunicação do ato ao interessado e ao Diretor do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (DAHU/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 6º, § 2º)

Art. 340. A CAT-QNHP reunir-se-á por convocação da CGSH/DAHU/SAS/MS ou por requerimento da maioria simples de seus membros. (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 7º)

§ 1º Compete à coordenação da CAT-QNHP organizar a pauta e coordenar as reuniões. (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Os temas a serem abordados na pauta serão propostos pela CGSH/DAHU/SAS/MS e pelos membros da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 7º, § 2º)

§ 3º A convocação e a organização das reuniões da CATQ-NHP são de responsabilidade da CGSH/DAHU/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 7º, § 3º)

§ 4º Cabe à coordenação da CAT-QNHP organizar e divulgar aos seus membros as atas e outros documentos pertinentes às suas atividades, os quais, após assinados pelos participantes, devem ser arquivados sob a responsabilidade da CGSH/DAHU/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 7º, § 4º)

Art. 341. As despesas de passagens e diárias dos membros e convidados da CAT-QNHP serão custeadas pela CGHS/DAHU/SAS/MS, quando relacionadas com as atividades da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 8º)

Art. 342. As atividades desenvolvidas no âmbito da CATQ-NHP não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Art. 9º)

Seção VI

Da Comissão de Assessoramento Técnico para a Promoção da Doação Voluntária de Sangue (CAT-PDVS), no âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN)

Art. 343. Fica instituída a Comissão de Assessoramento Técnico para a Promoção da Doação Voluntária de Sangue (CAT-PDVS), no âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e derivados (SINASAN). (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 1º)

Art. 344. A CAT-PDVS tem por finalidade assessorar tecnicamente a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/DAHU/SAS/MS), tendo ainda as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 2º)

I - elaborar propostas à CGSH/DAHU/SAS/MS de estratégias voltadas para a promoção da doação voluntária de sangue, como de ações e atividades que visem à captação de doadores; (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 2º, I)

II - contribuir com a CGSH/DAHU/SAS/MS no acompanhamento e monitoramento das ações, atividades e estratégias para a promoção da doação de sangue no âmbito nacional; e (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 2º, II)

III - sugerir à CGSH/DAHU/SAS/MS documentos, notas técnicas, recomendações, manuais, protocolos, diretrizes, condutas e rotinas, além de capacitações junto à Hemorrede Nacional voltadas para a promoção da doação voluntária de sangue. (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 2º, III)

Art. 345. A CAT-PDVS é composta por representantes dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 3º)

I - 1 (um) representante da CGSH/DAHU/SAS/MS; e (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 3º, I)

II - 6 (seis) representantes dos serviços de saúde públicos, preferencialmente vinculados a serviços de hematologia e hemoterapia, atuantes nas áreas relacionadas à promoção da doação voluntária de sangue nos hemocentros, considerando os setores de captação e comunicação social, dentre outros. (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 3º, II)

§ 1º Os representantes serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A participação das entidades ou órgãos de que trata o inciso II do "caput" será formalizada após resposta a convite a elas encaminhado pelo Secretário da SAS/MS, com indicação dos seus respectivos representantes. (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O representante da CGSH/DAHU/SAS/MS, designado por ato específico do Secretário de Atenção à Saúde, exercerá a coordenação da CAT-PDVS. (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A ausência, sem justificativa, a duas reuniões consecutivas do CAT-PDVS determina a exclusão do membro, cabendo à SAS/MS providenciar nova representação do órgão ou entidade. (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 3º, § 4º)

§ 5º A indicação nominal de representantes na CAT-PDVS será revista a cada 2 (dois) anos, devendo a CGSH/DAHU/SAS/MS sugerir à SAS/MS a indicação nominal de novos representantes. (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 3º, § 5º)

Art. 346. Os membros da CAT-PDVS promoverão a cessão de direitos autorais para publicações e divulgação de todo material técnico resultante de trabalhos desenvolvidos pela Comissão, oriundos de interesse do Ministério da Saúde ou de demanda espontânea, na forma definida pela Portaria nº 612/GM/MS, de 26 de março de 2009. (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 4º)

Art. 347. Poderão ser convidados, a critério da CGSH/DAHU/SAS/MS ou da CAT-PDVS, especialistas "ad hoc" para participarem de discussões técnicas, elaboração de documentos e orientações sobre temas afins, podendo ser criados Grupos de Trabalho específicos, mediante ato do Secretário da SAS/MS, após proposta da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 5º)

Art. 348. Os membros do CAT-PDVS e os convidados de que trata o art. 347 encaminharão as seguintes declarações, quando de seu ingresso na Comissão: (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 6º)

I - declaração de conflito de interesse, conforme modelo constante do Anexo 21 do Anexo IV ; e (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 6º, I)

II - declaração de confidencialidade, conforme modelo constante do Anexo 22 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 6º, II)

§ 1º Em caso de conflito de interesse de qualquer dos representantes, cabe à CAT-PDVS, por maioria simples, avaliar a conveniência ou não da manutenção do representante na Comissão, temporária ou permanentemente, com posterior comunicação do ato ao interessado e à CGSH/DAHU/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Em caso de quebra de confidencialidade por qualquer dos membros da CAT-PDVS, cabe à CGSH/DAHU/SAS/MS efetuar a imediata retirada do representante da Comissão, com posterior comunicação do ato ao interessado e ao Diretor do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (DAHU/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 6º, § 2º)

Art. 349. A CAT-PDVS reunir-se-á por convocação da CGSH/DAHU/SAS/MS ou a requerimento da maioria simples de seus membros. (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 7º)

§ 1º Compete à coordenação da CAT-PDVS organizar a pauta e coordenar as reuniões. (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Os temas a serem abordados na pauta serão propostos pela CGSH/DAHU/SAS/MS e pelos membros da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 7º, § 2º)

§ 3º A convocação e a organização das reuniões da CAT-PDVS são de responsabilidade da CGSH/DAHU/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 7º, § 3º)

§ 4º Cabe à coordenação da CAT-PDVS organizar e divulgar aos seus membros as atas e outros documentos pertinentes às sua atividades, os quais, após assinados pelos participantes, devem ser arquivados sob a responsabilidade da CGSH/DAHU/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 7º, § 4º)

Art. 350. As despesas de passagens e diárias dos membros e convidados da CAT-PDVS serão garantidas pela CGHS/DAHU/SAS/MS, quando relacionadas com as atividades da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 8º)

Art. 351. As atividades desenvolvidas no âmbito da CAT-PDVS não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Art. 9º)

Seção VII

Da Comissão de Assessoramento Técnico em Sangue Raro (CAT-Sangue Raro), no âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN)

Art. 352. Fica instituída a Comissão de Assessoramento Técnico em Sangue Raro (CAT-Sangue Raro), no âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e derivados (SINASAN). (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 1º)

Art. 353. A CAT-Sangue Raro tem por finalidade assessorar tecnicamente a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/DAET/SAS/MS), tendo ainda as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 2º)

I - elaborar e apresentar propostas na área de Hemoterapia à CGSH/DAET/SAS/MS, visando estabelecer ações e mecanismos que garantam a captação e reserva de sangue e componentes com fenótipos raros, bem como sua mobilização para a atenção hemoterápica; (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 2º, I)

II - contribuir com a CGSH/DAET/SAS/MS na formulação, avaliação e normatização das atividades relacionadas aos bancos de sangue de hemácias e plaquetas raras, com vistas à estruturação de uma Rede de Bancos de Sangue Raro, no âmbito da Hemorrede Nacional; (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 2º, II)

III - contribuir com a CGSH/DAET/SAS/MS no acompanhamento e monitoramento das ações e atividades relacionadas à temática, junto aos serviços de hematologia e hemoterapia do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de atender a legislação vigente e qualificar a Hemorrede Pública Nacional para a oferta dos serviços; e(Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 2º, III)

IV - sugerir à CGSH/DAET/SAS/MS documentos, notas técnicas, recomendações, manuais, protocolos, diretrizes, condutas e rotinas que deem sustentabilidade, segurança e resolutividade ao desenvolvimento das ações voltadas para a assistência hemoterápica qualificada a pacientes que necessitem de sangue raro. (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 2º, IV)

Art. 354. A CAT-Sangue Raro é composta por representantes dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 3º)

I - 2 (dois) representantes da CGSH/DAET/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 3º, I)

II - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 3º, II)

III - 4 (quatro) representantes dos serviços de hematologia e hemoterapia públicos; (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 3º, III)

IV - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular; e (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 3º, IV)

V - 2 (dois) representantes dos serviços de saúde, pesquisa e/ou ensino, que desenvolvam atividades na área de imuno-hematologia eritrocitária e plaquetária. (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 3º, V)

§ 1º Os representantes serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A participação das entidades ou órgãos de que trata o inciso II a V será formalizada após resposta a convite a elas encaminhado pelo Secretário da SAS/MS, com indicação dos seus respectivos representantes. (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Um dos representantes da CGSH/DAET/SAS/MS, designado por ato específico do Secretário de Atenção à Saúde, exercerá a coordenação da CAT-Sangue Raro. (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A ausência, sem justificativa, a duas reuniões consecutivas da CAT-Sangue Raro, determina a exclusão do membro, cabendo à CGSH/DAET/SAS/MS providenciar nova representação do órgão ou entidade. (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 3º, § 4º)

§ 5º A indicação nominal de representantes na CAT-Sangue Raro será revista a cada 2 (dois) anos, devendo a CGSH/DAET/SAS/MS sugerir à SAS/MS a indicação nominal de novos representantes. (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 3º, § 5º)

Art. 355. Os membros da CAT-Sangue Raro promoverão a cessão de direitos autorais para publicações e divulgação de todo material técnico resultante de trabalhos desenvolvidos pela Comissão, oriundos de interesse do Ministério da Saúde ou de demanda espontânea, na forma definida pela Portaria nº 612/GM/MS, de 26 de março de 2009. (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 4º)

Art. 356. Poderão ser convidados, a critério da CGSH/DAET/SAS/MS ou da CAT-Sangue Raro, especialistas "ad hoc" para participarem de discussões técnicas, elaboração de documentos e orientações sobre temas afins, podendo ser criados Grupos de Trabalho específicos. (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 5º)

Art. 357. Os membros da CAT-Sangue Raro e os convidados devem encaminhar as seguintes declarações, quando de seu ingresso na Comissão: (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 6º)

I - declaração de conflito de interesse, conforme modelo constante do Anexo 23 do Anexo IV ; e (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 6º, I)

II - declaração de confidencialidade, conforme modelo constante do Anexo 24 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 6º, II)

§ 1º Em caso de conflito de interesse de qualquer dos representantes, cabe à CAT-Sangue Raro, por maioria simples, avaliar a conveniência ou não da manutenção do representante na Comissão, temporária ou permanentemente, com posterior comunicação do ato ao interessado e à CGSH/DAHU/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Em caso de quebra de confidencialidade por qualquer dos membros da CAT-Sangue Raro, cabe à CGSH/DAET/SAS/MS efetuar a imediata retirada do representante da Comissão, com posterior comunicação do ato ao interessado e ao Diretor do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS).(Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 6º, § 2º)

Art. 358. A CAT-Sangue Raro reunir-se-á por convocação da CGSH/DAET/SAS/MS ou a requerimento da maioria simples de seus membros. (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 7º)

§ 1º Compete à coordenação da CAT-Sangue Raro organizar a pauta e coordenar as reuniões. (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Os temas a serem abordados na pauta devem ser propostos pela CGSH/DAET/SAS/MS e pelos membros das Comissão. (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 7º, § 2º)

§ 3º A convocação e a organização das reuniões da CAT-Sangue Raro são de responsabilidade da CGSH/DAET/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 7º, § 3º)

§ 4º Cabe à coordenação da CAT-Sangue Raro organizar e divulgar aos seus membros as atas e outros documentos pertinentes às suas atividades, os quais, após assinados pelos participantes, devem ser arquivadas sob a responsabilidade da CGSH/DAET/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 7º, § 4º)

Art. 359. As despesas de passagens e diárias dos membros e convidados da CAT-Sangue Raro serão custeadas pela CGSH/DAET/SAS/MS, quando relacionadas com as atividades da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 8º)

Art. 360. As atividades desenvolvidas no âmbito da CAT-Sangue Raro não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Art. 9º)

Seção VIII

Da Comisssão de Assessoramento Técnico às Talassemias (CAT-Talassemias)

Art. 361. Fica instituída, no âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN), a Comissão de Assessoramento Técnico às Talassemias. (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 1º)

Parágrafo Único. Para fins desta Seção, a Comissão de Assessoramento Técnico às Talassemias doravante será denominada CAT-Talassemias. (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 362. A CAT-Talassemias tem por finalidades: (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 2º)

I - contribuir e assessorar tecnicamente a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSH/DAET/SAS/MS) na formulação da política nacional para atenção às pessoas com Talassemias; (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 2º, I)

II - acompanhar as ações e atividades do Programa Nacional de Talassemias, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de contribuir com o aperfeiçoamento do gerenciamento de ações de tratamento e atenção à saúde dos pacientes, sob responsabilidade do SINASAN; (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 2º, II)

III - propor à Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/DAET/SAS/MS) políticas, ações e atividades para o referido Programa Nacional de Talassemias, elaborar documentos, pareceres, recomendações, manuais, protocolos, diretrizes, condutas e rotinas que dêem sustentabilidade, segurança e resolutividade ao desenvolvimento das ações de atenção às pessoas com Talassemias; (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 2º, III)

IV - recomendar à CGSH/DAET/SAS/MS publicações referentes ao Programa Nacional de Talassemias; e (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 2º, IV)

V - instituir Grupos de Trabalho para o desenvolvimento de atividades específicas relacionadas ao cumprimento de suas finalidades. (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 2º, V)

Art. 363. A CAT-Talassemias é composta por representantes, titular e suplente: (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 3º)

I - um representante da CGSH/DAET/SAS/MS, que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 3º, I)

II - sete representantes da área de hematologia clínica com ênfase em Talassemias, com atividades desenvolvidas em serviços do Sistema Único de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 3º, II)

III - um representante dos usuários da atenção às Talassemias, sendo substituído, em sua ausência, por seu suplente. (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 3º, III)

§ 1º Os representantes de que tratam os incisos I, II e III do caput serão indicados pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) à Coordenação da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A indicação nominal de representantes na CAT-Talassemias citados no caput deve ser revista a cada dois anos, devendo a CGSH/DAET/SAS/MS sugerir à SAS a indicação nominal desses representantes. (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Para os fins do art. 363, § 2º , a substituição dos membros de que trata o inciso II do caput não poderá ser superior a um terço dos citados representantes. (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 3º, § 3º)

Art. 364. A participação na CAT-Talassemias é considerada como de relevante interesse público, não será remunerada e não terá ressarcimento pecuniário ou de qualquer outra natureza pelos trabalhos desenvolvidos, inclusive publicações técnicas, manuais, protocolos, entre outras publicações técnicas. (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 4º)

Parágrafo Único. A CAT-Talassemias poderá convidar entidades ou pessoas do setor público e privado que atuem profissionalmente em atividades relacionadas ao tema sempre que entender necessária a sua colaboração para o pleno alcance das suas finalidades. (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 365. Os membros da CAT-Talassemias devem subscrever as seguintes declarações por ocasião do início de suas atividades na Comissão: (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 5º)

I - declaração de conflito de interesse, conforme modelo do Anexo 13 do Anexo IV ; e (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 5º, I)

II - declaração de confidencialidade, conforme modelo do Anexo 14 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 5º, II)

§ 1º Em caso de conflito de interesse por qualquer dos membros das Comissões, sejam titulares ou suplentes, cabe à Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/DAET/SAS/MS) avaliar a conveniência ou não da manutenção do representante na Comissão, de forma motivada, com posterior comunicação do ato ao interessado e ao Diretor do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Em caso de quebra de confidencialidade por qualquer dos membros da Comissão, sejam titulares ou suplentes, cabe à Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/DAET/SAS/MS) efetuar a imediata retirada do representante da Comissão, de forma motivada, com posterior comunicação do ato ao interessado e ao Diretor do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 5º, § 2º)

Art. 366. A CAT-Talassemias reunir-se-á por convocação da Coordenação ou a requerimento da maioria simples de seus membros. (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 6º)

§ 1º Compete à CGSH/DAET/SAS/MS a convocação dos membros, a organização das reuniões, a elaboração e a divulgação da pauta e atas de reunião e o arquivo dos documentos elaborados. (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Os temas a serem incluídos na pauta de reunião serão propostos pela CGSH/DAET/SAS/MS ou pelos membros da comissão. (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 6º, § 2º)

§ 3º Os suplentes devem substituir os titulares na ausência destes nas reuniões. (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 6º, § 3º)

§ 4º O Ministério da Saúde custeará despesas de passagens e diárias para participação de membros ou convidados nas reuniões da CAT-Talassemias ou a participação de seus membros em eventos, ações e atividades de interesse da CGSH/DAET/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 6º, § 4º)

§ 5º Cabe ao representante da CGSH/DAET/SAS/MS organizar e divulgar aos membros da comissão as atas e outros documentos pertinentes às atividades da CAT-Talassemias, os quais, após assinados pelos participantes, devem ser arquivados, sob a responsabilidade da CGSH/DAET/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 6º, § 5º)

Art. 367. A ausência do titular ou suplente, sem justificativa, a duas reuniões consecutivas da CAT-Talassemias acarretará a sua exclusão. (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 7º)

Parágrafo Único. Compete à CGSH/DAET/SAS/MS adotar as providências necessárias para o cumprimento do disposto neste artigo, efetivando a indicação de novo representante para recompor a Comissão. (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Art. 7º, Parágrafo Único)

TÍTULO III

DO FORNECIMENTO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Art. 368. O sangue e os hemocomponentes obtidos pelo SUS, diretamente nos serviços públicos ou em serviços privados contratados, serão destinados prioritariamente ao atendimento de usuários do próprio SUS. (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 1º)

§ 1º Os serviços públicos de hemoterapia do SUS deverão ser capacitados e estruturados para atender integralmente à demanda de fornecimento de hemocomponentes para o próprio SUS. (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A contratação pelo SUS de serviços privados de hemoterapia para complementação da rede pública somente será admitida quando comprovada pelo gestor local a insuficiência dos serviços públicos, devendo ser autorizada pelos respectivos Conselhos Estaduais/Municipais de Saúde, ouvido o coordenador estadual da hemorrede. (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 1º, § 2º)

§ 3º Os gestores estaduais e municipais deverão reavaliar a necessidade de manutenção dos contratos com serviços privados, bem como a respectiva programação físico-orçamentária dos serviços privados contratados, limitando-a ao estritamente necessário ao atendimento da demanda do SUS não absorvida pelos serviços de hemoterapia da rede pública, submetendo-a à aprovação do respectivo Conselho de Saúde, conforme Sistema Estadual de Sangue, Componentes e Derivados. (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 1º, § 3º)

Art. 369. Os serviços de hemoterapia públicos ou privados contratados pelo SUS poderão fornecer sangue e hemocomponentes destinados a pacientes e serviços assistenciais privados nas seguintes hipóteses: (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 2º)

I - quando a rede assistencial do SUS não possuir demanda para a utilização de todos os hemocomponentes produzidos e tiver sido garantida a manutenção no serviço de hemoterapia de um estoque mínimo de segurança; (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 2º, I)

II - em situação de emergência, calamidade pública ou outra necessidade imprevisível, devidamente atestada pelo gestor público responsável; ou (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 2º, II)

III - quando houver a necessidade de sangue ou hemocomponente raro. (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 2º, III)

§ 1º O estoque mínimo referido no inciso I deste artigo será definido pelo gestor estadual ou municipal do SUS em conjunto com as direções de cada um dos serviços de hemoterapia e aprovação do Conselho Estadual ou Municipal de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Em qualquer caso, deverá existir um estoque mínimo de segurança para cada espécie de hemocomponente a ser definido pelo responsável técnico do serviço de hemoterapia baseado na média mensal de utilização desse hemocomponente na rede do SUS nos últimos 6 (seis) meses. (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 2º, § 2º)

Art. 370. O fornecimento de hemocomponentes por serviços públicos de hemoterapia a outros serviços, de hemoterapia ou assistenciais, deverá ocorrer mediante a celebração de contrato/convênio estabelecido entre o Gestor Estadual do SUS e o Serviço de Hemoterapia Público Estadual e deste com o interessado, e que:(Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 3º)

I - seja reproduzido o disposto no art. 369; (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 3º, I)

II - sejam introduzidos controles para a rastreabilidade das bolsas de hemocomponentes fornecidas, especialmente, para a identificação do paciente em que foi transfundida e a natureza de seu vínculo com a instituição (SUS, saúde suplementar ou assistência particular); e (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 3º, II)

III - sejam estipuladas sanções, inclusive pecuniárias, para o não fornecimento de informações sobre o destino das bolsas de hemocomponentes, ou informações incorretas e/ou incompletas conforme o previsto no art. 371, § 3º . (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 3º, III)

Parágrafo Único. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), por meio do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS), definirá regras específicas a serem observadas nos contratos ou convênios de fornecimento de hemocomponentes. (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 371. Os custos referentes à coleta, ao processamento, à realização de exames de triagem incorridos pelo SUS na obtenção dos hemocomponentes fornecidos a serviços de hemoterapia ou assistenciais para aplicação em pacientes privados, inclusive da saúde suplementar, serão ressarcidos ao Fundo Estadual ou Municipal de Saúde, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 4º)

I - em serviço de hemoterapia da administração pública, onde existam mecanismos de ressarcimento direto, esse deve ser feito ao serviço fornecedor; e (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 4º, I)

II - os procedimentos referentes à produção dos hemocomponentes em questão não serão faturados ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 4º, II)

§ 1º Caberá à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, definir os valores e a forma de identificação dos procedimentos a serem ressarcidos. (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 4º, § 1º)

2º Os serviços de saúde que atendam a pacientes do SUS e a pacientes privados, inclusive da saúde suplementar, deverão manter estrito controle do destino das bolsas de hemocomponentes recebidas de serviços de hemoterapia do SUS, sejam públicos ou privados contratados, devendo, para tanto: (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 4º, § 2º)

I - mensalmente, em data a ser fixada pelo gestor estadual ou municipal, apresentar à Secretaria de Saúde, ao órgão local da vigilância sanitária e ao serviço de hemoterapia fornecedor demonstrativo que indique, para cada hemocomponente, o saldo inicial do seu estoque no mês, as bolsas recebidas, as bolsas transfundidas por categoria de paciente (SUS, saúde suplementar e particular), as bolsas descartadas e o saldo final; e (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 4º, § 2º, I)

II - fornecer aos mesmos órgãos ou instituições mencionados no inciso I deste parágrafo relação nominal dos pacientes que receberam as bolsas de hemocomponentes. (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 4º, § 2º, II)

§ 3º Na hipótese de não fornecimento dos demonstrativos e relatórios mencionados no § 2º, o gestor estadual ou municipal deverá adotar providências para imediata auditoria e fiscalização no serviço de saúde inadimplente, adotando as medidas para o ressarcimento e aplicação das sanções mencionadas no art. 370, III. (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 4º, § 3º)

Art. 372. Os serviços de hemoterapia privados contratados pelo SUS deverão transferir ao serviço de hemoterapia público designado pelo gestor estadual ou municipal do SUS os concentrados de hemácias e sangue total produzidos e não utilizados na assistência a pacientes do SUS, com o prazo de 7 (sete) dias antes do seu vencimento. (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 5º) (com redação dada pela PRT MS/GM 373/2005)

Parágrafo Único. Com relação ao plasma, os serviços de hemoterapia privados contratados pelo SUS deverão observar o disposto na Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 73, de 3 de agosto de 2000. (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 5º, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 373/2005)

Art. 373. O serviço de hemoterapia ou de assistência à saúde que cobre de seus pacientes ou das instituições de saúde suplementar qualquer custo pelo fornecimento ou transfusão de bolsas de sangue e hemocomponentes deverá informar ao paciente o custo específico dos insumos, materiais, exames laboratoriais, sorológicos, de ácidos nucléicos e imunoematológicos incorridos, bem como dos honorários por serviços médicos, conforme o previsto no artigo 2º, parágrafo único, da Lei nº 10.205, de 2001. (Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 6º)

Parágrafo Único. No caso da bolsa de sangue ou hemocomponente ser originária de serviço de hemoterapia do SUS, inclusive contratado, o paciente deverá ser informado do custo assumido perante o poder público, além dos demais itens mencionados no caput deste artigo, acrescidos na própria instituição, se for o caso.(Origem: PRT MS/GM 1737/2004, Art. 6º, Parágrafo Único)

TÍTULO IV

DOS CRITÉRIOS PARA A HABILITAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE HEMOTERAPIA PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO TESTES DE ÁCIDOS NUCLEICOS EM AMOSTRAS DE SANGUE NA TRIAGEM DE DOADOR

Art. 374. Ficam definidos os seguintes critérios para que os estabelecimentos de hemoterapia sejam habilitados como Sítios Testadores NAT: (Origem: PRT MS/GM 2264/2014, Art. 1º)

I - centralização de maior quantitativo de amostras processadas; (Origem: PRT MS/GM 2264/2014, Art. 1º, I)

II - maior número de doações; (Origem: PRT MS/GM 2264/2014, Art. 1º, II)

III - melhor acesso logístico regional; (Origem: PRT MS/GM 2264/2014, Art. 1º, III)

IV - critérios epidemiológicos e sanitários regionais; (Origem: PRT MS/GM 2264/2014, Art. 1º, IV)

V - área física disponível para os equipamentos da plataforma NAT; (Origem: PRT MS/GM 2264/2014, Art. 1º, V)

VI - sistema informatizado que permita transcrição automática dos resultados; e (Origem: PRT MS/GM 2264/2014, Art. 1º, VI)

VII - profissionais capacitados para realização do NAT. (Origem: PRT MS/GM 2264/2014, Art. 1º, VII)

Anexo 1 do Anexo IV

Tabela de Triagem Clínica de Doadores de Sangue - Doenças (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 1)

ANEXO I

TABELA DE TRIAGEM CLÍNICA DE DOADORES DE SANGUE - DOENÇAS

A - PRINCIPAIS CAUSAS DE INAPTIDÃO DEFINITIVA PARA DOAÇÃO DE SANGUE
Alcoolismo crônico
Anafilaxia (choque anafilático)
Antecedentes de acidente vascular cerebral (AVC)
Bronquite e asma (crises com intervalos de 3 meses ou menos, sem controle com medicamentos por via inalatória)
Babesiose
Blastomicose sistêmica
Câncer (inclusive leucemia). Antecedentes de carcinoma in situ de cérvix uterina e de carcinoma basocelular de pele não impedem a doação de sangue
Doença cardiovascular grave. Especial atenção para doença coronariana, angina, arritmia cardíaca grave, insuficiência cardíaca, doença valvular, aneurismas, má formações arteriovenosas, endocardite com sequela, miocardite com sequela, trombose arterial, trombose venosa recorrente e trombofilia.
Diabetes tipo I, diabetes tipo II, insulino-dependente.
Doença de Chagas
Doenças autoimunes que comprometam mais de um órgão. Por exemplo: lúpus eritematoso sistêmico, tireoidites imunes, artrite reumatoide, etc.
Doença pulmonar grave: especial atenção à enfisema, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), história de embolia pulmonar
Doenças endócrinas: hiperaldosteronismo, hiperfunção hipofisária, hiperlipoproteinemias essenciais, hipertireoidismo, hipopituitarismo, insuficiência suprarrenal, síndrome de Cushing
Doenças gastrointestinais: cirrose hepática, retocolite ulcerativa crônica, doença de Crohn, hepatopatia crônica de origem desc onhecida, hipertensão porta, pancreatite crônica
Doenças neurológicas: esclerose em placa, esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltipla, hematoma extra ou subdural com sequela, leucoencefalopatia multifocal progressiva, neurofibromatose forma maior, miastenia gravis
Doença renal crônica
Doenças hemorrágicas congênitas ou adquiridas
Doença de Creustzfeldt Jakob (vaca louca) ou histórico familiar de encefalopatia espongiforme humana e suas variantes, transplante de córnea e implante a base de dura-mater
Elefantíase (filariose)
Esquistossomose hepatoesplênica
Feocromocitoma
Hanseníase
Hepatite viral após 11 anos de idade (exceto para caso de comprovação de hepatite A aguda com IgM reagente, a época do diagnóstico clínico)
Infecção por HBV, HCV, HIV, HTLV I/II
Intoxicações por metais pesados
Leishmaniose visceral (Calazar)
Malária (Febre quartã - Plasmodium malarie)
Doença psiquiátrica que gere inimputabilidade jurídica (incapacidade)
Pênfigo foliáceo
Psoríase extensa ou com outras manifestações associadas
Reação adversa grave em doação anterior
Tuberculose extrapulmonar

B. PRINCIPAIS CAUSAS DE INAPTIDÃO TEMPORÁRIA PARA A DOAÇÃO DE SANGUE	
Causas de inaptidão temporária	Tempo de inaptidão
Atraso menstrual em mulheres em idade fértil	Até que se afaste a possibilidade de gravidez ou de outro problema que impeça a doação
Adenomegalia a esclarecer	Avaliação caso a caso
Alergias (tratamento de dessensibilização)	3 dias após o fim do tratamento
Alergias (urticária, rinite, dermatite e outras)	Na fase aguda e durante o tratamento
Blastomicose pulmonar	5 anos depois da cura
Brucelose	1 ano após o tratamento ou 8 semanas após a potencial exposição
Caxumba	3 semanas após a cura
Citomegalovírus	3 meses após desaparecimento dos sintomas
Cólera	3 meses após a cura
Conjuntivite	1 semana após a cura
Dengue	4 semanas após a cura
Dengue hemorrágico	6 meses após a cura
Diarreia	1 semana após a cura
Epilepsia	3 anos após suspensão do tratamento e sem relato de crise convulsiva
Erisipela	2 semanas após a cura
Gripes ou resfriados	1 semana após cessarem os sintomas
Herpes simplex genital, Herpes simplex oral, etc.	Após o desaparecimento das lesões
Herpes Zoster	6 meses após desaparecimento de sintomas
Infecções bacterianas comuns não complicadas (por exemplo: sinusite, amigdalite, otite, infecção urinária baixa)	2 semanas após o fim do tratamento
Leptospirose	3 meses após a cura
Lesões de pele no local da punção venosa	Até a cura
Lesões dermatológicas: eritema polimorfo, eritrodermias, líquen plano	6 meses após a cura
Meningite infecciosa	6 meses após a cura
Mononucleose infecciosa	6 meses após a cura
Osteomielite aguda	2 meses após a cura
Osteomielite crônica	Definitivo
Pericardite infecciosa (exceto tuberculosa)	12 meses após a cura
Pielonefrite	1 mês após a cura
Piercing, tatuagem ou maquiagem definitiva	6 meses após realização; 12 meses se não houver condição de avaliação da segurança do procedimento realizado; se na cavidade oral e/ou na região genital, devido ao risco permanente de infecção, a inaptidão é de 12 meses da retirada.
Rubéola	2 semanas após a cura
Retirada de verrugas, unhas, manchas e outros pequenos procedimentos dermatológicos	Após a cicatrização
Síndrome vestibular periférica (labirintite)	30 dias após a crise e sem uso de medicamento
Sífilis	12 meses o tratamento
Tromboflebite isolada	6 meses após a cura
Toxoplasmose comprovada laboratorialmente	1 ano após a cura
Tuberculose pulmonar	5 anos depois da cura
Ulcera péptica	12 meses após a cura
Varicela	3 semanas após a cura

Anexo 2 do Anexo IV

Tabela de Triagem Clínica de Doadores de Sangue - Cirurgias e Procedimentos Invasivos (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 2)

TABELA DE TRIAGEM CLÍNICA DE DOADORES DE SANGUE - CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS INVASIVOS

A - PRINCIPAIS CIRURGIAS E SUA CORRELAÇÃO COM A DOAÇÃO DE SANGUE	
Cirurgias	Tempo de inaptidão
Cirurgia cardíaca	Definitivo
Gastrectomia total	Definitivo
Pneumectomia ou lobectomia	Definitivo
Esplenectomia	Definitivo, exceto se for pós-trauma
Cirurgias de miopia ou catarata	Após alta oftalmológica
Nefrolitotomia extracorpórea	1 mês
Apendicectomia	3 meses
Hemorroidectomia	
Hernioplastia	
Ressecção de varizes	
Cirurgia plástica sob anestesia local	
Amigdalectomia	
Colecistectomia	6 meses
Vagotomia super-seletiva	
Histerectomia	
Laminectomia	
Artrodese de coluna	
Tireoidectomia	
Nódulo de mama	
Cirurgia plástica sob anestesia com bloqueio peridural ou raquimedular ou geral	
Ortopédicas em geral	
Cirurgia de politrauma	12 meses
Colectomia	
Esplenectomia pós-trauma	
Nefrectomia	
Ressecção de aneurisma	
Procedimentos endoscópicos inclusive cirurgias laparoscópicas	6 meses
B - CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	
Tratamento de canal, drenagem de abscesso, gengivites e cirurgias com anestesia local	1 semana após o procedimento ou uma semana após o término do anti-inflamatório e/ou do antibiótico
Extração dentária	7 dias após o procedimento
Procedimentos sem anestesia e sangramento (por exemplo: pequenas cáries e ajuste de aparelhos)	1 dia após o procedimento
Remoção de tártaro e outros procedimentos com anestesia local (por exemplo: obturações)	3 dias após o procedimento
Cirurgias odontológicas com anestesia geral	1 mês após o término do tratamento

Anexo 3 do Anexo IV

Tabela de Triagem Clínica de Doadores de Sangue - Medicamentos (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 3)

TABELA DE TRIAGEM CLÍNICA DE DOADORES DE SANGUE - MEDICAMENTOS

PRINCIPAIS MEDICAMENTOS E SUA CORRELAÇÃO COM A DOAÇÃO DE SANGUE	
Medicamento	Tempo de inaptidão
Antibióticos e quimioterápicos antibacterianos ou antifúngicos	Temporário de acordo com a vida média da droga
Corticosteroides sistêmicos	Depende da doença para a qual foi utilizado. Inaptidão mínima de 48 horas após a suspensão
Corticosteroides tópicos	Só contraindicam a doação se a doença de base o fizer
Anticoagulantes	10 dias após a interrupção do medicamento
Anticonvulsivantes	Enquanto estiver usando o medicamento
Analgésicos: paracetamol, dipirona sódica ou similares	Não contraindicam a doação, mesmo que tenham sido utilizados no dia da doação
Anorexígenos	7 dias após a interrupção do medicamento
Anti-inflamatórios: ácido acetilsalicílico, diclo-fenacos, meloxicam, piroxicam, fenilbutazona, etc. (com efeito na função plaquetária)	Não contraindicam a doação, porém não deve ser preparado concentrado de plaquetas a partir daquela doação, se o remédio foi usado nos últimos 3 dias

ANTI-HIPERTENSIVOS E OUTROS MEDICAMENTOS CARDIOLÓGICOS	
Medicamento	Tempo de inaptidão
Ação Central: metildopa, clonidina, reserpina	48 horas após a suspensão do medicamento pelo médico assistente e avaliado caso a caso
Beta-bloqueadores: propranolol, atenolol, oxprenolol ou similares	
Bloqueadores alfa-adrenérgicos: prazosina, etc.	
Diuréticos	Não há contraindicação. Orientar o doador a fazer uma hidratação oral prévia mais rigorosa
Inibidores de enzima conversora de angiotensina: captopril, enalapril, etc.	Não há contraindicação
Antagonistas de angiotensina II: losartana, etc.	
Bloqueadores de canais de cálcio: nifedipina, etc.	
Vasodilatadores: hidralazina, minoxidil,etc.	5 dias após a suspensão do remédio
Antiarrítmicos: amiodarona, etc.	Enquanto estiver usando o medicamento

MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS	
Medicamento	Tempo de inaptidão
Antidepressivos	Não contraindicam a doação, porém o doador deve ser avaliado pelo médico.
Antipsicóticos: haloperidol, clorpromazina, etc	7 dias após a suspensão do medicamento pelo médico assistente e avaliado caso a caso
Ansiolíticos e soníferos	Só contraindicam a doação se a dose for elevada

HORMÔNIOS E ANTIMETABÓLICOS	
Medicamento	Tempo de inaptidão
Hormônio do crescimento hipofisário humano	Definitivo
Hormônio gonadotrófico hipofisário humano	
Hormônio do crescimento recombinante	Não há contraindicação
Anticoncepcionais	
Testosterona	6 meses após a suspensão da medicação
Danazol	6 meses após a suspensão da medicação
Hormônios femininos	Não há contraindicação, a menos que estejam sendo usados para tratamento do câncer
Outros hormônios hipofisários recombinantes	Depende do motivo pelo qual o medicamento foi usado
Antitireoidianos de síntese: propiltiouracila, tiamazol, etc.	Avaliação caso a caso
Anticolesterolinemicos: clofibrato, estatinas, etc	Não contraindicam a doação a menos que estejam sendo usados para tratamento de hiperlipidemia familiar

MEDICAMENTOS TERATOGÊNICOS	
Medicamento	Tempo de inaptidão
Isotretinoína	1 mês de inaptidão após a última dose
Finasterida	1 mês após a interrupção do medicamento
Dutasterida	6 meses após a interrupção do medicamento
Acitretina	3 anos após a interrupção do medicamento
Etretionato	Inaptidão definitiva

Anexo 4 do Anexo IV

Tabela de Triagem Clínica de Doadores de Sangue - Vacinas (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 4)

TABELA DE TRIAGEM CLÍNICA DE DOADORES DE SANGUE - VACINAS

PRINCIPAIS VACINAS E SUA CORRELAÇÃO COM A DOAÇÃO DE SANGUE	
Vacinas de vírus ou bactérias vivos e atenuados	
Vacina	Tempo de inaptidão
Pólio oral (Sabin)	4 semanas
Febre tifóide oral	
Caxumba (Parotidite)	
Tríplice viral [Caxumba (Parotidite), Sarampo e Rubéola]	
Dupla viral (Sarampo e Rubéola)	
Febre amarela	
Sarampo	
BCG	
Rubéola	
Varicela (Catapora)/Herpes zoster	
Varíola*	
Rotavírus	
Influenza	
Outras vacinas produzidas a partir de micro-organismos vivos ou atenuados contra infecções não relacionadas acima deverão obedecer ao tempo de inaptidão de 4 semanas, ou outras recomendações dos fabricantes.	
* Doença erradicada. No entanto, manter esta restrição por situações excepcionais.	
Vacinas de vírus ou bactérias inativados, toxoides ou recombinantes	
Vacina	Tempo de inaptidão
Cólera	48 horas
Pólio (Salk)	
Dupla do tipo adulto - dT(Difteria e Tétano)	
DTPa (Difteria,Tétano e Coqueluche acelular)	
Tetra (Difteria,Tétano, Coqueluche e Hemophillus influenzae do tipo b)	
Tétano	
Febre tifoide (injetável)	
Meningite	
Coqueluche	
Peste	
Pneumococo	
Leptospirose	
Brucelose	
Hemophillus influenzae do tipo b, hepatite A	
Hepatite B recombinante	
HPV (Human Papiloma Vírus)	
Influenza	
Vacina Antirrábica (vacina inativada proveniente de cultivos celulares)	48 horas 12 (doze) meses se após exposição animal
Outras vacinas produzidas a partir de micro-organismos inativados, toxoides ou recombinantes contra infecções não relacionadas acima, deverão obedecer ao tempo de inaptidão de 48 horas, ou outras recomendações dos fabricantes.	
Imunoterapia passiva	
Soro	Tempo de inaptidão
Imunoterapia passiva heteróloga (soro)	4 semanas
Imunoterapia passiva homóloga (soro humano)	1 ano
Observações:	
Vacinação para hepatite A (inativada) e B (recombinante) considerar inapto por 48 horas, se não relacionado com exposição ao vírus. No caso de utilização de vacinas em situação de bloqueio de surto, o período de inaptidão estará relacionado com o período de incubação da doença. Em caso de indivíduos que estejam participando de estudos clínicos para vacinas considerar inapto por 1 (um) ano após o término do protocolo de vacinação.	
No caso de uso de vacinas que ainda estejam em processo de registro, considerar inapto por 1 (um) ano após o término do protocolo de vacinação.	

Anexo 5 do Anexo IV

Do Algoritmo para a Testagem Obrigatória e Liberação de Bolsas de Sangue (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 5)

DO ALGORITMO PARA A TESTAGEM OBRIGATÓRIA E LIBERAÇÃO DE BOLSAS DE SANGUE

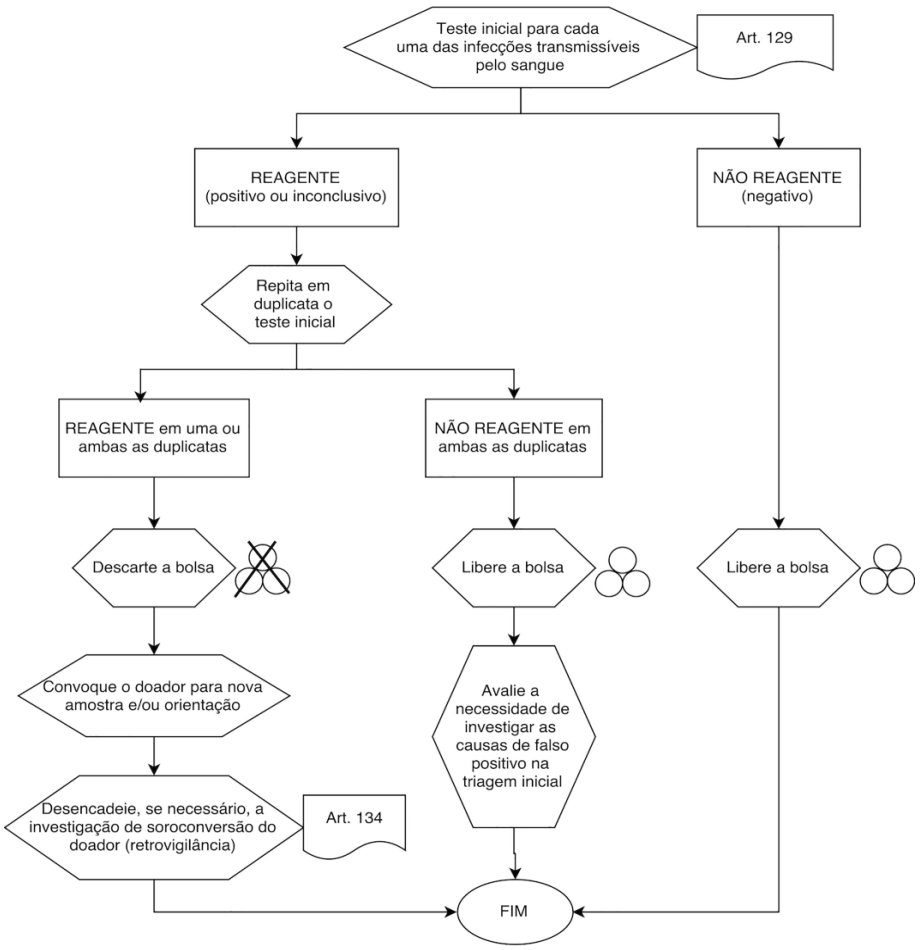
Serão disponibilizados no endereço www.saude.gov.br/sangue os algoritmos:

I - para testagem e liberação de bolsas de sangue (HBsAg, anti HBc, anti-HTLVI/II, sífilis e doença de chagas; e

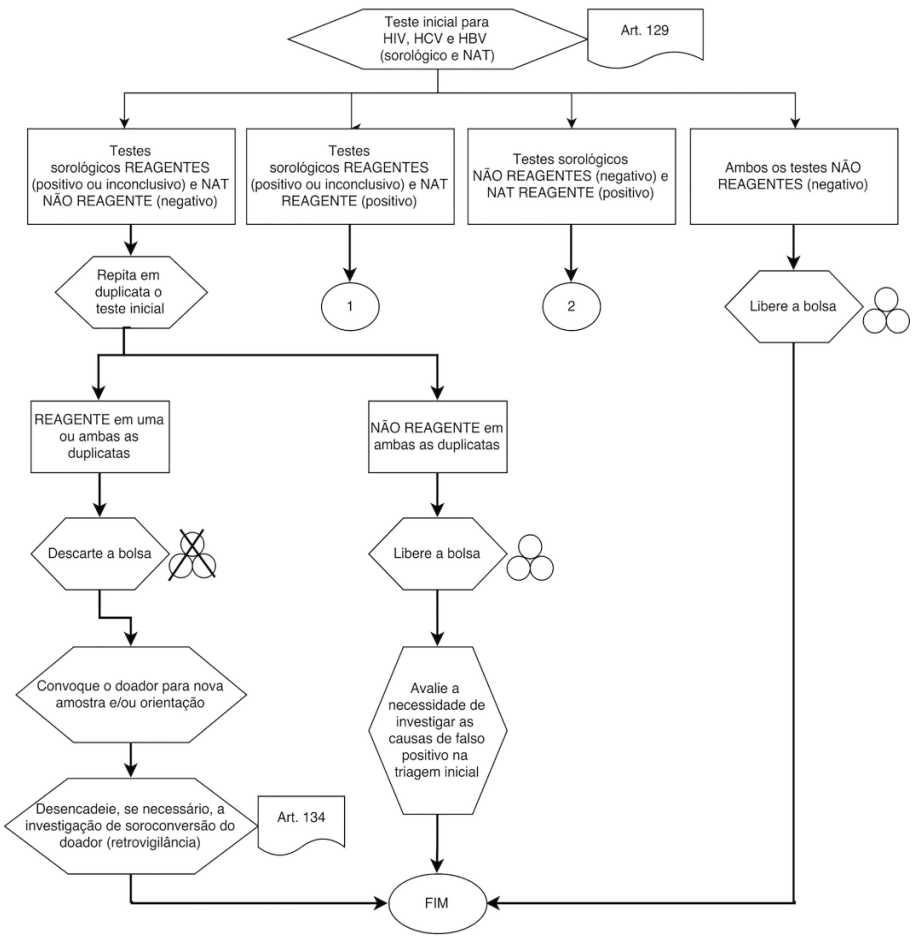
II - para testagem e liberação de bolsas de sangue (HIV, HCV e HBV, testes sorológicos e NAT).

Parágrafo único. Entende-se por NAT positivo a positividade em amostra já testada individualmente.

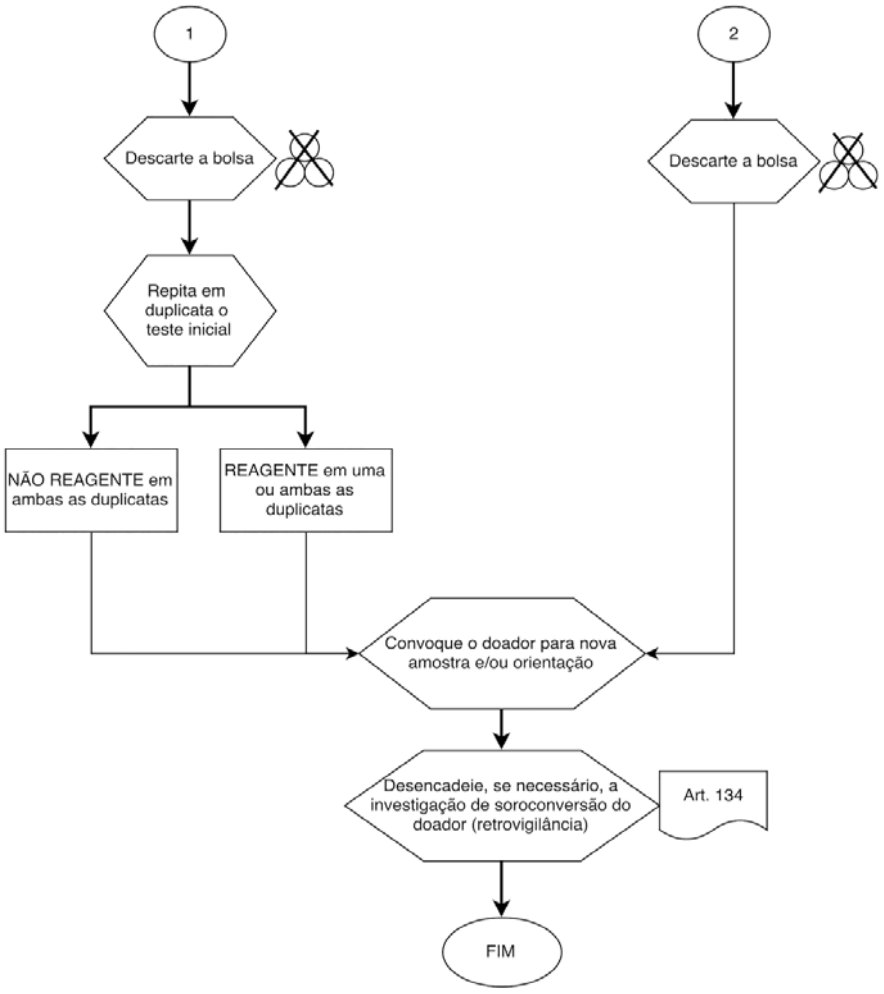
A. Algoritmo para testagem e liberação de bolsas de sangue (anti-HTLVI/II, sífilis e doença de Chagas)



B. Algoritmo para testagem e liberação de bolsas de sangue (HIV, HCV e HBV - testes sorológicos e NAT). (Página 1)



B. Algoritmo para testagem e liberação de bolsas de sangue (HIV, HCV e HBV - testes sorológicos e NAT). (Página 2)



Anexo 6 do Anexo IV

Especificações dos Componentes Sanguíneos - Controle de Qualidade (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 6)

ESPECIFICAÇÕES DOS COMPONENTES SANGUÍNEOS - CONTROLE DE QUALIDADE

Concentrado de hemácias	
Análises	Valores esperados
Teor de hemoglobina	maior que 45g/unidade
Hematócrito	50 a 80% *
Grau de hemólise	menor que 0,8% da massa eritrocitária (no último dia de armazenamento)
Microbiológica	Negativa
* O hematócrito esperado depende do tipo de solução preservativa utilizada na bolsa, sendo de 50 a 70% para os concentrados de hemácias com soluções aditivas e de 65 a 80% para com CPDA-1.	
OBS.: deve ser realizado controle de qualidade em, pelo menos, 1% da produção ou 10 unidades por mês (o que for maior).	

Concentrado de hemácias lavadas	
Análises	Valores esperados
Teor de hemoglobina	maior que 40g/unidade
Hematócrito	50 a 75%
Grau de hemólise	menor que 0,8% da massa eritrocitária
Recuperação	maior que 80% da massa eritrocitária
Proteína residual	menor que 0,5g/unidade
Microbiológica	Negativa
OBS.: em todas as unidades produzidas deve ser testado o teor residual de proteína, os demais parâmetros devem ser testados em 1% da produção ou 10 unidades por mês (o que for maior).	

Concentrado de hemácias desleucocitadas	
Análises	Valores esperados
Teor de hemoglobina	maior que 40g/unidade
Grau de hemólise	menor que 0,8% da massa eritrocitária
Leucócitos residuais	menor que 5,0 x 10e6/unidade
Microbiológica	Negativa
OBS.: deve ser realizado controle de qualidade em, pelo menos, 1% da produção ou 10 unidades por mês (o que for maior).	

Concentrado de hemácias com camada leucoplaquetária removida	
Análises	Valores esperados
Teor de hemoglobina	maior que 43g/unidade
Hematócrito	50 a 80%*
Grau de hemólise	menor que 0,8% da massa eritrocitária (no último dia de armazenamento)
Leucócitos	menor que 1,2 x 10e9/unidade
Microbiológica	Negativa
* O hematócrito esperado depende do tipo de solução preservativa utilizada na bolsa, sendo de 50 a 70% para os concentrados de hemácias com soluções aditivas e de 65 a 80% para com CPDA-1.	
OBS.: deve ser realizado controle de qualidade em, pelo menos, 1% da produção ou 10 unidades por mês (o que for maior).	

Concentrado de hemácias congeladas	
Análises	Valores esperados
Volume	maior que 185mL*
Hemoglobina no sobrenadante	menor que 0,2g/unidade*
Teor de hemoglobina	maior que 36g/unidade*
Hematócrito	50 a 75%* e **
Recuperação	maior que 80% da massa eritrocitária
Osmolaridade	menor que 340 mOsm/L
Contagem de leucócitos	menor que 0,1 x 10e9/unidade
Microbiológica	Negativa
* Os parâmetros de volume, hemoglobina sobrenadante, teor de hemoglobina e hematócrito devem ser avaliados em todas as unidades produzidas, os demais em 1% da produção ou 10 unidades por mês (o que for maior).	
** Dependendo da concentração de glicerol utilizado na técnica.	

Concentrado de plaquetas obtido de sangue total	
Análises	Valores esperados
Volume	40 - 70ml
Contagem de plaquetas	maior igual que 5,5 x 10e10/unidade
Contagem de leucócitos	
Preparado de plasma rico em plaquetas	menor que 2,0 x 10e8/unidade
Preparado de camada leucocitária	menor que 0,5 x 10e8/unidade
pH	maior que 6,4 (no último dia de armazenamento)
Microbiológica	Negativa
OBS.: deve ser realizado controle de qualidade em, pelo menos, 1% da produção ou 10 unidades por mês (o que for maior).	

Concentrado de plaquetas por aférese	
Análises	Valores esperados
Volume	maior igual que 200mL*
Contagem de plaquetas	maior que= 3,0 x 10e11/unidade (plaquetaférese simples)
	maior que= 6,0 x 10e11/unidade (plaquetaférese dupla)
Contagem de leucócitos	menor que 5,0 x 10e6/unidade
pH	maior que 6,4 (no último dia de armazenamento)
Microbiológica	Negativa
* Deve ser garantido um volume mínimo de plasma ou solução aditiva de 40 mL por 5,5 x 10 e 10 plaquetas.	

Concentrado de plaquetas desleucocitadas	
Análises	Valores esperados
Contagem de plaquetas	maior que= 5,5 x 10e10/unidade
Contagem de leucócitos:	
no pool	menor que 5,0 x 10e6/pool
por unidade	menor que 0,83 x 10e6/unidade
pH	maior que 6,4* (no último dia de armazenamento)
Microbiológica	Negativa
* A medida do pH só deve ser feita se a desleucocitação for realizada pré-armazenamento.	
OBS.: deve ser realizado controle de qualidade em, pelo menos, 1% da produção ou 10 unidades por mês (o que for maior).	

Concentrado de granulócitos por aférese*	
Análises	Valores esperados
Volume	menor que 500mL
Contagem de granulócitos	maior que= 1,0 x 10e10/unidade
* Estes parâmetros devem ser testados em todas as unidades produzidas.	

Plasma comum (plasma não fresco, plasma normal ou plasma simples)*	
Análises	Valores esperados
Volume	maior que= 150mL
* O parâmetro de volume deve ser avaliado em todas as unidades produzidas.	

Plasma isento de crioprecipitado (PIC)*	
Análises	Valores esperados
Volume	maior que= 140 mL
* O parâmetro de volume deve ser avaliado em todas as unidades produzidas.	

Plasma fresco congelado (PFC) e Plasma fresco congelado dentro de 24 horas (PFC24)*	
Análises	Valores esperados
Volume	maior que= 150mL
TTPA 1; 2	Até valor do pool controle + 20%
Fator VIII:C 1; 2; 3	maior que= a 0,7UI/mL
Fator V 1; 2; 3	maior que= a 0,7UI/mL
Leucócitos residuais 4	menor que 0,1 x 10e6/mL
Hemácias residuais 4	menor que 6,0 x 10e6/mL
Plaquetas residuais 4	menor que 50 x 10e6/mL

* O parâmetro de volume deve ser avaliado em todas as unidades produzidas, os demais em 1% da produção ou 4 (quatro) unidades (o que for maior) mensalmente. 1 - O serviço de hemoterapia pode optar por apenas um destes parâmetros utilizando unidades com até 30 (trinta) dias de armazenamento. O serviço de hemoterapia deve realizar dosagem de Fator VIII
quando fornecer plasma excedente para fracionamento. 2 - A análise deve ser feita utilizando amostras de PFC e PFC24 conjuntamente e em proporção definida pelo serviço baseado na produção. 3 - As dosagens de Fator VIII:C e Fator V podem ser realizados em pools de até 10 (dez) amostras de
bolsas de plasma, com um mínimo de 4 (quatro) pools mensais. 4 - As células residuais devem ser contadas antes do congelamento.

Crioprecipitado*	
Análises	Valores esperados
Volume	10 a 40mL (em todas a unidade produzidas)
Fibrinogênio	maior que150mg/unidade
* O parâmetro de volume deve ser avaliado em todas as unidades produzidas, os demais em 1% da produção ou 4 unidades (o que for maior), em unidades com até 30 (trinta) dias de armazenamento, nos meses em que houver produção.	

Anexo 7 do Anexo IV

Controle de Qualidade dos Reagentes de Imuno-Hematologia - Parâmetros Recomendados (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 7)

CONTROLE DE QUALIDADE DOS REAGENTES DE IMUNO-HEMATOLOGIA - PARÂMETROS RECOMENDADOS

A.Inspeção dos reagentes:

Parâmetros	Especificações	Frequência
Avaliação do rótulo	Nome do fabricante, nome e origem do produto, data de validade,	A cada lote/remessa
	número do lote, volume, temperatura de estocagem, número de registro na ANVISA, firmemente afixado ao frasco e que permita a inspeção visual do conteúdo.	
Avaliação das instruções de uso	Nome e composição do reagente, descrição dos procedimentos técnicos, informações claras e legíveis e em português.	A cada lote/remessa
Avaliação da embalagem / frasco	Embalagem íntegra e bem vedada e frascos conta-gotas transparentes.	A cada lote/remessa

B. Inspeção visual dos reagentes

Reagentes	Especificações	Frequência
Antissoros, potencializadores, soluções e enzimas proteolíticas	Ausência de precipitados, gelatina, partículas, fungos, turvação e hemólise.	Diária
Reagentes de hemácias	Ausência de hemólise, turvação do líquido sobrenadante ou escurecimento da hemácia.	Diária

C - Inspeção laboratorial dos reagentes: Hemácias "A" e "B"

Parâmetros	Especificações	Frequência
Potência: intensidade de aglutinação	Pode ser avaliada pela intensidade de aglutinação obtida com plasmas ou soros que possuam os anticorpos complementares aos an-tígenos presentes nas hemácias	A cada lote/remessa
	testadas. Testar hemácias "A" (suspensão a 3-5%) com plasma "B" e hemácias "B" (suspensão a 3-5%) com plasma "A". A intensidade mínima de aglutinação obtida	
	para qualificar o reagente de hemácias é de 2+. Não deve ocorrer a formação de empilhamento ("rouleaux").	
Especificidade	Pode ser avaliada pela capacidade do anticorpo reconhecer apenas seus antígenos eritrocitários complementares. Testar hemácias "A" e "B" (suspensão a 3-5%)	A cada lote/remessa
	com plasmas "AB". Não deve haver aglutinação, visto que não há anticorpo específico para promovê-la no teste	
	realizado. Não deve ocorrer a formação de empilhamento ("rouleaux").	

D - Inspeção laboratorial dos reagentes: Antissoros anti-A, -B e -AB

Parâmetros	Especificações	Frequência
Potência: intensidade de aglutinação	Deve ser avaliada por meio da intensidade da aglutinação do soro não diluído com hemácia contendo o antígeno	A cada lote/remessa
	correspondente. Testar os soros anti-A, -B, -AB com hemácias (suspensão a 3-5%) que contenham os antígenos correspondentes. Ver padrão de avaliação dos resultados no	
	quadro D.1.	
Potência: título	É determinado utilizando diluições em série dos antissoros (1/1 até 1/2048) colocando-os em contato com hemácias que contenham os antígenos correspondentes	A cada lote/remessa
	Testar os soros anti-A, -B, -AB com hemácias (suspensão a 3-5%) que contenham os antígenos correspondentes. Ver padrão de avaliação dos resultados no	
	quadro D.1.	
Potência: avidez	É avaliada pela medida do tempo entre a adição do soro e hemácias testes e a identificação macroscópica inicial da aglutinação. Testar os soros anti-A, -B, -AB	A cada lote/remessa
	com hemácias (suspensão a 10-20%) que contenham os antígenos correspondentes. Ver padrão de avaliação dos resultados no quadro D.1.	
Especificidade	Pode ser avaliada pela capacidade do anticorpo reconhecer apenas seus antígenos eritrocitários complementares. Testar os sôros anti-A, - B e -AB com hemácias "O"	A cada lote/remessa
	(suspensão a 3-5%). Não deve haver aglutinação, visto que não há antígeno específico para promovê-la nos testes realizados.	

D.1. Parâmetros de Intensidade de aglutinação e título esperados para os antissoros anti-A, -B e -AB

Antissoro	Reagentes de hemácias utilizados*	Intensidade mínima de aglutinação sem diluição do antissoro	Avidez (suspensão de hemácias a 20%)	Título
Anti-A Cor: Azul	A1	3+	até 15"	256
	A2	2+	até 30"	128
	A1B	3+	até 30"	128
	A2B	2+	até 45"	64
Anti-B Cor: Amarela	B	3+	até 15"	256
	A1B	3+	até 15"	256
Anti-AB Cor: Incolor	A1	3+	até 15"	256
	A1B	3+	até 15"	256
	B	3+	até 15"	256
	A2	3+	até 30"	128

* no mínimo 3 hemácias de cada fenótipo.

E. Inspeção laboratorial dos reagentes: Antissoros anti-RhD

Parâmetros	Especificações	Frequência
Potência: intensidade de aglutinação	Pode ser avaliada por meio da intensidade de aglutinação do soro não di- luído com hemácias contendo os antígenos correspondentes. Testar o	A cada lote/remessa
	soro anti-RhD com hemácias "O" positivo (suspensão 3-5%). Ver padrão de avaliação dos resultados no quadro E. 1	
Potência: título	É determinado por meio de diluições em série dos antissoros(1/1 até 1/2048) colocando-os em contato com hemácias que contenham os anti- genos correspondentes. Testar os soros anti	A cada lote/remessa
	RhD com hemácias "O" positivo (suspensão a 3-5%). Ver padrão de avaliação dos resultados no quadro E. 1	
Potência: avidez	É avaliada pela medida do tempo entre a adição do soro e hemácias testes e a identificação macroscópica inicial da aglutinação. Testar os soros antiRhD com hemácias "O" positivo	A cada lote/remessa
	(suspensão a 40-50%). Ver padrão de avaliação dos resultados no quadro E. 1.	
Especificidade	Pode ser avaliada pela capacidade do anticorpo reconhecer apenas seus an- tígenos eritrocitários complementares. Testar os soros anti-RhD com hemá- cias "O" RhD negativo (suspensão a 3-5%). Não deve haver aglutinação, visto que não há antígeno específico para promovê-la nos testes realizados.	A cada lote/remessa

E.1. Parâmetros de intensidade de aglutinação e título esperados para os antissoros anti-RhD

Antissoro	Fenótipos das hemácias utilizados	Intensidade mínima de aglutinação sem diluição	Avidez (suspensão de hemácias a 40-50%)	Título
Anti-RhD Cor: incolor	"O" R0r (Dccee)	3+	até 30"	32
	"O" R1r (DCcee)	3+	até 30"	32
	"O" R2r (DccEe)	3+	até 30"	32

*Deve-se utilizar no mínimo 3 hemácias de cada fenótipo

F. Inspeção laboratorial dos reagentes: Antiglobulina Humana (AGH)

Parâmetros	Especificações	Frequência
Potência: intensidade de aglutinação	Pode ser avaliada pela intensidade da aglutinação da AGH com hemácias RhD positivas (preferencialmente R0r Dccee) sensibilizadas com anticorpos da classe IgG após adsorção (plasma	a cada lote/remessa
	humano com anti-RhD ou soro comercial anti-RhD policlonal).Testar a AGH realizando o teste de antiglobulina direto (Coombs direto) com as	
	hemácias sensibilizadas "O" RhD positivo (suspensão a 3-5%). A intensidade mínima de aglutinação esperada é de 3+	
Especificidade	O antissoro não deve reagir com hemácias que não estejam sensibilizadas com anticorpos IgG e/ou complemento. Testar a AGH realizando o teste de antiglobulina direto (Coombs direto) com 3	a cada lote/remessa
	hemácias distintas (suspensão a 3-5%) não sensibilizadas. Não deve haver aglutinação ou hemólise.	

G. Inspeção laboratorial dos reagentes: Salina, LISS, albumina bovina e enzimas proteolíticas

Reagentes	Especificações	Frequência
Salina	Não pode promover hemólise e aglutinação de hemácias não sensibilizadas nos testes imuno-hematológicos. Estas características deverãoser observadas quando este reagente estiver em uso.	diária
	Verificar pH cujos valores permitidos são de 6,0 a 8,0	a cada lote/remessa diária
LISS	Não pode promover hemólise e aglutinação de hemácias não sensibilizadas nos testes imuno-hematológicos. Estas características deve- rão ser observadas quando este reagente estiver em uso.	
	Verificar pH cujos valores permitidos são de 6,5 a 7,0	a cada lote/remessa

H. Inspeção visual das colunas de aglutinação:

Indicadores	Especificações	Frequência
Microtubos com gel ou pérolas	Totalmente sedimentados, aspecto homogêneo e solução tampão acima da coluna. Não devem apresentar sinais de ressecamento, partículas em suspensão e bolhas de ar. O nível do gel ou das	diária
	pérolas em todos os microtubos deve ser de 2/3. O nível do tampão deve estar entre 1 a 2 mm acima do gel ou pérola de vidro.	
Lacres de alumínio	Sem perfurações ou irregularidades. Na retirada do lacre é preciso observar, na parte inferior da folha de alumínio, as marcas impressas das bordas dos	diária
	orifícios dos microtubos que indicam o fechamento correto.	

Observações:

1) todos os testes de controle de qualidade de reagentes devem ser registrados em formulários específicos. Estes devem informar o nome do reagente, fabricante, lote, validade, resultados dos testes e responsável pela execução do teste;

2) os reagentes que estiverem fora das especificações técnicas descritas acima não devem ser utilizados na rotina. Registrar as não conformidades e investigar as causas das inadequações; e

3) recomenda-se que serviços de hemoterapia que utilizarem outros reagentes elaborem procedimentos de controle de qualidade, porém sem caráter obrigatório.

Anexo 8 do Anexo IV

Controle de Qualidade de Reagentes de Sorologia (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8)

Art. 1º O serviço de hemoterapia adotará ferramentas de boas práticas para a avaliação, manipulação e monitoração que garantam a qualidade dos serviços prestados. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 1º)

Parágrafo Único. O controle do processo da triagem sorológica compreenderá: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 1º, Parágrafo Único)

I - a qualificação inicial; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 1º, Parágrafo Único, I)

II - a qualificação dos lotes/remessa de reagentes; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 1º, Parágrafo Único, II)

III - o monitoramento diário; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 1º, Parágrafo Único, III)

IV - a calibração periódica de equipamentos; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 1º, Parágrafo Único, IV)

V - a manutenção preventiva e corretiva. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 1º, Parágrafo Único, V)

Art. 2º Os kits de conjuntos diagnósticos serão aprovados antes da aquisição ou do início de utilização. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 2º)

§ 1º Durante a avaliação será utilizado, no mínimo, um lote do reagente em teste. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Serão testados os equipamentos e "software", verificando se apresentam segurança em todo o processo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Serão utilizadas amostras de sangue com resultados conhecidos e caracterizadas laboratorialmente ou painéis comerciais. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 2º, § 3º)

§ 4º Para a aprovação dos conjuntos diagnósticos serão avaliados: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 2º, § 4º)

I - a sensibilidade, que deverá ter valor mínimo de 100%, não sendo aceito nenhum falso negativo; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 2º, § 4º, I)

II - a especificidade, que deverá ser acima de 99%. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 2º, § 4º, II)

§ 5º No momento da aquisição ou início de utilização dos kits, equipamentos ou "softwares", os fornecedores apresentarão: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 2º, § 5º)

I - certificado de registro de produto e equipamento, quando aplicável; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 2º, § 5º, I)

II - plano continuado de capacitação teórico-prática de recursos humanos; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 2º, § 5º, II)

III - plano de manutenção corretiva, preventiva e de calibração para cada equipamento em comodato. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 2º, § 5º, III)

§ 6º No momento do recebimento dos kits, equipamentos e "softwares", será realizada, em cada lote e em cada remessa, inspeção com o objetivo de verificar a conformidade com o solicitado antes da aquisição ou início da utilização. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 2º, § 6º)

§ 7º Na inspeção de que trata o § 6º serão avaliados: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 2º, § 7º)

I - os reagentes; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 2º, § 7º, I)

II - a integridade da embalagem; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 2º, § 7º, II)

III - a bula; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 2º, § 7º, III)

IV - o nome dos reagentes; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 2º, § 7º, IV)

V - as condições de acondicionamento e transporte; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 2º, § 7º, V)

VI - o lote; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 2º, § 7º, VI)

VII - a validade. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 2º, § 7º, VII)

§ 8º No controle de lotes e remessas serão utilizadas amostras com resultados conhecidos e caracterizados laboratorialmente ou painéis comerciais. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 2º, § 8º)

§ 9º Os equipamentos e "softwares" deverão estar em conformidade com a avaliação realizada antes da aquisição. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 2º, § 9º)

Art. 3º O Controle de Qualidade Interno (CQI) será realizado com a finalidade de evidenciar a perda da sensibilidade dos ensaios, identificar variações lote a lote e remessa a remessa e detectar erros aleatórios ou sistemáticos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 3º)

§ 1º O Controle de Qualidade Interno Positivo (CQIP) será adquirido ou produzido obedecendo-se os critérios de boas práticas. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O CQIP será caracterizado e validado previamente quando for de produção interna. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Em cada corrida será usado, no mínimo, 1 (um) CQIP e os resultados não conformes dessa análise invalidarão os ensaios. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A produção de CQIP para métodos imunoenzimáticos (EIE) de quimioluminescência (QLM) e métodos de floculação (VDRL/RPR) par a os ensaios de anti-HIV1/2, HBsAg, anti-HBc, anti-HCV, anti-HTLV I/II, Chagas e Sífilis será específica para cada metodologia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 3º, § 4º)

§ 5º Nas ações para caracterização das bolsas de plasma positivo para produção do CQIP, a validação deste compreenderá a testagem por, no mínimo, duas metodologias diferentes em que pelo menos uma seja diferente da utilizada na rotina. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 3º, § 5º)

§ 6º É recomendável a utilização de uma metodologia confirmatória na validação do CQIP se disponível. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 3º, § 6º)

§ 7º É recomendado que a determinação do coeficiente de variação (CV) específico para cada sistema analítico seja aferido intra e interensaios. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 3º, § 7º)

§ 8º O valor de leitura (DO ou RLU) do CQIP deve estar na faixa de 1,5 a 4,5 vezes o valor do ponto de corte do ensaio (cut off) testado na metodologia específica. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 3º, § 8º)

§ 9º No caso de CQIP para métodos de floculação (VDRL/RPR), será utilizado plasma com resultado reagente na triagem sorológica para sífilis, com título mínimo de 1/16 e teste treponêmico positivo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 3º, § 9º)

§ 10. Os CQIP serão armazenados em temperatura igual ou inferior a -20ºC (vinte graus Celsius negativos). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 3º, § 10)

§ 11. As alíquotas do CQIP a serem utilizadas serão descongeladas uma única vez, em virtude da possibilidade de ocorrência de precipitação de imunoglobulinas e consequente alteração do padrão de reatividade. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 3º, § 11)

Art. 4º A participação em programas de proficiência (Controle de Qualidade Externo) tem como finalidade a verificação da proficiência da triagem sorológica do laboratório. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 4º)

§ 1º É esperado nos programas de proficiência a completa conformidade dos resultados (100% de acerto). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Resultados discrepantes dos esperados terão as causas analisadas (erros técnicos, equipamentos, reagentes, dentre outros) e medidas corretivas serão implementadas, quando cabíveis. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 4º, § 2º)

§ 3º As testagens das amostras dos painéis de controle externo serão realizadas nas mesmas condições e com os mesmos procedimentos adotados na rotina, atendidas as orientações do fornecedor. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 8, Art. 4º, § 3º)

Anexo 9 do Anexo IV

Controle de Qualidade de Reagentes de Teste de Detecção de Ácido Nucleico (NAT) para HIV, HCV e HBV (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 9)

CONTROLE DE QUALIDADE DE REAGENTES DE TESTE DE DETECÇÃO DE ÁCIDO NUCLEICO (NAT) PARA HIV, HCV E HBV

Art. 1º O serviço de hemoterapia adotará ferramentas de boas práticas para a avaliação, manipulação e monitoração dos testes de detecção de ácido nucleico, que garantam a qualidade dos serviços prestados.

Art. 2º O controle do processo da triagem NAT compreenderá:

I - a qualificação inicial;

II - a qualificação dos lotes/remessas de reagentes;

III - o monitoramento diário;

IV - a calibração periódica; e

V - a manutenção preventiva e corretiva de equipamentos.

Art. 3º O NAT para HIV, HCV e HBV, a ser utilizado pelo serviço de hemoterapia, deve ser capaz de detectar em 95% das vezes 600 UI/mL para HCV, 600 cópias/mL para HIV e 300 UI/mL para HBV na amostra do doador.

Parágrafo único. A sensibilidade do teste e o número de amostras do pool serão definidos em conjunto para atender à sensibilidade da amostra do doador.

A. Disposições Gerais.

Os kits (conjuntos diagnósticos) deverão ser aprovados antes da aquisição ou início de utilização:

-durante a avaliação deve ser utilizado, no mínimo, um lote do reagente em teste;

-devem-se testar os equipamentos e "software", verificando se apresentam segurança em todo o processo; e

-devem ser utilizadas amostras de sangue com resultados conhecidos e caracterizadas laboratorialmente ou painéis comerciais.

A.1. Critérios para a aprovação:

-devem ser avaliadas: sensibilidade e especificidade; e

-valores mínimos de aceitação:

a)sensibilidade de 100% (não é aceitável nenhum falso negativo); e

b)especificidade: acima de 99%.

A.2. No momento da aquisição ou início de utilização dos kits/equipamentos/"software"os fornecedores deverão apresentar:

-certificado de registro de produto e equipamento (quando aplicável);

-plano continuado de capacitação teórico-prática de recursos humanos; e

-plano de manutenção corretiva, preventiva e de calibração para cada equipamento em comodato.

A.3. Inspeção no recebimento dos "kits"/equipamentos/"software":

-objetivos: verificar se estão em conformidade com o solicitado antes da aquisição ou início de utilização. Deve ser realizada para cada lote e em cada remessa;

- avaliar: reagentes, integridade da embalagem, bula, nome dos reagentes, condições de acondicionamento e transporte, lote e validade;

-controle de lote/remessa: utilizar amostras com resultados conhecidos e caracterizadas laboratorialmente ou painéis comerciais; e

-equipamentos e "software": deverão estar em conformidade com a avaliação que foi realizada antes da aquisição.

B. Controle de Qualidade Interno (CQI).

O CQI tem a finalidade de: evidenciar a perda da sensibilidade dos ensaios, identificar variações lote a lote/remessa a remessa e detectar erros aleatórios ou sistemáticos.

O controle de qualidade interno positivo (CQIP) poderá ser produzido, obedecendo aos critérios das boas práticas, ou adquirido. Quando a produção for interna este controle deve ser caracterizado e validado previamente.

- o controle de qualidade interno positivo (CQIP) pode ser obtido através de diluições seriadas de plasma com resultados sorológicos e de NAT positivos (pool e single) para os marcadores empregados na detecção. Deverá ser estabelecido um valor de corte para o CQIP, considerando a diluição utilizada. A produção de CQIP deve ser específica para cada metodologia;

- as amostras do CQIP devem ser armazenadas em condições que garantam a sua estabilidade; e

- o CQIP deve ser testado em todas as rotinas, nas mesmas condições das amostras e com os mesmos procedimentos adotados na rotina. Os resultados do CQIP deverão ser monitorados em todas as rotinas e atender aos critérios de aceitação pré-definidos.

C. Participação em programas de proficiência (Controle de Qualidade Externo).

Têm como finalidade verificar a proficiência da triagem NAT do laboratório. Espera-se completa conformidade dos resultados (100 % de acerto). Resultados discrepantes dos esperados deverão ter suas causas analisadas (erros técnicos, equipamentos, reagentes, entre outros) e medidas corretivas deverão ser implementadas, se pertinentes.

As testagens das amostras dos painéis de controle externo devem ser realizadas nas mesmas condições e com os mesmos procedimentos adotados na rotina, atendendo orientações do fornecedor.

Anexo 10 do Anexo IV

Condições para Transporte de Sangue Total e Componentes Sanguíneos (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 10)

CONDIÇÕES PARA TRANSPORTE DE SANGUE TOTAL E COMPONENTES SANGUÍNEOS

Condições de transporte	Sangue total para processamento	Concentrado de hemácias	Plasma fresco congelado	Crioprecipitado	Concentrado de plaquetas
Temperatura de transporte	20o a 24oC (para produção de CP) ou 1° a 10°C (não for destinado à produção de CP).	1 a 10oC	Manter estado congelado	Manter estado congelado	A temperaturas próximas das dearmazenamento
Substância resfriadora recomendada	Placas de 1,4-butanediol Gelo reciclável	Gelo reciclável	Gelo seco ou gelo reciclável	Gelo seco ou gelo reciclável	Somente em condições de alta temperatura: gelo reciclável
Tempo máximo de transporte	18 horas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas

Anexo 11 do Anexo IV

Do Envio do Plasma para Indústria de Hemoderivados (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11)

Art. 1º O coordenador do SINASAN definirá quanto à utilização de todo plasma congelado excedente do uso terapêutico existente em qualquer serviço de hemoterapia público ou privado com vistas ao atendimento de interesse nacional, conforme previsto no § 1º do art. 14 da Lei nº 10.205, de 2001. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 1º)

Art. 2º Não é permitida aos serviços de hemoterapia, públicos ou privados, a disponibilização de plasma para indústria de hemoderivados, nacional ou internacional, sem a autorização escrita do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 2º)

Art. 3º A realização de procedimento de plasmaférese obedecerá ao disposto no art. 101 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 3º)

Parágrafo Único. A obtenção de insumos para indústria de hemoderivados é atividade exclusiva dos serviços de hemoterapia públicos, sendo que os serviços de hemoterapia que forem fornecedores nesta modalidade deverão solicitar autorização escrita da CGSH/DAHU/SAS/MS para coleta e envio do plasma com este fim.(Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º Somente plantas industriais nacionais de natureza pública receberão o plasma dos serviços de hemoterapia brasileiros obtido por plasmaférese. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 4º)

Parágrafo Único. A CGSH/DAHU/SAS/MS acompanhará os resultados das atividades de certificação dos serviços de hemoterapia e beneficiamento do plasma pelas plantas industriais de hemoderivados, a fim de garantir o estabelecido nos inciso VIII, XII e XIV do art. 16 da Lei nº 10.205, de 2001. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 5º A CGSH/DAHU/SAS/MS verificará, oportunamente, por meio de critérios técnicos, os serviços de hemoterapia que serão fornecedores de plasma para a indústria de hemoderivados, conforme a viabilidade e capacidade operacional, além de competência técnica do serviço de hemoterapia para fornecer matéria-prima.(Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 5º)

Art. 6º A CGSH/DAHU/SAS/MS emitirá documento ao serviço de hemoterapia certificado e aprovado pela indústria de hemoderivados para fornecimento de plasma autorizando o serviço de hemoterapia a fornecer plasma como matéria-prima para a indústria certificadora pelo período de um ano ou até a expiração da validade da certificação anterior (conforme normativas sanitárias vigentes) que se baseará nas informações prestadas pela indústria produtora. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 6º)

§ 1º A autorização de que trata o "caput" será dada ao serviço de hemoterapia anualmente para fornecimento do plasma excedente do uso terapêutico à indústria que o certificou, devendo, ainda, acordar com esta os demais procedimentos necessários à execução do beneficiamento do plasma. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Para cumprimento do disposto no § 1º, a indústria produtora de hemoderivados que atua no âmbito do SINASAN deverá: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 6º, § 2º)

I - certificar os fornecedores de matéria-prima, quanto aos procedimentos operacionais adotados pelos serviços de hemoterapia, conforme critérios estabelecidos pela legislação vigente, obedecendo à periodicidade prevista na legislação sanitária vigente; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 6º, § 2º, I)

II - apresentar relatório circunstanciado da avaliação dos serviços de hemoterapia à CGSH/DAHU/SAS/MS para ciência e autorização de fornecimento em até 30 (trinta) dias após a visita. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 6º, § 2º, II)

§ 3º O relatório de aprovação servirá para concessão da autorização de fornecimento do plasma. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 6º, § 3º)

§ 4º O relatório da não aprovação servirá para adoção de medidas para melhoria pelos serviços de hemoterapia para qualificação do plasma. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 6º, § 4º)

§ 5º Para recolhimento do plasma dos serviços de hemoterapia autorizados, a indústria produtora definirá junto ao fornecedor o cronograma de recolhimento do plasma excedente do uso terapêutico. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 6º, § 5º)

§ 6º A indústria apresentará à CGSH/DAHU/SAS/MS, ao décimo quinto dia de cada mês, relatório de suas atividades de auditorias de certificação de fornecedores, recolhimento do plasma, informando: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 6º, § 6º)

I - quais serviços de hemoterapia foram auditados no mês e resultados; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 6º, § 6º, I)

II - em quais serviços de hemoterapia ocorreu o recolhimento de plasma, data e quantidades recolhidas; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 6º, § 6º, III)

III - intercorrências que demandem intervenção dessa Coordenação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 6º, § 6º, IV)

§ 7º A indústria produtora apresentará semestralmente o relatório de produção de hemoderivados, para ciência e acompanhamento das atividades desenvolvidas no âmbito do SINASAN, e no qual constará: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 6º, § 7º)

I - a quantidade de plasma recolhido, enviado para fábrica, beneficiado, descartado e principais motivos de descarte; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 6º, § 7º, I)

II - os rendimentos dos fracionamentos; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 6º, § 7º, II)

III - a quantidade de hemoderivados produzidos. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 6º, § 7º, III)

Art. 7º O SINASAN fomentará que os serviços de hemoterapia busquem qualificação de sua produção de plasma para atender ao interesse nacional na produção de hemoderivados, sem prejuízo à terapêutica. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 7º)

Art. 8º Quando houver a necessidade de exportação temporária do plasma para fins de beneficiamento no exterior, a indústria que executará a operação deve solicitar autorização de exportação temporária do plasma à CGSH/DAHU/SAS/MS, anteriormente à solicitação de licenças sanitárias e demais providências necessárias.(Origem: PRT MS/GM 158/2016, Anexo 11, Art. 8º)

Anexo 12 do Anexo IV

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DE QUALIDADE EXTERNO EM SOROLOGIA (PNCQES) (Origem: PRT MS/GM 1840/1996, Anexo 1)

1. Definições

1.1 Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia - PNCQES - É um Programa de amplitude nacional, implantado pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de avaliar a qualidade e o desempenho dos resultados doa testes sorológicos realizados nas Unidades Hemoterápicas. Esta avaliação será realizada no mínimo semestralmente, utilizando painéis de soros conhecidos (multipaineis), produzidos pela instituição credenciada.

1 2. Testes de Proficiência em Laboratórios de Sorologia - É uma avaliação do desempenho do laboratório, envolvendo a utilização de painéis, para determinar a qualidade dos resultados, por intermédio da comparação dos resultados obtidos pelo avaliado com os resultados conhecidos.

1.3. Painel de soros - É um conjunto de amostras de soros estáveis e bem caracterizadas quanto à sua negatividade ou positividade para sífilis, doença de Chagas, HBV, HCV, HTLV I e II, e HIV. A caracterização é feita por meio de ensaios de diferentes procedências e características e também pela utilização de métodos complementares/confirmatórios. O resultado dos testes somente será conhecido pelo laboratório produtor (instituição de referência).

1.4 Laboratório de referência e produtor - É o laboratório credenciado pelo Ministério da Saúde, em função de competência especifica, para produzir painéis de soros conhecidos e avaliar os resultados obtidos pelas Unidades Hemoterápicas por intermédio de laudos técnicos.

ITEM 2 (Suprimido pela Portaria GM/MS1544, de 1997).

3. Critérios de Avaliação

3.1 A Portaria MS nº 1376 de 19 de novembro de 1993 identifica a obrigatoriedade da utilização de técnicas de alta sensibilidade para triagem sorológica de doadores de sangue, em função dos riscos da liberação de resultados falsos negativos. Portanto, o PNCQES considerará como falta grave a não detecção da positividade nos soros contidos nos multipaineis, exigindo-se 100% de sensibilidade em relação ao número total de amostras. Quando assim detectado e por sua inteira responsabilidade, a unidade avaliada deverá corrigir, de imediato, os fatores responsáveis pelo(s) resultado(s) inadequado(s), comunicando obrigatoriamente o fato ao órgão de vigilância sanitária do Sistema Único de Saúde da unidade federada. Neste caso, a unidade avaliada deverá repetir o teste de proficiência, no prazo máximo de 30 dias.

3.2. A especificidade dos resultados, deverá também ser avaliada, em função de que os resultados falsos positivos indicam a qualidade dos testes realizados. Os critérios utilizados serão:

- de 75% a 100% de acertos por tipo de teste (os doença) e no total do número de determinações será considerado como desempenho ótimo.

- abaixo de 75% de acertos será considerado como desempenho insatisfatório, devendo a unidade avaliada identificar e corrigir o(s) fator(es) responsável(eis) de imediato. Deverá também, neste caso, comunicar ao órgão de vigilância sanitária do Sistema Único de Saúde da unidade federada, assim como, quais foram as medidas corretivas. Deverá tombem repetir o teste de proficiência no prazo máximo de 30 dias.

4. Laudos Técnicos

4.1 Os laudos serão emitidos pelo Laboratório Credenciado conforme formulários abaixo.

Instituição
Data:___/___/___

Assinalar com "X" a positividade encontrada em cada amostra.

Amostra	Resultados obtidos	AMS093596
1-	Sífilis HIV HTLV HCV AgHBs anti-HBc Chapas Negativo ?	
2-	Sífilis HIV HTLV HCV AgHBs anti-HBc Chapas Negativo ?	
3-	Sífilis HIV HTLV HCV AgHBs anti-HBc Chapas Negativo ?	
4-	Sífilis HIV HTLV HCV AgHBs anti-HBc Chapas Negativo ?	
5-	Sífilis HIV HTLV HCV AgHBs anti-HBc Chapas Negativo ?	
6-	Sífilis HIV HTLV HCV AgHBs anti-HBc Chapas Negativo ?	
7-	Sífilis HIV HTLV HCV AgHBs anti-HBc Chapas Negativo ?	
8-	Sífilis HIV HTLV HCV AgHBs anti-HBc Chapas Negativo ?	
9-	Sífilis HIV HTLV HCV AgHBs anti-HBc Chapas Negativo ?	
10-	Sífilis HIV HTLV HCV AgHBs anti-HBc Chapas Negativo ?	
11-	Sífilis HIV HTLV HCV AgHBs anti-HBc Chapas Negativo ?	

12-	Sífilis HIV HTLV HCV AgHBs anti-HBc Chapas Negativo ?	
13-	Sífilis HIV HTLV HCV AgHBs anti-HBc Chapas Negativo ?	
14-	Sífilis HIV HTLV HCV AgHBs anti-HBc Chapas Negativo ?	
Responsável (Nome):		
Data: ___/___/___	Assinatura:	

AVALIAÇÃO

Responsável (Nome):	
Data: ___/___/___	Assinatura:
Instituição:	

					Data: ___/___/___
	Método	Marca	Geração	Lote	Vencimento
SÍFILIS	V.D.R.L				/ /
	Hemaglutinação				/ /
	ELISA				/ /
	FTAabs				/ /
	Outros				/ /
anti-HIV	ELISA (Lisado Viral)				/ /
	ELISA 1+2				/ /
	IFI				/ /
	Western Blot				/ /
	Outros				/ /
anti HTL VVII	ELISA				/ /
	Western Blot				/ /
	Outros				/ /
anti-HCV	ELISA				/ /
	ImunoBlot				/ /
	Outros				/ /
AgHBs	ELISA				/ /
	Outros				/ /
anti-HBc	ELISA				/ /
	Outros				/ /
Doença de Chagas	ELISA				/ /
	Hemaglutinação				/ /
	IFI				/ /
	Outros				/ /
Responsável (Nome):					
Data: ___/___/__			Assinatura:		

Anexo 13 do Anexo IV
DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE (CAT-Talassemias) (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Anexo 1)
DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE
Eu, <nome completo>, <nacionalidade>, <estado civil>, <profissão>, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº <nº do CPF>, declaro junto à Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGSH/DAE/SAS/MS), para fins de atuação como membro colaborador na Comissão de Assessoramento Técnico às Talassemias (CAT-Talassemias), que possuo os potenciais conflitos de interesse, entre outras condições relevantes, as seguintes:
( ) Vínculo empregatício com instituição de natureza privada: (citar)_____.
( ) Consultoria técnica em andamento: (citar)_____.
( ) Membro de comitê técnico assessor de empresas produtoras de medicamentos, vacinas, exames laboratoriais ou outros equipamentos e tecnologias que integrem ou possam vir a integrar protocolos utilizados nas atividades da área de sangue e hemoderivados: (citar)_____.
( ) Vínculo de emprego, contrato de consultoria ou ações de organização(ões) civis que, de alguma forma, possam ter benefícios ou prejuízos com a sua participação na CAT-Talassemias: (citar) _____.
( ) Outro: (especificar)_____.
( ) não possuo conflitos de interesses relevantes para a atuação nas atividades da área de sangue e hemoderivados desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.
Por fim, comprometo-me a informar à CGSH/DAE/SAS/MS a ocorrência de qualquer alteração posterior em sua situação de conflito de interesse, para conhecimento e avaliação.
Em ___/ ___/ ____
_____
Assinatura

Anexo 14 do Anexo IV
DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE (CAT-Talassemias) (Origem: PRT MS/GM 2612/2012, Anexo 2)
DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE
Eu, <nome completo>, <nacionalidade>, <estado civil>, <profissão>, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº <nº do CPF>, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras a que tiver acesso, relacionadas ao Programa de Talassemias, coordenado pela Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGSH/DAE/SAS/MS) e à Comissão de Assessoramento Técnico às Talassemias (CAT-Talassemias), do qual sou membro colaborador.
Por este Termo de Confidencialidade comprometo-me a:
1.Não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros;
2.Não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso relacionadas ao programa mencionado, a não ser aquelas necessárias a atividade e com autorização da CGSH/DAE/SAS/MS ou direção dos serviços de saúde sob os quais há a atuação da CAT-Talassemias;
3.Apropriar-me ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível através do programa mencionado;
4.Não repassar o conhecimento das informações confidenciais e/ou estratégicas do Ministério da Saúde, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações por meu intermédio.
A vigência da obrigação de confidencialidade, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, será por tempo indeterminado, ou enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou ainda, mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.
Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade, fico ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.
Em ___/ ___/ ____
_____
Assinatura

Anexo 15 do Anexo IV
DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE (CAT-Gestão de Equipamentos) (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Anexo 1)
DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE
Eu, ?nome completo?, ?nacionalidade?, ?estado civil?, ?profissão?, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº < nº do CPF?, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras a que tiver acesso, relacionadas às ações de Gestão de Equipamento, no âmbito da Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde e à Comissão de Assessoramento Técnico em Gestão de Equipamento, do qual sou membro colaborador.
Por este Termo de Confidencialidade comprometo-me a:
1. Não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros;
2. Não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso relacionadas ao programa mencionado, a não ser aquelas necessárias a atividade e com autorização da CGSH ou direção dos serviços de saúde sob os quais há a atuação do CAT- Gestão de Equipamento;
3. Apropriar-me ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível através do programa mencionado;
4. Não repassar o conhecimento das informações confidenciais e/ou estratégicas do Ministério da Saúde, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações por meu intermédio.
A vigência da obrigação de confidencialidade, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, será por tempo indeterminado, ou enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou ainda, mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.
Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade, fico ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.
Em ___/ ___/ ____
_____
Assinatura

Anexo 16 do Anexo IV
DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE (CAT-Gestão de Equipamentos) (Origem: PRT MS/GM 2543/2014, Anexo 2)
DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE
Eu, ?nome completo?, ?nacionalidade?, ?estado civil?, ?profissão?, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº < nº do CPF?, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras a que tiver acesso, relacionadas às ações de Gestão de Equipamento, no âmbito da Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde e à Comissão de Assessoramento Técnico em Gestão de Equipamento, do qual sou membro colaborador.
Por este Termo de Confidencialidade comprometo-me a:
1. Não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros;
2. Não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso relacionadas ao programa mencionado, a não ser aquelas necessárias a atividade e com autorização da CGSH ou direção dos serviços de saúde sob os quais há a atuação do CAT- Gestão de Equipamento;
3. Apropriar-me ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível através do programa mencionado;
4. Não repassar o conhecimento das informações confidenciais e/ou estratégicas do Ministério da Saúde, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações por meu intermédio.
A vigência da obrigação de confidencialidade, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, será por tempo indeterminado, ou enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou ainda, mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.
Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade, fico ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.
Em ___/ ___/ ____
_____
Assinatura

Anexo 17 do Anexo IV
DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE (CAT-Gestão Ambiental) (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Anexo 1)
DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE
Eu, ?nome completo?, ?nacionalidade?, ?estado civil?, ?profissão?, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº ? nº do CPF?, declaro junto á Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGSH/SAS/MS), para fins de atuação como membro colaborador na Comissão de Assessoramento Técnico em Gestão Ambiental, que possuo os potenciais conflitos de interesse, entre outras condições relevantes, as seguintes:
( ) Vínculo empregatício com instituição de natureza privada: (citar) _____ .
( ) Consultoria técnica em andamento: (citar)_____ .
( ) Membro de comitê técnico assessor de empresas produtoras de medicamentos, vacinas, exames laboratoriais ou outros equipamentos e tecnologias que integrem ou possam vir a integrar protocolos utilizados nas atividades da área de sangue e hemoderivados: (citar) _____ .
( ) Vínculo de emprego, contrato de consultoria ou ações de organização(ões) civis que, de alguma forma, possam ter benefícios ou prejuízos com a sua participação na Gestão Ambiental: (citar)_____ .
( ) Outro: (especificar)_____ .
( ) não possuo conflitos de interesses relevantes para a atuação nas atividades da área de sangue e hemoderivados desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.
Por fim, comprometo-me a informar à CGSH/SAS/MS a ocorrência de qualquer alteração posterior em sua situação de conflito de interesse, para conhecimento e avaliação.
Em ___/ ___/ ____
_____
Assinatura

Anexo 18 do Anexo IV
DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE (CAT-Gestão Ambiental) (Origem: PRT MS/GM 2545/2014, Anexo 2)
DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE
Eu, ?nome completo?, ?nacionalidade?, ?estado civil?, ?profissão?, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº ? nº do CPF?, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras a que tiver acesso, relacionadas às ações de Gestão Ambiental, no âmbito da Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde e à Comissão de Assessoramento Técnico em Gestão Ambiental, do qual sou membro colaborador.
Por este Termo de Confidencialidade comprometo-me a:
1. Não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros;
2. Não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso relacionadas ao programa mencionado, a não ser aquelas necessárias a atividade e com autorização da CGSH ou direção dos serviços de saúde sob os quais há a atuação do CAT- Gestão Ambiental;
3. Apropriar-me ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível através do programa mencionado;
4. Não repassar o conhecimento das informações confidenciais e/ou estratégicas do Ministério da Saúde, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações por meu intermédio.
A vigência da obrigação de confidencialidade, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, será por tempo indeterminado, ou enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou ainda, mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.
Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade, fico ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.
Em ___/ ___/ ____
_____
Assinatura

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Anexo 19 do Anexo IV
DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE (CAT-Doença Falciforme) (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Anexo 1)
Eu, nome completo, nacionalidade, estado civil, profissão, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº nº do CPF, declaro, junto à Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGSH/DAHU/SAS/MS), para fins de atuação como membro colaborador na Comissão de Assessoramento Técnico à Doença Falciforme (CAT-Doença Falciforme), que possuo os potenciais conflitos de interesse, entre outras condições relevantes, as seguintes:
( ) Vínculo empregatício com instituição de natureza privada: (citar)
_____.
( ) Consultoria técnica em andamento: (citar)
_____.
( ) Membro de comitê técnico assessor de empresas produtoras de medicamentos, vacinas, exames laboratoriais ou outros equipamentos e tecnologias que integrem ou possam vir a integrar protocolos utilizados nas atividades da área de sangue e hemoderivados: (citar)
_____
( ) Vínculo de emprego, contrato de consultoria ou ações de organização(ões) civis que, de alguma forma, possam ter benefícios ou prejuízos com a sua participação na CAT-Talassemias: (citar)
_____
( ) Outro: (especificar)
_____
( ) não possuo conflitos de interesses relevantes para a atuação nas atividades da área de sangue e hemoderivados desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.
Por fim, comprometo-me a informar à CGSH/DAHU/SAS/MS a ocorrência de qualquer alteração posterior em sua situação de conflito de interesse, para conhecimento e avaliação.
Em ___/ ___/ ____
_____
Assinatura
Anexo 20 do Anexo IV
TERMO DE CONFIDENCIALIDADE (CAT-Doença Falciforme) (Origem: PRT MS/GM 158/2015, Anexo 2)
Eu, nome completo, nacionalidade, estado civil, profissão, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº nº do CPF, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras a que tiver acesso, relacionadas à Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme, coordenada pela Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGSH/DAHU/SAS/MS) e à Comissão de Assessoramento Técnico às Doença Falciforme (CAT-Doença Falciforme), do qual sou membro colaborador.
Por este Termo de Confidencialidade comprometo-me a:
1.Não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros;
2.Não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso relacionado ao programa mencionado, a não ser aquelas necessárias a atividade e com autorização da CGSH/DAHU/SAS/MS ou direção dos serviços de saúde sob os quais há a atuação da CAT-Doença Falciforme;
3.Apropriar-me ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível através do programa mencionado;
4.Não repassar o conhecimento das informações confidenciais e/ou estratégicas do Ministério da Saúde, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações por meu intermédio.
A vigência da obrigação de confidencialidade, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, será por tempo indeterminado, ou enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou ainda, mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.
Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade, fico ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.
Em ___/ ___/ ____
_____
Assinatura
Anexo 21 do Anexo IV
DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE (CAT-PDVS) (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Anexo 1)
Eu, <nome completo>, <nacionalidade>, <estado civil>, <profissão>, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº < nº do CPF>, declaro junto á Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGSH/SAS/MS), para fins de atuação como membro colaborador na Comissão de Assessoramento Técnico para a Promoção da Doação Voluntária de Sangue, que possuo os potenciais conflitos de interesse, entre outras condições relevantes, as seguintes:
( ) Vínculo empregatício com instituição de natureza privada: (citar) .
_____
( ) Consultoria técnica em andamento: (citar)
_____ .
( ) Membro de comitê técnico assessor de empresas produtoras de medicamentos, vacinas, exames laboratoriais ou outros equipamentos e tecnologias que integrem ou possam vir a integrar protocolos utilizados nas atividades da área de sangue e hemoderivados: (citar) _____.
( ) Vínculo de emprego, contrato de consultoria ou ações de organização(ões) civis que, de alguma forma, possam ter benefícios ou prejuízos com a sua participação na Gestão de Equipamento: (citar).
_____
( ) Outro: (especificar)
_____
( ) não possuo conflitos de interesses relevantes para a atuação nas atividades da área de sangue e hemoderivados desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.
Por fim, comprometo-me a informar à CGSH/SAS/MS a ocorrência de qualquer alteração posterior em sua situação de conflito de interesse, para conhecimento e avaliação.
Em ___/ ___/ ____
_____
Assinatura
Anexo 22 do Anexo IV
DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE (CAT-PDVS) (Origem: PRT MS/GM 795/2015, Anexo 2)
Eu, <nome completo>, <nacionalidade>, <estado civil>, <profissão>, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº < nº do CPF>, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras a que tiver acesso, relacionadas às ações de Gestão de Equipamento, no âmbito da Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde e à Comissão de Assessoramento Técnico para a Promoção da Doação Voluntária de Sangue, do qual sou membro colaborador.
Por este Termo de Confidencialidade comprometo-me a:
1.Não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros;
2.Não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso relacionadas ao programa mencionado, a não ser aquelas necessárias a atividade e com autorização da CGSH ou direção dos serviços de saúde sob os quais há a atuação do CAT- Gestão de Equipamento;
3.Apropriar-me ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível através do programa mencionado;
4.Não repassar o conhecimento das informações confidenciais e/ou estratégicas do Ministério da Saúde, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações por meu intermédio.
A vigência da obrigação de confidencialidade, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, será por tempo indeterminado, ou enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou ainda, mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.
Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade, fico ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.
Em ___/ ___/ ____
_____
Assinatura
Anexo 23 do Anexo IV
DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE (CAT-Sangue Raro) (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Anexo 1)
DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE
Eu, <nome completo>, <nacionalidade>, <estado civil>, <profissão>, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº < nº do CPF>, declaro junto à Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGSH/SAS/MS), para fins de atuação como membro colaborador na Comissão de Assessoramento Técnico em Sangue Raro, que possuo os potenciais conflitos de interesse, entre outras condições relevantes, as seguintes:
( ) Vínculo empregatício com instituição de natureza privada: (citar) _____ .
( ) Consultoria técnica em andamento: (citar)_____ .
( ) Membro de comitê técnico assessor de empresas produtoras de medicamentos, vacinas, exames laboratoriais ou outros equipamentos e tecnologias que integrem ou possam vir a integrar protocolos utilizados nas atividades da área de sangue e hemoderivados: (citar) _____ .
( ) Vínculo de emprego, contrato de consultoria ou ações de organização(ões) civis que, de alguma forma, possam ter benefícios ou prejuízos com a sua participação na CAT-Sangue Raro : (citar) _____ .
( ) Outro: (especificar)_____ .
( ) não possuo conflitos de interesses relevantes para a atuação nas atividades da área de sangue e hemoderivados desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.
Por fim, comprometo-me a informar à CGSH/SAS/MS a ocorrência de qualquer alteração posterior em sua situação de conflito de interesse, para conhecimento e avaliação.
Em ___/ ___/ ____
_____
Assinatura
Anexo 24 do Anexo IV
DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE (CAT-Sangue Raro) (Origem: PRT MS/GM 1440/2015, Anexo 2)
DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE
Eu, <nome completo>, <nacionalidade>, <estado civil>, <profissão>, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº < nº do CPF>, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras a que tiver acesso, relacionadas às ações de Sangue Raro, no âmbito da Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde e à Comissão de Assessoramento Técnico em Sangue Raro, do qual sou membro colaborador.
Por este Termo de Confidencialidade comprometo-me a:
1 Não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros;
2 Não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso relacionadas ao programa mencionado, a não ser aquelas necessárias a atividade e com autorização da CGSH ou direção dos serviços de saúde sob os quais há a atuação da CAT-Sangue Raro;
3 Apropriar-me ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível através do programa mencionado;
4 Não repassar o conhecimento das informações confidenciais e/ou estratégicas do Ministério da Saúde, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações por meu intermédio.
A vigência da obrigação de confidencialidade, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, será por tempo indeterminado, ou enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou ainda, mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.
Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade, fico ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.
Em ___/ ___/ ____
_____
Assinatura
Anexo 25 do Anexo IV
DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Anexo 1)
Eu, <nome completo>, <nacionalidade>, <estado civil>,<profissão>, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº < nº do CPF>, declaro junto à Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGSH/DAHU/SAS/MS), para fins de atuação como membro colaborador na Comissão de Assessoramento Técnico à Qualificação Nacional da Hemorrede Pública, que possuo os potenciais conflitos de interesse, entre outras condições relevantes, as seguintes:
( ) vínculo empregatício com instituição de natureza privada:(citar) _____
( ) consultoria técnica em andamento: (citar) _____
( ) membro de comitê técnico assessor de empresas produtoras de medicamentos, vacinas, exames laboratoriais ou outros equipamentos e tecnologias que integrem ou possam vir a integrar protocolos utilizados nas atividades da área de sangue e hemoderivados: (citar) _____
( ) vínculo de emprego, contrato de consultoria ou ações de organização(ões) civis que, de alguma forma, possam ter benefícios ou prejuízos com a sua participação na Qualificação Técnica e Gerencial da Hemorrede Pública Nacional: (citar)_____
( ) outro: (especificar) _____
( ) não possuo conflitos de interesses relevantes para a atuação nas atividades da área de sangue e hemoderivados desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.
Por fim, comprometo-me a informar à CGSH/SAS/MS a ocorrência de qualquer alteração posterior em sua situação de conflito de interesse, para conhecimento e avaliação.
Em ___/ ___/ ____
_____
Assinatura
Anexo 26 do Anexo IV
DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE (Origem: PRT MS/GM 475/2015, Anexo 2)
Eu, <nome completo>, <nacionalidade>, <estado civil>, <profissão>, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº < nº do CPF>, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras a que tiver acesso, relacionadas às ações de Qualificação Técnica e Gerencial da Hemorrede Pública Nacional, no âmbito da Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde e à Comissão de Assessoramento Técnico à Qualificação Nacional da Hemorrede Pública, do qual sou membro colaborador.
Por este Termo de Confidencialidade comprometo-me a:
1. Não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros;
2. Não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso relacionadas a Qualificação Técnica e Gerencial da Hemorrede Pública Nacional mencionado, a não ser aquelas necessárias a atividade e com autorização da CGSH ou direção dos serviços de saúde sob os quais há a atuação da CAT a Qualificação Nacional da Hemorrede Pública;
3. Apropriar-me ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível por meio da Qualificação Técnica e Gerencial da Hemorrede Pública Nacional mencionado;
4. Não repassar o conhecimento das informações confidenciais e/ou estratégicas do Ministério da Saúde, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações por meu intermédio.
A vigência da obrigação de confidencialidade, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, será por tempo indeterminado, ou enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou ainda, mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.
Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade, fico ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.
Em ___/ ___/ ____
_____
Assinatura

Anexo V
TABELA DE REFERÊNCIA PARA O RESSARCIMENTO ENTRE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA SUS/INSTITUIÇÕES PRIVADAS DE SAÚDE PARA O CUMPRIMENTO DA PORTARIA Nº 1.737/GM, DE 19 DE AGOSTO DE 2004 (Origem: PRT MS/GM 1469/2006, Anexo 1)

Hemocomponentes ou procedimentos	Valor referência em reais
Custos operacionais do Sangue Total*	285
Custos operacionais do Concentrado de Hemácias*	150
Custos operacionais do Concentrado de Plaquetas Randômico*	135
Custos operacionais do Concentrado de plaquetas de Aférese (8 unid)*	900
Custos operacionais do Plasma Fresco Congelado*	125
Custos operacionais do Crioprecipitado*	100
Custos operacionais do Concentrado de Leucócitos de Aférese*	1750
Deleucotização de concentrado de Hemácias	80
Deleucotização de concentrado de plaquetas	85
Irradiação (por bolsa)	20
Lavagem de componentes celulares (Sistema aberto)	10
Lavagem de componentes celulares (Sistema fechado)	110
Fenotipagem para dois sistemas (Rh e Kell)	45
Fenotipagem de três ou mais sistemas	65
Aliquotagem de componente	25
Programa Auto-transfusão pré-depósito (por bolsa)	350
Seleção Pré-Transfusional I (ABO/Rh/PAI)	30
Seleção Pré-Transfusional II (Prova de compatibilidade)	15
Seleção Pré-Transfusional III (Recém-nascido)	30
Painel de Hemácias para identificação de anticorpos irregulares	43

Obsevação:
*Entende-se por custos operacionais: valores referentes a insumos, materiais, exames sorológicos, imuno-hematológicos e demais exames laboratoriais, realizados para a seleção dos referidos materiais biológicos, bem como honorários por serviços médicos.
Anexo VI
INSTRUMENTO DE CONTROLE E AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS PRESTADOS NÃO-SUS (INDICADORES) (Origem: PRT MS/GM 1469/2006, Anexo 2)
Instrumento de controle e avaliação de serviços prestados não-SUS (indicadores)
Indicadores de acompanhamento do fornecimento de sangue por unidades públicas a pacientes não-SUS.
1 - Taxa de estoque de segurança.
[Nº de CH liberados] - [Nº de CH trans- X 100 fundidos]
_____
Nº de CH transfundidos
Avaliação de período de 180 dias.
O serviço público pode absorver demandas de atendimento não-SUS se apresentar taxa 10% de acordo com o número de coletas no último ano,
Valor inferior a 10% deverá ser plenamente justificado no relatório de avaliação e controle (Anexo III).
2 - Percentual de coletas na população da região de abrangência
Nº de Coletas de ST realizadas na região de abran- X 100 gência em 12 meses
_____
População estimada na região de abrangência no último mês do mesmo período
O serviço público para absorver novas demandas deverá ter a porcentagem < 3%.
3 - Percentual de Transfusões realizadas em pacientes não- SUS
Total de hemocomponentes transfundidos não- X 100 SUS
_____
Total de hemocomponentes transfundidos no período
Indicador de acompanhamento do atendimento não-SUS pela hemorrede pública brasileira (regional e geral).
Anexo VII
ABATIMENTO DOS SERVIÇOS PRESTADOS A NÃO-SUS DOS SERVIÇOS PRESTADOS AO SUS (Origem: PRT MS/GM 1469/2006, Anexo 3)
Abatimento dos serviços prestados a não-SUS dos serviços prestados ao SUS.
1. Proposta
Componentes obtidos a partir de unidade de Sangue Total (± 450 mL)

Componente	Fração de abatimento de cada módulo da tabela SUS
Concentrado de Hemácias	0,5
Concentrado de Plaquetas Randômico	0,2
Plasma	0,3
Crioprecipitado	0,2
Coleta por aférese	1
Alíquotas de concentrados de Hemácias	0,5

2. Procedimentos que devem ser abatidos:

Módulo a serem descontados	
37.011.01-4	Triagem
37.011.02-2	Coleta de Sangue
37.011.03-0	Coleta por Processadora de Sangue
37.021.01-0	Exames de Imuno-hematologia
37.031.01-5	Sorologia I
37.041.01-0	Processamento de Sangue

OBS. Os Códigos de referencia são da atual tabela SAI/SUS e deverão ser atualizados sempre que necessário
3. Modelo de demonstrativo de abatimento do Faturamento SUS
Demonstrativo de Prestação de Serviços não-SUS
I - Identificação
HEMOCENTRO
Endereço:
CNPJ nº:
Inscrição Estadual nº:
Dirigente:

II. Produção (1)	
Módulos	Quantitativo
37.011.01-4 - Triagem Clinica	
37.011.02-2 - Coleta de Sangue	
37.011.03-0 - Coleta processadora automática	
37.021.01-0 - Exames Imuno-hematológicos	
37.031.01-5 - Sorologia I	
37.041.01-0 - Processamento	

III. Atendimento (não-SUS)			
Hemocomponentes	Quantitativo	Índice de Abatimento	Quantitativo abatido
Sangue Total		X 1,0	0
Concentrado de Hemácias		X 0,5	0
Concentrado de Plaquetas		X 0,2	0
Plasma		X 0,3	0
Crioprecipitado		X 0,3	0
TOTAL (2)			0

Plaquetaférese (3)	0	X 1,0	0

IV. FATURAMENTO SUS apresentado (1) - (2 e 3)	
Módulos	Quantitativo
37.011.01-4 - Triagem Clinica	0
37.011.02-2 - Coleta de Sangue	0
37.011.03-0 - Coleta Plaquetaférese	0
37.021.01-0 - Exames Imuno-hematológicos	0
37.031.01-5 - Sorologia I	0
37.041.01-0 - Processamento	0

4. Caso Exemplo
Exemplo:
No mês de abril de 2005 o hemocentro forneceu à rede não- SUS 250 CH, 50 Plasmas e 30 concentrados plaquetários. O que se deve abater da fatura apresentada ao SUS?

Componente	Fração de abatimento de cada módulo da tabela SUS	Exemplo
Concentrado de Hemácias	0,5	250 x 0,5 = 125
Concentrado de Plaquetas Randômico	0,2	30 x 0,2 = 6
Plasma	0,3	50 x 0,3 = 15
Crioprecipitado	0,2	0
TOTAL		146 coletas

No exemplo deverão ser abatidos da fatura apresentada ao SUS 146 cobranças nos módulos de Triagem Clínica, Coleta ST, Exames Imuno-hematológicos, Exames Sorológicos e Processamento.
Anexo VIII
TERMO DE ADESÃO MUNICIPAL AO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Anexo 1)
MUNICÍPIO: _____ UF:_____
ENDEREÇO: _____ CEP:_____
NOME DO PREFEITO:_____
NOME DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE: _____ RG:_____
A Prefeitura Municipal de_____solicita adesão ao Programa "De Volta Para Casa", que se destina à assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, egressos de longa internação em hospitais ou unidades psiquiátricas, sendo o auxílio parte integrante de um programa de ressocialização de pessoas com transtorno mental e excluídas do convívio social, conforme definido em Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003 e em Portaria GM/Nº 2077/GM, de 31 de outubro de 2003.
Ao aderir ao Programa, esta Prefeitura Municipal, por intermédio de sua Secretaria de Saúde, assume os seguintes compromissos:
-ser responsável pela atenção integral em saúde e assegurar a continuidade de cuidados em saúde mental, em programas extra- hospitalares, para os beneficiários do Programa:
-seleção, avaliação, preenchimento e encaminhamento de ficha cadastral e demais documentações exigidas dos beneficiários a serem incluídos no Programa;
-realizar o acompanhamento dos beneficiários inseridos no programa;
-avaliar o desempenho e implantação do programa em nível municipal; e
- submeter ao Conselho Municipal de Saúde informações sobre o desenvolvimento contínuo das ações realizadas pelo Município quanto à implementação e resultados do programa, aos beneficiários atendidos.
O(A) Coordenador(a) Responsável pelo Programa "De Volta para Casa" neste Município será:
NOME COMPLETO:_____
REG: _____
Assinatura do(a) Coordenador(a) do Programa:
Local e Data: _____, _____ de _____ de _____
_____
Assinatura do Secretário Municipal de Saúde
_____
Assinatura do Prefeito Municipal
Anexo IX
SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO-REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Anexo 2)
Eu _____, solicito, enquanto um direito a mim facultado no inciso 1º, do artigo 3º, da Portaria GM Nº 2077/GM de 31 de outubro de 2003, a inclusão para recebimento do auxílio-reabilitação psicossocial criado pela Lei Nº 10.708, de 31 de julho de 2003.
Local e Data:_____, ____de _____ de_____
_____
Assinatura/Impressão digital do Beneficiário Solicitante
HOSPITAL (com CNPJ) OU SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO DE ORIGEM DO SOLICITANTE:
_____
Anexo X
SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO-REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL PELO REPRESENTANTE LEGAL (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Anexo 3)
Eu_____, representante legal de_____, enquanto direito facultado no inciso 1º do artigo 3º, da Portaria GM Nº 2077/GM de 31 de outubro de 2003, e atendendo às condições legais para tanto, solicito a inclusão da pessoa, à qual represento, para ser beneficiária do recebimento do auxílio-reabilitação psicossocial, criado pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.
Anexo XI
INSTRUÇÃO NORMATIVA (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Anexo 4)
Esta Instrução Normativa da portaria do Programa "De Volta Para Casa", criado pelo Ministério da Saúde, visa oferecer orientações importantes que complementam assuntos referidos em artigos desta portaria para auxiliar na implantação deste programa.
1 - RESPONSABILIDADE DOS GESTORES DO SUS COM O PROGRAMA
I - Ao nível municipal compete:
-ser responsável pela atenção integral em saúde e assegurar a continuidade de cuidados em saúde mental, em programas extra-hospitalares para os beneficiários do programa;
-seleção, avaliação, preenchimento e encaminhamento ao Ministério da Saúde de informações cadastrais necessárias dos beneficiários a serem incluídos no Programa; e
-acompanhamento dos beneficiários inseridos no programa.
II - Ao nível estadual compete:
-acompanhar as ações dos Municípios vinculados ao programa;

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

-confirmar o Município como apto a se inserir no programa;
-analisar os recursos provenientes das solicitações indeferidas pelos Municípios; e
-ter papel articulador entre os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e Município, quanto da indicação de pessoas em condições de serem beneficiadas pelo programa.
III - Ao nível federal compete:
-cadastrar os beneficiários dos Municípios habilitados no programa, que não estão em Gestão Plena do Sistema;
-organizar e consolidar os cadastros dos beneficiários e dos Municípios inseridos no programa;
-zelar pelo monitoramento e avaliação do programa;
-definir critérios de prioridade de inclusão de beneficiários por Municípios;
-julgar os recursos provenientes do âmbito municipal ou estadual;
-o processamento mensal da folha de pagamento aos beneficiários do programa; e
-constituir Comissão Gestora do Programa "De Volta Para Casa".
2 - BENEFICIÁRIOS
Para fins de cálculo de tempo de internação, períodos de alta por transferência para outros serviços, em razão de intercorrências clínicas ou cirúrgicas, não serão considerados interrupções de internação para fins de contabilizar a temporalidade de internação exigida.
3 - QUANTO A INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS NO PROGRAMA
O Município deverá preencher cadastro de inclusão de beneficiário para o programa e enviá-lo ao Ministério da Saúde, quando:
-da solicitação de inclusão no programa por parte do beneficiário, ou seu representante legal;
-a avaliação de equipe de saúde local confirmar os requisitos exigidas na Lei nº 10.708/2003, para inclusão no programa; e da habilitação do Município pelo Ministério da Saúde no Programa.
Será necessário que a pessoa incluída no programa esteja de alta hospitalar ou morando em residência terapêutica; com suas famílias de origem ou famílias substitutas, ou formas alternativas de moradia e de convívio social.
4 - ATENÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO
O Município habilitado designará equipe de saúde específica de apoio direto aos beneficiários, para garantir ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional. Esta equipe deverá ter suas ações baseadas em proposta de reabilitação psicossocial assistida, a serem explicitadas em programa de saúde mental municipal, o qual deverá conter estratégia de acompanhamento dos beneficiários e de avaliação regular do processo de reintegração social destes.
5 - RESPONSABILIDADES DO REPRESENTANTE LEGAL
O representante legal do beneficiário do programa terá sua indicação e desempenho supervisionados pela equipe de saúde do Município. Se for identificado caso de inadequado e ilícito uso, por parte do representante legal, do benefício recebido, deverão ser tomadas medidas cabíveis no âmbito municipal, em primeira instância, para intervenção e responsabilização quanto aos atos infligidos, podendo vir a ser necessário o recurso a outras instâncias.
6 - CONTROLE E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA
6.1 - MINISTÉRIO DA SAÚDE
Compete à Comissão de Acompanhamento do Programa "De Volta Para Casa" definir estratégias de acompanhamento e avaliação da implantação do programa junto aos Municípios. Caberá auditoria interna para apuração de irregularidade quanto ao pagamento indevido, inclusão e exclusão de beneficiários.
6.2 - ESTADO
Acompanhar e apoiar a implementação do programa junto aos Municípios habilitados de seu Estado;
Constituir Comissão de acompanhamento do Programa em âmbito estadual, quando houver Municípios do Estados habilitados no programa.
6.3 - MUNICÍPIO
O Município habilitado assegurará atenção continuada de saúde mental na rede de saúde e promoverá avaliações do processo de implantação do programa, cabendo ao mesmo enviá-las para o Ministério da Saúde, através instrumento específico, a ser determinado pela Comissão de Acompanhamento do Programa e divulgado pelo Ministério da Saúde.
7 - COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA
A Comissão de Acompanhamento do Programa deverá ser constituída em portaria e terá dentre seus membros: representante do Conass, representante do Conasems, representante da Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Saúde Mental - Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.
8 - RESPONSABILIDADE DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA OFICIAL
A instituição financeira oficial deverá, mediante remuneração e condições a serem pactuadas com o Ministério da Saúde, obedecidas as formulações legais: organizar e operar a logística de pagamento dos benefícios; elaborar os relatórios financeiros necessários ao acompanhamento, à avaliação e à auditoria da execução do programa por parte do Ministério da Saúde.
Anexo XII
FORMULÁRIO DE INCLUSÃO DO SOLICITANTE (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Anexo 5)
FORMULÁRIO DE INCLUSÃO DO SOLICITANTE
1. DADOS DO ESTABELECIMENTO:
-Inclusão ou Alteração (DADO OBRIGATÓRIO)
-Nº CNES Estabelecimento (DADO OBRIGATÓRIO)
-Nome do Estabelecimento (DADO OBRIGATÓRIO)
-Código IBGE (DADO OBRIGATÓRIO)
-Data de Preenchimento (DADO OBRIGATÓRIO)
2. DADOS RESIDENCIAIS:
-UF (DADO OBRIGATÓRIO)
-Número do IBGE (DADO OBRIGATÓRIO)
-Nome do Município (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
-Tipo do Logradouro (DADO OBRIGATÓRIO)
-Nome do Logradouro (DADO OBRIGATÓRIO); Número (DADO OBRIGATÓRIO); Complemento (DADO NÃO OBRIGA- TÓRIO); Bairro/Distrito (DADO OBRIGATÓRIO); CEP (DADO OBRIGATÓRIO); DDD-Telefone (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
3. DADOS PESSOAIS:
- Nome Completo - sem abreviaturas (DADO OBRIGATÓRIO)
- Nome da Mãe - sem abreviaturas (DADO OBRIGATÓRIO)
-Nome do Pai (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
-Sexo (DADO OBRIGATÓRIO)
-Raça/Cor (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
-Situação Familiar (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
-Nacionalidade (DADO OBRIGATÓRIO)
-Data de Nascimento dd/mm/aaaa (DADO OBRIGATÓRIO)
-UF de Nascimento (DADO OBRIGATÓRIO)
-Município de Nascimento (DADO OBRIGATÓRIO)
-Nome do Município (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
-Escolaridade (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
-Freqüenta Escola? Sim ou Não (DADO OBRIGATÓRIO)
-CBOR - Código Brasileiro de Ocupação-reduzido (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
-Ocupação (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
-PIS/PASEP (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
-CPF (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
-CERTIDÃO/TIPO (DADO OBRIGATÓRIO) - ou RG (Identidade)
-Identidade ((DADO OBRIGATÓRIO) - ou Certidão/Tipo
-Data de Emissão da Identidade (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
-UF da Identidade (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
-Órgão Expedidor (DADO NÃO OBRIGATÓRIO)
4. DADOS ESPECÍFICOS QUANTO AO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA (DADOS NÃO OBRIGATÓRIOS)
-Tipo de Moradia: Serviço Residencial Terapêutico; Moradia com Familiares; Mora Sozinho ou Outro.
-Procedência (instituição de origem do beneficiário): Serviço Residencial Terapêutico; Hospital Psiquiátrico; Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.
-Tempo de internação: 2 anos; entre 2 e 5 anos; entre 5 e 10 anos; acima de 10 anos.
INFORMAÇÃO IMPORTANTE: Se o beneficiário possuir representante legal também serão necessárias as mesmas informações, acima descritas, deste representante, exceto tipo de moradia e tempo de internação e procedência. O nº do CNES deverá ser o mesmo do beneficiário.
Anexo XIII
TERMO DE COMPROMISSO (Origem: PRT MS/GM 2077/2003, Anexo 6)
Eu,_____, na qualidade de representante legal de _____, beneficiário do "De Volta Para Casa", comprometo-me a receber o benefício criado pela Lei Nº 10.708, de 31 de julho de 2003, e a:
-zelar fielmente pelos direitos e deveres do beneficiário no âmbito do referido Programa;
-incumbir-me do dever de representar os interesses de um paciente em qualquer matéria especificada, ou de direitos específicos em seu nome, nos termos dos princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtornos Mentais (ONU, 1991); e
-Prestar todas as informações que me forem solicitadas pela equipe de Saúde Mental responsável pelo acompanhamento do beneficiário.
Local e Data: _____, ____ de _____ de _____
_____
Assinatura/Impressão digital do Solicitante

Anexo XIV

MODALIDADES DE CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEOS) TIPO 1, 2 E 3 (Origem: PRT MS/GM 599/2006, Anexo 1)

Modalidades de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) Tipo 1, 2 e 3

	CEO I	CEO II	CEO III
Atividades	Diagnóstico bucal, com ênfase ao câncer; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; atendimento a portadores de necessidades especiais.	Idem	Idem
Equipamentos e materiais	Aparelho de raios-X dentário; equipo odontológico; canetas de alta e baixa rotação; amalgamador; fotopolimerizador; compressor compatível com os serviços; instrumentais compatíveis com os serviços; e 3 consultórios odontológicos completos (cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor)	Aparelho de raios-X dentário; equipo odontológico; canetas de alta e baixa rotação;amalgamador; fotopolimerizador; compressor compatível com os serviços; instrumentais compatíveis com os serviços; e 4 a 6 consultórios odontológicos completos (cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor).	Aparelho de raios-X dentário; equipo odontológico; canetas de alta e baixa rotação; amalgamador; fotopolimerizador; compressor compatível com os serviços; instrumentais compatíveis com os serviços; e 7 ou mais consultórios odontológicos completos (cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor)
Outros recursos	Mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados.	Mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados.	Mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados
Recursos humanos	3 ou mais cirurgiões dentistas e 1 auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico. Obs: cada um dos consultórios odontológicos deve ser utilizado para a realização de procedimentos clínicos por, no mínimo, 40 horas semanais, independente do número de cirurgiões dentistas que nele atuem. No mínimo de pessoal de apoio administrativo - recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo.	4 ou mais cirurgiões dentistas e 1 auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico. Obs: cada um dos consultórios odontológicos deve ser utilizado para a realização de procedimentos clínicos por, no mínimo, 40 horas semanais, independente do número de cirurgiões dentistas que nele atuem. No mínimo de pessoal de apoio administrativo - recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo.	7 ou mais cirurgiões dentistas e 1 auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico. Obs: cada um dos consultórios odontológicos deve ser utilizado para a realização de procedimentos clínicos por, no mínimo, 40 horas semanais, independente do número de cirurgiões dentistas que nele atuem. No mínimo de pessoal de apoio administrativo - recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo.

Anexo XV

PROJETO DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRÂNSITO - MOBILIZANDO A SOCIEDADE E PROMOVENDO A SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 344/2002, Anexo 1)

Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito - Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde

APRESENTAÇÃO

O Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito - Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde, a seguir apresentado, tem como fundamentação:

a) a Lei N.° 9503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro o qual, em seu Art. 78 e parágrafo único, estabelece o desenvolvimento e a implementação de programas destinados à prevenção de acidentes por parte dos Ministérios da Saúde, Educação e do Desporto, do Trabalho, dos Transportes e da Justiça, por intermédio do Conselho Nacional de Trânsito (Contran);

b) o disposto na Portaria N.º 737 MS/GM, de 16 de maio de 2001, que determina aos órgãos e entidades do Ministério da Saúde a promoção, a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades estabelecidas na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência; e

c) a diretriz da referida Política Nacional relativa à promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis.

1. JUSTIFICATIVA

Os acidentes de trânsito são um importante problema de saúde pública no País. Visando articular ações de prevenção da morbimortalidade por tais agravos, no âmbito do sistema de saúde, o Ministério da Saúde apresenta o Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito - Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde, com destaque para as medidas a serem implementadas nos aglomerados urbanos onde se concentra a maior parte da malha viária e as ocorrências de casos e óbitos.

Atualmente, os acidentes de trânsito constituem, entre as causas externas, a maior causa de internação, além gerar altos custos hospitalares, perdas materiais, despesas previdenciárias e grande sofrimento para as vítimas e os seus familiares. Em 1998, ocorreram 30.994 óbitos por acidentes de transporte, coeficiente de 19,16 por 100 mil habitantes, o que, por si só, expressa a relevância epidemiológica e social do tema e a necessidade de uma articulação intersetorial entre as áreas de saúde e trânsito. Tais conseqüências demonstram o significativo peso econômico e social dos acidentes de trânsito, reforçando sobremaneira a importância desta proposta de intervenção.

O novo Código de Trânsito Brasileiro, vigente desde 21 de janeiro de 1998 - Lei N.º 9.503 -, confere atribuições do Ministério da Saúde em relação aos acidentes de trânsito, estabelecendo, por intermédio do Conselho Nacional de Trânsito, financiamento para a implementação de programas, no âmbito do SUS, destinados à prevenção de acidentes. Como eixos operacionais, o presente Projeto visa sensibilizar prioritariamente os gestores estaduais e municipais da área da saúde, da educação e de trânsito; capacitar equipes de profissionais de saúde dos serviços de emergência para a melhoria das informações; e mobilizar a sociedade para atitudes positivas em relação às medidas preventivas no trânsito, mediante a capacitação de representantes de sindicatos de empregadores e condutores de veículos de grande e pequeno porte, profissionais da mídia e representantes de organizações da sociedade civil comprometidas com as questões de cidadania, os quais atuarão como multiplicadores de informações e de medidas sobre prevenção de acidentes.

Adicionalmente, outro grande eixo é a melhoria da qualidade das informações sobre os eventos relacionados aos acidentes de trânsito, no âmbito dos vários órgãos e instituições que atuam na área. Essas informações não apenas auxiliarão o planejamento e a execução de políticas públicas no setor, como também permitirão acompanhar resultados e avaliar projetos de prevenção de acidentes de trânsito.

O projeto será coordenado pelo Ministério da Saúde e executado pelos governos estaduais e municipais, o que viabiliza sua execução com capilaridade. Prevê um trabalho intersetorial e com participação social, garantindo que a questão seja tratada de forma abrangente e compartilhada, facilitando assim o alcance de seu objetivo: reduzir a morbimortalidade por acidentes de trânsito.

2. ÁREAS PRIORITÁRIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

A distribuição territorial da população brasileira apresenta marcante concentração em aglomerados urbanos situados, em sua maioria, na região Sudeste e no litoral. Existem no País, atualmente, 49 aglomerados urbanos nos quais concentram-se 48% da população brasileira. Além disso, segundo dados do Denatran, a maior parte da malha viária faz a ligação entre esses grandes aglomerados, que são, ainda, os pólos de atividade econômica. A população flutuante que circula por essas estradas, vinda de outras localidades, é também elevada, ainda que dados mais precisos não estejam disponíveis.

A definição das áreas prioritárias de atuação do projeto, obedeceu a dois critérios: óbito - por acidente de trânsito - como marcador (SIM/MS-98) e o conceito de aglomerados urbanos*. Foram enumerados todos os aglomerados urbanos brasileiros, metropolitanos e não - metropolitanos, e capitais. Estudou-se a freqüência dos óbitos, o coeficiente de mortalidade específico e a mortalidade proporcional por acidentes de transporte. A partir da ponderação desses três indicadores, foi construído um índice que leva em conta a magnitude, o risco e a importância dos acidentes de transporte na mortalidade geral e sua distribuição nesses aglomerados.

*Caracterização e tendências da rede urbana no Brasil. Campinas, SP: Unicamp.IE, (Coleção Pesquisas, 3) v.2.IPEA/Unicamp.IE.Nessur/IBGE,1999.

O Gráfico Índice para Acidentes de Trânsito (Anexo II) mostra o índice construído e aplicado às cidades e aglomerados urbanos priorizados no Projeto, que abrangerá 84 municípios em 26 áreas metropolitanas de 14 unidades da federação, atingindo uma população total de 46.365.905 habitantes, conforme mostra o Quadro Áreas Metropolitanas priorizadas (Anexo I).

A exceção ao critério aglomerado urbano foi a inclusão de três capitais (Boa Vista, Porto Velho e Macapá) as quais, apesar de não constituírem aglomerados, apresentam isoladamente risco elevado para óbitos por acidentes de trânsito.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Implementar, em aglomerados urbanos selecionados, ações de promoção da saúde e de prevenção de acidentes de trânsito, mediante a mobilização do setor saúde, prefeituras e sociedade civil organizada, no sentido de promover mudança de hábitos, atitudes, valores culturais e situações ambientais que interferem na ocorrência dos acidentes de trânsito, melhorando a qualidade da informação e reduzindo as taxas de morbimortalidade por estes eventos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

•Sensibilizar e capacitar gestores estaduais e municipais para a realização de ações de promoção da saúde e de prevenção de acidentes de trânsito.

•Formular, em parceria com órgãos e entidades do Ministério da Saúde e com o Denatran, proposta para a elaboração de um sistema de notificação compulsória de agravos por causas externas em geral, e de acidentes de trânsito em particular, nas regiões escolhidas, bem como estabelecer e definir fluxo de informações entre os parceiros.

•Mobilizar e capacitar as equipes de profissionais de saúde dos serviços de emergência para a melhoria das informações.

•Construir banco de dados epidemiológicos para identificar grupos de risco e subsidiar as ações de intervenção, o qual possibilitar tanto a identificação de áreas críticas para acidentes de trânsito, quanto a integração de ações com os órgãos locais de trânsito, transporte e saúde.

•Capacitar profissionais da mídia local e representantes de organizações da sociedade civil, comprometidas com as questões de cidadania, para atuarem como agentes multiplicadores de informações sobre prevenção de acidentes.

•Mobilizar e capacitar representantes de empregadores e condutores de veículos de grande e pequeno porte.

•Tornar disponível e direcionar ao Contran/Denatran as bases de dados, indicadores, parâmetros de intervenção, relatórios de experiências e resultados.

•Produzir e apoiar a produção de materiais educativos e de suporte para o desenvolvimento das ações do Projeto.

4. ESTRATÉGIAS OPERACIONAIS

4.1 Constituir Comissão Técnica de Acompanhamento do Projeto, sob a coordenação da Secretaria de Políticas de Saúde/MS, composta por representantes do Ministério da Saúde, que ficará responsável pela assessoria, planejamento, avaliação e supervisão das ações levadas a efeito pelos estados e municípios.

4.2 Sensibilizar os gestores municipais para que incorporem os conteúdos deste Projeto às realidades, interesses e valores culturais locais, e estimular a formulação de estratégias intersetoriais para a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito e a melhoria do sistema de informação.

4.3 Capacitar, segundo os pressupostos deste Projeto, os condutores de veículos de grande e pequeno porte, com sede nos municípios selecionados, sensibilizando-os para as questões de violência no trânsito, suas causas, agravos e seqüelas. Tal ação objetiva qualificá-los como agentes multiplicadores das informações junto aos demais associados.

4.4 Sensibilizar os profissionais de comunicação, mediante a realização de oficinas, para utilizarem os espaços da mídia como fonte de disseminação de informações sobre a questão da violência no trânsito e suas estratégias de redução, mobilizando a sociedade e promovendo a saúde.

4.5 Sensibilizar os membros de ONGs e sociedade civil organizada para atuarem como mobilizadores que possam advogar em favor da prevenção de acidentes.

4.6 Capacitar, mediante a realização de oficinas nos aglomerados urbanos e capitais selecionadas, os profissionais de saúde, gerentes de serviços de urgência e emergência para:

•participarem da construção de sistema de notificação compulsória de agravos por causas externas;

•trabalharem para qualificar a informação;

•construirem, a partir da ficha de notificação elaborada, bancos de dados padronizados nos municípios, que possam servir de instrumento de avaliação e acompanhamento das ações de intervenção;

•tornar disponíveis para o Contran/Denatran e demais parceiros os dados consolidados a partir dos bancos municipais.

4.7 Produzir 100% dos materiais de apoio às oficinas e apoiar a produção dos materiais promocionais contendo as logomarcas do Ministério da Saúde, do Ministério da Justiça e dos municípios conveniados:

•produzir materiais de apoio à campanha: cartazes, bottons, chaveiros, adesivos, banners, outdoors etc.

•identificar espaços de veiculação alternativos e oficiais, como pontos de encontro de caminhoneiros e de táxis, estações rodoferroviárias, postos de gasolina, lojas de conveniência, oficinas mecânicas, bares, restaurantes, cafés virtuais etc.

•elaborar material específico sobre a temática para veiculação na homepage do Ministério da Saúde, estimulando a população a buscar informações também por meio do Disque Saúde e de correio eletrônico.

4.8 Adequar e aprovar os projetos municipais para repasse de recursos aos aglomerados urbanos e capitais selecionadas, levando em conta a proporcionalidade populacional e o índice encontrado.

5. METODOLOGIA

Todo o processo de desenvolvimento deste Projeto está pautado nas seguintes diretrizes:

•o planejamento participativo, em que os diversos atores sociais, incluindo a própria população, possam construir seus planos locais e regionais, atendendo às suas especificidades e particularidades;

•a descentralização administrativa, diretriz constitucional do SUS, que permeia a implementação de todas as políticas de saúde;

•a intersetorialidade, concebida como estratégia de envolvimento de múltiplos atores, organizados em torno de um objetivo comum, o que implica o estabelecimento de parcerias, com responsabilidades compartilhadas nas ações de prevenção e de promoção da redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito.

Deve-se ainda ressaltar que, após o segundo ano de execução deste Projeto, a expectativa é de que os municípios e as regiões priorizadas possam garantir a sustentabilidade das ações iniciadas, com recursos próprios, possibilitando assim que o Ministério da Saúde invista em ações semelhantes nas demais áreas de risco no País.

6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação ficarão a cargo da Secretaria de Políticas de Saúde/MS e do Denatran/MJ e compreenderão indicadores de processo e de resultados. Os indicadores de processo serão desenvolvidos mediante a participação de uma equipe técnica multiprofissional, sob a coordenação da Secretaria de Políticas de Saúde/MS. Os indicadores de resultados estarão voltados para avaliar o impacto das ações, por intermédio de uma série de instrumentos já existentes ou gerados por essa intervenção.

O indicador escolhido para acompanhamento dos resultados é o coeficiente de mortalidade por acidentes de trânsito.

Anexo XVI

QUADRO - ÁREAS METROPOLITANAS PRIORIZADAS (Origem: PRT MS/GM 344/2002, Anexo 2)

Quadro - Áreas metropolitanas priorizadas

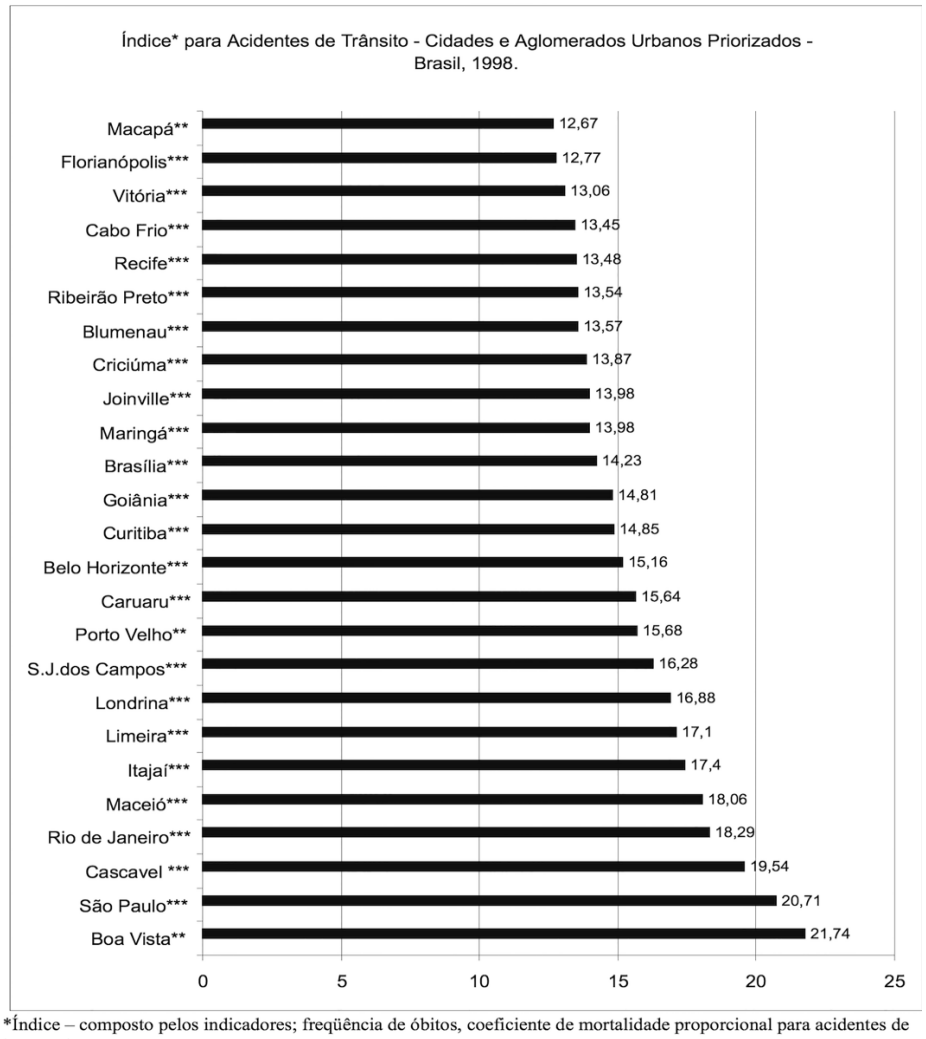
Região	UF	Área metropolitana	Total População
Norte	Roraima	Boa Vista	163.024
	Rondônia	Porto Velho	304.585
	Amapá	Macapá	244.972
Nordeste	Alagoas	Maceió	766.498
	Pernambuco	Recife	2.890.829
		Caruaru	259.725
Sudeste	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	10.247.097
		Cabo Frio	113.813
	São Paulo	São Paulo	16.393.741
		Limeira	401.067
		Ribeirão Preto	467.908
		S. J. dos Campos	1.021.975
	Minas Gerais	Belo Horizonte	3.529.886
	Espírito Santo	Vitória	1.187.144
Sul	Paraná	Curitiba	1.908.659
		Londrina	530.455
		Cascavel	231.901
		Maringá	280.644
	Santa Catarina	Florianópolis	431.310
		Joinville	418.569
		Blumenau	240.302

		Itajaí	141.976
		Criciúma	164.973
Centro Oeste	Goiás	Goiânia	1.345.942
	Distrito Federal	Brasília	2.043.007
	Mato Grosso	Cuiabá	655.236
Total geral	14	26	46.365.905

Anexo XVII

GRÁFICO: ÍNDICE* PARA ACIDENTES DE TRÂNSITO - CIDADES E AGLOMERADOS URBANOS PRIORIZADOS - BRASIL, 1998. (Origem: PRT MS/GM 344/2002, Anexo 3)

Gráfico



*Índice – composto pelos indicadores; freqüência de óbitos, coeficiente de mortalidade proporcional para acidentes de transporte.
** Capital exclusiva.
*** Cidade pólo e respectivo aglomerado.

*Índice - composto pelos indicadores; freqüência de óbitos, coeficiente de mortalidade proporcional para acidentes de transporte.
** Capital exclusiva.
*** Cidade pólo e respectivo aglomerado.

Anexo XVIII

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES RELATIVAS À IMPLANTAÇÃO/GESTÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE ATENÇÃO COMUNITÁRIA INTEGRADA A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (Origem: PRT MS/GM 816/2002, Anexo 1)

COMPETÊNCIAS

1. Compete ao Ministério da Saúde:

a - Instituir o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, seus princípios e diretrizes de implantação e funcionamento, estabelecendo critérios/exigências de habilitação de serviços, critérios de implantação das redes de assistência aos portadores de transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas e critérios técnicos de desenvolvimento do trabalho;

b - Atribuir à Assessoria Técnica da Secretaria de Assistência à Saúde (ASTEC/SAS/MS) a coordenação do Programa em âmbito nacional;

c - Definir e implementar ações de vigilância epidemiológica e sanitária no que se refere aos transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e drogas;

d - Definir e implementar planos e programas de treinamento e capacitação de recursos humanos nas áreas de prevenção, vigilância e assistência aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, estabelecendo convênios de cooperação técnica com as instituições formadoras ou serviços;

e - Estabelecer as normas de funcionamento e cadastramento de serviços que integrarão as redes assistenciais;

f - Articular com os estados, municípios e o Distrito Federal a implantação do Programa e o estabelecimento de mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo;

g - Assessorar os estados e o Distrito Federal na implantação, em seus respectivos âmbitos de atuação, do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas e na organização de suas respectivas Redes Estaduais;

h - Utilizar os sistemas de informação epidemiológica e assistencial para constituir um banco de dados que permita acompanhar e avaliar o desenvolvimento do Programa, definindo seus indicadores;

i - Apoiar a realização de estudos de prevalência de base populacional para o conhecimento da distribuição dos pacientes portadores de transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas e outras pesquisas relevantes;

j - Alocar recursos financeiros destinados ao co-financiamento das atividades do Programa;

l - Divulgar o Programa de maneira a conscientizar e informar a população e os profissionais de saúde sobre a importância da realização das ações preventivas e assistenciais previstas no Programa.

2. Compete às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal:

a - Elaborar, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, as estratégias de implantação, em seu âmbito de atuação, do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas;

b - Designar um Coordenador Estadual do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, em articulação com o Programa de Saúde Mental do Estado;

c - Organizar e implantar rede estadual estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção aos transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas, identificando os serviços delas integrantes, os Centros de Atenção Psicossocial, estabelecendo os fluxos de referência e contra-referência entre estes serviços e garantindo a execução de todas as fases do processo assistencial previsto no Programa;

d - Criar as condições para a estruturação/criação/implantação/cadastramento dos Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de Álcool e outras Drogas;

e - Definir e implementar ações de vigilância epidemiológica e sanitária no que se refere aos transtornos causados pelo uso prejudicial ou dependência de álcool e drogas;

f - Definir e implementar planos e programas de treinamento e capacitação de recursos humanos nas áreas de prevenção, vigilância e assistência aos portadores de transtornos causados pelo uso abusivo de álcool e drogas;

g - Assessorar os municípios no processo de implementação do Programa, no desenvolvimento das atividades e na adoção de mecanismos destinados ao controle, avaliação e acompanhamento do processo;

h - Alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento/incremento do Programa;

i - Monitorar o desempenho do Programa em seu estado e os resultados alcançados;

j - Manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade.

3. Compete às Secretarias Municipais de Saúde:

a - Elaborar, em parceria com a respectiva Secretaria estadual de Saúde, por intermédio da Comissão Intergestores Bipartite, as estratégias de implantação, em seu âmbito de atuação, do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas;

b - Criar as condições para a estruturação/criação/implantação/cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial e adotar as providências necessárias para integrá-lo(s) na rede estadual estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção aos transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas;

c - Alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento/incremento do Programa;

d - Monitorar o desempenho do Programa em seu município e os resultados alcançados;

e - Executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária no que se refere aos transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e drogas;

f - Executar programas de treinamento e capacitação de recursos humanos nas áreas de prevenção, vigilância e assistência aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas;

g - Manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade, que deverão ser notificados ao gestor estadual do SUS;

Anexo XIX

PLANO DIRETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - PDVISA (Origem: PRT MS/GM 1052/2007, Anexo 1)

ANEXO

PLANO DIRETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - PDVISA

EIXO I -

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ÂMBITO DO SUS

O reconhecimento da Vigilância Sanitária - Visa como responsabilidade indelegável do Estado e como um componente indissociável do SUS é a base estratégica do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS. Nesse sentido, tem-se o entendimento de que esse campo da saúde pública é, também, uma arena de conflitos e um espaço privilegiado de intervenção para a defesa dos interesses sanitários e coletivos. Portanto, cabe à Vigilância Sanitária, em articulação com as demais práticas de saúde, atuar no âmbito da proteção contra danos, riscos e determinantes dos problemas de saúde que afetam a população.

Assim, a intersetorialidade é adotada, prioritariamente, como prática de gestão, permitindo o estabelecimento de espaços compartilhados para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, tanto no âmbito da saúde como na relação com outros setores governamentais e não-governamentais.

No processo de fortalecimento do SNVS, os princípios e diretrizes do SUS estão permanentemente presentes. A busca, na atenção à saúde, pelos princípios da universalidade, integralidade, eqüidade, descentralização da gestão e das ações, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde e participação social orientarão sempre o estabelecimento de políticas e a pauta de negociação entre os gestores das três esferas de governo.

Nesse sentido, a descentralização das ações de Vigilância Sanitária é, além de um princípio norteador, uma estratégia de fortalecimento desse setor nas três esferas de governo. Por isso, a revisão das responsabilidades dos gestores do Sistema ultrapassa o campo das intenções normativas e incorpora o estabelecimento de metas de cobertura e definição de indicadores de desempenho, acompanhados por processos que viabilizem o controle social. O redirecionamento pretendido ajusta-se à capacidade de gestão de cada esfera de governo e à adoção do princípio da autoridade territorial, equilibrado pelo compromisso com a avaliação e o gerenciamento do risco sanitário.

A heterogeneidade decorrente das especificidades locais implicará a construção de pactos que expressem tal diversidade, abolindo-se a utilização exclusiva da classificação das ações por níveis de complexidade. Nesse sentido, estabelece-se como ação essencial a revisão do processo de planejamento e execução das ações de Vigilância Sanitária sob uma nova ótica, a da responsabilidade sanitária, por meio da definição de um elenco norteador de ações que permita assimilar as diversidades locais, os problemas de saúde e as necessidades de intervenção diante da estrutura existente. Dessa forma, o elenco de ações deverá ser pactuado locorregionalmente como parte integrante de um processo de desenvolvimento dos serviços de Vigilância Sanitária capaz de subsidiar a descentralização e de gerar ações mais efetivas para a promoção e a proteção da saúde da população.

Há de se considerar também, no delineamento do processo de descentralização, o princípio da complementaridade das ações, sempre que o nível de execução preferencial não contar com as condições necessárias para seu desempenho.

Na lógica da descentralização, as pactuações e as programações das ações de Vigilância Sanitária devem levar em consideração o aporte de recursos financeiros dos entes federados e as novas perspectivas do financiamento setorial.

Assim, o financiamento das ações de Vigilância Sanitária acompanha as diretrizes do Pacto de Gestão para o financiamento do SUS. Nessa perspectiva compõe junto com o componente "Vigilância Epidemiológica e Ambiental" o Bloco da Vigilância em Saúde. O objetivo é que os recursos sejam alocados com vistas à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde.

Na área de organização do SNVS, as diretrizes preconizadas visam incrementar a capacidade de gestão dos órgãos que o integram nas esferas municipal, estadual e federal, por meio do delineamento das relações entre seus componentes, do estabelecimento das responsabilidades sanitárias respectivas e da adoção de instrumentos e mecanismos que garantam maior eficácia, eficiência e efetividade.

Nesse contexto, determinadas diretrizes visam à superação das deficiências de estrutura ainda observadas, como aquelas relativas à organização dos serviços e dos processos de trabalho em Vigilância Sanitária, ao estabelecimento de suporte jurídico e à gestão do trabalho, em termos qualitativos e quantitativos, assim como à implantação do Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária - Visa, que se articule com os sistemas de informações de base nacional do SUS.

Além disso, deve-se destacar a necessária articulação efetiva das políticas e práticas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador, enfatizando-se o princípio da integralidade.

Ainda a discussão sobre o papel da rede laboratorial integrante do SNVS deve ser aprofundada na perspectiva da estruturação e manutenção de uma rede regionalizada e hierarquizada, com tecnologias adequadas aos diversos objetos de regulação da Vigilância Sanitária e com a perspectiva da retroalimentação dos conhecimentos e informações nela produzida aos demais componentes do Sistema. Para isso, é urgente a implementação de uma linha de financiamento específica para custear a estruturação e a execução das ações laboratoriais em Vigilância Sanitária, como também a definição de uma rede complementar que garanta a execução de ações laboratoriais de interesse da Vigilância Sanitária não existentes nos laboratórios de Saúde Pública.

A concretização dessas diretrizes parte dos Planos de Ação realizados em cada esfera de governo como um componente do processo de planejamento e formulação de seus Planos de Saúde, com o propósito precípuo de consolidar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Diretrizes do Eixo I

1. Reafirmação do caráter indissociável da Vigilância Sanitária, como componente do SUS, respeitando seus princípios e diretrizes:

a) adequação dos processos de trabalho de Vigilância Sanitária visando à integração com as demais políticas e práticas de saúde;

b) estímulo à construção de práticas de gestão que incentivem a intersetorialidade, institucionalizadas formalmente, compartilhando espaços de ações e serviços com outros setores governamentais e não governamentais que possuam interface com o campo de atuação da Vigilância Sanitária e respeitando as especificidades locais; e

c) desenvolvimento, na esfera federal, de mecanismos que garantam a integração da ANVISA com as demais áreas responsáveis por ações de promoção e proteção à saúde.

2. Revisão do processo de planejamento e execução das ações de Vigilância Sanitária, sob a ótica da responsabilidade sanitária, com a definição do elenco norteador para subsidiar a descentralização da gestão e das ações, mediante:

a) a análise dos riscos sanitários, da situação de saúde e das necessidades sociais;

b) o levantamento e análise dos recursos físicos, financeiros e humanos existentes e os necessários ao desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária; e

c) a definição de agendas de prioridades locorregionais, com vistas a intervenções.

3. Definição das relações e responsabilidades sanitárias das três esferas de governo, estabelecendo formas de articulação e execução de ações de Vigilância Sanitária de maneira integrada e consoante com os princípios do SUS:

a) articulação, cooperação e apoio efetivo entre Ministério da Saúde, ANVISA, Estados, Distrito Federal e Municípios, visando à consolidação do processo de estruturação do SNVS, por meio da pactuação entre as três esferas de governo;

b) definição e implementação de instrumentos de pactuação e gestão que favoreçam maior eficiência, eficácia e efetividade à ação de Vigilância Sanitária, reconhecendo e respeitando a diversidade e especificidade locorregional; e

c) aprofundamento da estruturação do SNVS para o gerenciamento dos riscos e controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras, por meio da pactuação e do fortalecimento da articulação entre as esferas de governo.

4. Fortalecimento da Vigilância Sanitária em todas as esferas de governo:

a) indução política da estruturação da Vigilância Sanitária a fim de que cada esfera de governo tenha estrutura e estratégias para o gerenciamento do risco sanitário local;

b) promoção da qualificação dos profissionais que atuam em Vigilância Sanitária;

c) estímulo à introdução da temática de Vigilância Sanitária na pauta dos espaços colegiados de gestão, discussão técnica e pactuação do SUS; e

d) apoio jurídico à Vigilância Sanitária, fortalecendo suas ações locais.

5. Desenvolvimento de processos de planejamento, monitoramento, avaliação e auditoria compartilhados e contínuos, nas três esferas de governo, para melhor apoiá-las no processo de assunção de suas responsabilidades:

a) desenvolvimento de processos e instrumentos de avaliação dos serviços e das ações de Vigilância Sanitária - expressos nos Relatórios de Gestão das três esferas de governo - visando à redução dos riscos e agravos à saúde; e

b) definição de metas de cobertura e de indicadores de desempenho e incorporação dos resultados das avaliações ao processo decisório nas três esferas de governo.

6. Constituição de uma política de financiamento para investimento e custeio, em consonância com as diretrizes do Pacto pela Saúde, por parte das três esferas de governo, com vistas à estruturação dos serviços e à operacionalização das ações de Vigilância Sanitária - Visa, adotando a eqüidade e a transparência na aplicação dos recursos como princípios norteadores.

7. Estruturação e implantação de um Sistema Nacional de Informação, que promova transparência e subsidie o processo de gestão do SNVS, integrado aos sistemas de base nacional do Ministério da Saúde.

8. Harmonização da Gestão do Trabalho e Educação em Vigilância Sanitária com as diretrizes da Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

9. Articulação do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Publica como suporte das ações de Vigilância Sanitária:

a) desenvolvimento de tecnologias de comunicação, para permitir a troca ágil de informações referentes à comunicação do risco sanitário;

b) definição de uma linha de financiamento para custeio e investimento; e

c) reestruturação da rede complementar de laboratórios.

10. Articulação efetiva das políticas e práticas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Vigilância da Saúde do Trabalhador.

11. Consolidação da responsabilidade dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária de exercer seu poder de polícia em relação às condições e ambientes de trabalho.

EIXO II

AÇÃO REGULATÓRIA: VIGILÂNCIA DE PRODUTOS, DE SERVIÇOS E DE AMBIENTES

A reconfiguração da ordem econômica mundial recente e, principalmente, as expectativas de contínuas mudanças decorrentes da globalização e da rapidez da circulação de informações tornam as práticas de Vigilância Sanitária crescentemente relevantes. Os novos padrões de produção e circulação de mercadorias e seus possíveis efeitos sobre a saúde das populações têm levado à necessidade de adoção de medidas de proteção da saúde ao mesmo tempo ágeis, firmes e criativas por parte dos órgãos públicos, privados e da sociedade em geral.

No que tange à Vigilância Sanitária, a reorientação das ações de regulação constituirá medida fundamental para responder às novas exigências sociais e políticas geradas com a expansão do mercado de consumo e a diversificação dos produtos e dos serviços ofertados pelos setores produtivos.

A Vigilância Sanitária pode ser vista como espaço de intervenção do Estado, cujo objetivo é adequar o sistema produtivo de bens e de serviços de interesse sanitário, bem como os ambientes, às demandas sociais e às necessidades do sistema de saúde. Sua principal função é atuar no sentido de prevenir, eliminar ou minimizar o risco sanitário envolvido em suas áreas de atuação, promovendo e protegendo a saúde da população.

Desse modo, suas ações têm o propósito de implementar concepções e atitudes éticas a respeito da qualidade das relações, dos processos produtivos, do ambiente e dos serviços. Em virtude de seu papel regulador, essas ações representam uma importante possibilidade de articular os poderes governamentais, impulsionar a participação social e aperfeiçoar as relações sociais.

O processo de estruturação da Vigilância Sanitária acompanhou as mudanças e as reformas do Estado. A partir do início da década de 1990, a reforma do Estado visava, sobretudo, à redução do tamanho do Estado e à mudança de regras macroeconômicas. O foco estava na agilização administrativa e no atendimento das demandas do setor produtivo. Com a criação do Mercosul, em 1991, a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária passou a se responsabilizar também pelos processos de harmonização da regulamentação sanitária. Na segunda metade dessa mesma década, ocorreu nova onda de reformas e foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Pode-se afirmar que em cada época foi adotado um conceito e um modelo de regulação, embora esse termo seja relativamente recente. Classicamente, o termo regulação tem uma carga conceitual pautada nos processos econômicos e de reestruturação do papel do Estado, capitaneada pela reforma neoliberal produzida nas últimas décadas. A partir desse conceito, limita-se o papel do Estado no processo de produção e consumo de bens, produtos e serviços, a "regulador" do mercado. Utilizado sem muitos problemas nos campos abarcados pelas agências criadas para regular as atividades econômicas privatizadas (energia elétrica, telefonia etc.), mostra-se limitado quando aplicado aos objetos de trabalho da saúde e, mais especificamente, da Vigilância Sanitária. Diante dessa constatação, tornase necessário que seja traduzido para essa área que, idealmente, deve estar voltada à gestão do risco sanitário.

Para grande parte dos autores, o processo de regulação abrange: aprovação de regras pertinentes (regulamentos, normas, resoluções etc.); implementação concreta desses regulamentos (autorizações, licenças, registros etc.); fiscalização de seu cumprimento e imposição de sanções ou penalidades perante as infrações. Portanto, regulação conjuga os três tipos de poder: normativo, executivo e parajudicial. Ela cumpre vários objetivos: restringir práticas empresariais, regular mercados, controlar qualidade e preço, afastar a concorrência desleal e, ainda, corrigir informações aos consumidores. Esse processo também merece uma reflexão profunda para sua transposição para a área da Vigilância Sanitária.

Assim, a regulação nessa área ganha um complemento ao conceito. Trata-se aqui não apenas de regulação, mas regulação sanitária. Esta não se limita apenas a uma função de árbitro entre produtores e consumidores, diferencia-se por vários aspectos:

a) as características particulares dos produtos, bens e serviços que, ao ser utilizados, podem ter efeitos danosos à saúde;

b) são, muitas vezes, objetos de difícil materialização (o meio ambiente, o ar que respiramos, a fonte de água que bebemos), ou que são consumidos à medida que são produzidos (serviços de saúde);

c) necessidade de se conhecer ampla e previamente a realidade social e sanitária na qual esses produtos e serviços se inserem ou serão consumidos; e

d) não se trata de processo de consumo como os demais, mas de processo que envolve sujeitos e cidadãos ou coletividades que consomem bens ou serviços essenciais à sua vida.

Um segundo conceito deve ser considerado para a correta compreensão da regulação e sua aplicação na área da Vigilância Sanitária. Ele está explícito na própria definição da função dessa área, que é a de atuar no sentido de prevenir, eliminar ou minimizar risco sanitário. O conceito de risco tem sido objeto de muitas reflexões, pois, mais uma vez, sua transposição para a Vigilância Sanitária não pode se dar de forma direta e linear. O termo risco não deve ser tomado apenas na sua concepção estatística no sentido de probabilidade de ocorrência de eventos danosos. Muitas vezes o risco coloca-se como possibilidade, sem que haja, de fato, dados quantitativos, mas sim indícios, baseados na racionalidade e nos conhecimentos científicos disponíveis. Essa concepção, aliada ao contexto de incertezas produzido pelas rápidas mudanças no sistema produtivo, é base, até mesmo, para que a Vigilância Sanitária adote em seu processo de regulação o princípio da precaução. Assim, além dos objetivos acima descritos no conceito mais clássico de regulação, na Vigilância Sanitária ele ganha outro objetivo fundamental - o de preservar e promover a saúde dos indivíduos, do meio ambiente e dos locais de trabalho.

A partir desses conceitos, pode-se pensar no modelo de regulação sanitária do País, que deve estar orientado pela identificação e avaliação dos riscos e busca de mecanismos que garantam a segurança sanitária e a proteção da saúde. A escolha entre alternativas para a regulação, diante das análises produzidas e das situações de incerteza científica, significa gerenciar os riscos, e estas escolhas não podem estar reduzidas a atos administrativos de natureza cartorial ou fiscalizatória. Também é preciso reconhecer que o processo de regulação se dá num contexto de conflitos de interesses, que podem gerar embates. Para minimizar suas fragilidades, é fundamental que as decisões estejam baseadas em conhecimentos científicos sólidos e ampla divulgação de informações, para que a sociedade organizada possa interferir no processo.

Com esse sentido ampliado de regulação, estratégias como o aprimoramento dos processos produtivos e do controle da qualidade dos produtos e serviços oferecidos, bem como a comunicação do risco e o estímulo ao consumo consciente são algumas das possibilidades de implementação da regulação com o objetivo de proteger a saúde da população. Nesse sentido, essas práticas deverão ser continuamente promovidas e aprimoradas para tornar as ações de vigilância mais efetivas, o que implica repensar os instrumentos e a incorporação adequada dos conhecimentos e tecnologias constantemente produzidos.

Dessa forma, a atribuição legal da Vigilância Sanitária diz respeito aos processos de regulação do risco sanitário, mas não deve se restringir apenas a uma perspectiva fiscalizatória e sim ampliar, a partir de uma visão que permita incorporar às práticas de proteção, aquelas de promoção da saúde. Importantes ações, hoje ainda incipientes na Vigilância Sanitária, tais como o monitoramento da propaganda, as notificações pós-comercialização, a comunicação do risco (alertas sanitários para a sociedade em geral), o monitoramento e a avaliação dos produtos e medicamentos registrados, em especial os novos ou com novas indicações, ao longo de sua comercialização e a educação em saúde visando ao consumo seguro de produtos e medicamentos poderiam ser exemplificadas como ações de promoção da saúde.

Outro aspecto considerado essencial para o adequado desenvolvimento da função de regulação é o reconhecimento do caráter intersetorial dos objetos das ações de Vigilância Sanitária, o que torna necessária a articulação com os diversos órgãos e instituições responsáveis pela normatização e acompanhamento de produtos, serviços e ações. Portanto, a criação de estratégias de integração e discussão com os diferentes atores envolvidos com a temática da Vigilância Sanitária constituem estratégias fundamentais de trabalho.

Entretanto, tendo em vista que a Vigilância Sanitária está organizada como um sistema em todo o território nacional, a regulação deve ser concebida considerando o papel dos três componentes do sistema - federal, estadual e municipal - potencializando seu caráter universal e de integralidade.

Ainda sobre o princípio constitucional da integralidade no SUS, é importante que ele seja aplicado, nas atribuições de regulação em Vigilância Sanitária, para compreender todo o ciclo produtivo de bens e serviços de interesse à saúde, desde a garantia da qualidade dos insumos importados, passando pela garantia dos procedimentos de produção ou de processamentos internos até o monitoramento da propaganda para seu consumo, sejam eles produtos ou serviços.

Uma outra importante diretriz para a Vigilância Sanitária diz respeito à sua articulação com a política de saúde do País. As ações de regulação devem se pautar por prioridades definidas nessa política, considerando programas e projetos desenvolvidos pelo Sistema Único de Saúde.

De forma geral, a circulação de informações e dos novos conhecimentos tem sido enormemente amplificada com a revolução tecnológica produzida pela informática. A incorporação desses conhecimentos e de evidências científicas bem embasadas é funda-

mental para dar consistência à regulação de áreas importantes como a de medicamentos e de produtos para a saúde. Portanto, são fundamentais investimentos vigorosos e ininterruptos em pesquisas e na capacitação de profissionais para acessar e analisar criticamente seus resultados.

O desenvolvimento e a implantação de um sistema de informação é hoje uma necessidade que deve ser vista como prioridade para o fortalecimento do SNVS. Seu papel seria o de consolidar as informações produzidas no próprio sistema, produzir alertas e auxiliar na tomada de decisões e definição de prioridades para a Vigilância Sanitária, além disso, deverá ter a capacidade de interoperabilidade com os sistemas e bancos de dados nacionais do Ministério da Saúde.

No aspecto do trabalho respaldado por evidências científicas, a discussão sobre o papel dos laboratórios deve ser aprofundada na perspectiva da estruturação e manutenção de uma rede com tecnologias recentes e adequadas aos diversos objetos de regulação e da retroalimentação dos conhecimentos e informações neles produzidas aos demais componentes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - Visa.

Por fim, deve-se ressaltar que a Vigilância Sanitária, em sua função reguladora, é muitas vezes vista, equivocadamente, como um entrave à produção local. No entanto, é importante destacar que o papel regulador, adequadamente conduzido, constitui-se em um instrumento de promoção da qualidade dos produtos e serviços, recebendo, até mesmo, o reconhecimento internacional e contribuindo para o desenvolvimento nacional.

Diretrizes do Eixo II:

1. Institucionalização de ações de caráter intersetorial com os diversos órgãos que tenham interface com ações de Vigilância Sanitária - VISA

a) articulação com outros órgãos responsáveis por ações regulatórias, reconhecendo seus limites de competência;

b) articulação das ações de Vigilância Sanitária com as prioridades das demais políticas públicas, nas três esferas de governo;

c) articulação com os diversos órgãos e entidades de proteção do consumidor, defesa da cidadania, regulação econômica e monitoramento de mercado, bem como com os órgãos responsáveis pelo controle de qualidade e avaliação de conformidade; e

d) articulação com as empresas empregadoras, sindicatos, estabelecimentos privados de prestação de servicos de saúde, operadoras de planos de saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a redução de riscos sanitários e melhoria das condições de vida e saúde.

2. Aprimoramento da aplicação do princípio da precaução como um valor fundamental para as ações de Vigilância Sanitária, para a avaliação de novas tecnologias e para a tomada de decisões, de forma que proteja e promova a saúde da população.

3. Sistematização e incorporação dos conhecimentos produzidos no próprio SNVS às práticas de Vigilância Sanitária, a partir das ações de registro, fiscalização e monitoramento, dentre outras.

4. Promoção do acesso aos conhecimentos científicos pertinentes às ações de regulação para os profissionais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

5. Promoção de mecanismos de disseminação efetiva das comunicações de risco sanitário à população.

6. Articulação entre as diversas esferas de governo para a definição de prioridades da regulação sanitária e execução das ações de Vigilância Sanitária.

7. Articulação com a rede de Laboratórios de Saúde Pública nas diversas esferas de governo, como componente essencial ao exercício da ação regulatória.

8. Elaboração e revisão da legislação, do marco regulatório, dos regulamentos técnicos e dos processos de trabalho em Vigilância Sanitária, de forma participativa e tripartite, à luz dos conhecimentos recentes e das referências internacionais:

a) harmonização das ações e instrumentos de controle sanitário e adoção de procedimentos operacionais padronizados em Vigilância Sanitária; e

b) aprimoramento dos instrumentos inerentes ao processo regulatório, visando à racionalização das atividades da Vigilância Sanitária.

9. Consolidação e ampliação, em âmbito nacional, da estratégia de vigilância e monitoramento de eventos adversos e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos e serviços de saúde.

10. Articulação da ação regulatória da Visa com as diretrizes e estratégias da política de desenvolvimento nacional, levando em consideração os riscos sanitários, contribuindo para o aprimoramento da qualidade de produtos, processos e serviços.

EIXO III

A VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

A Vigilância Sanitária, concebida como campo de saúde coletiva, é indissociável do conjunto de ações que integram as políticas de saúde. Nessa dimensão, há a necessidade de articulação permanente das ações de Vigilância Sanitária nas distintas esferas de governo e destas com as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do SUS. A adoção de práticas de saúde resolutivas, seguras, éticas e humanizadas, acompanhadas de iniciativas para a qualificação dos trabalhadores de saúde e a consolidação do controle social, constituirão dimensões essenciais para a qualidade e a integralidade da atenção à saúde prestada à população.

A integralidade pode refletir três grandes sentidos diferentes: o primeiro, refere-se às práticas dos profissionais de saúde; o segundo, refere-se à organização dos serviços e o terceiro, aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde.

O avanço para a integralidade na atenção deverá estar expresso prioritariamente na estrutura e na organização dos serviços, nos instrumentos de planejamento e gestão adotados nos três níveis de governo, nos processos de trabalho e qualificação dos trabalhadores de saúde e no estímulo ao desenvolvimento de políticas intersetoriais. Essas diretrizes devem gerar as condições necessárias para a inserção da Vigilância Sanitária nos distintos níveis de complexidade da atenção à saúde do SUS.

Na atenção básica, a busca pela reestruturação da prática focada no atendimento integral e por serviços de qualidade, eficientes e resolutivos, deve ser objetivo norteador da Vigilância Sanitária em sua inserção nesse nível de atenção. Espera-se que além das ações assistenciais, sejam realizadas ações de promoção de saúde e de prevenção de agravos - incluindo aqueles relativos ao consumo de bens e serviços e as interações com o ambiente de trabalho e de vida, ações típicas do campo da Vigilância Sanitária - pelas equipes de saúde da família e das unidades básicas de saúde, com destaque para o agente de saúde.

Contudo, não se propõe que os profissionais de atenção básica devam incorporar a atribuição de polícia administrativa inerente aos profissionais de Vigilância Sanitária. A atenção básica em sua responsabilidade local deve incorporar o olhar que configura as ações de Vigilância Sanitária na história natural dos agravos e determinantes de saúde, desenvolvendo tecnologias de cuidado no contexto da integralidade.

Os profissionais de saúde, de forma geral, devem estar preparados para realizar ações próprias de assistência à saúde, para atuar na identificação de riscos sanitários potenciais e danos à saúde da população de seu território, bem como saber agir de forma multidisciplinar e intersetorial na proteção e promoção da saúde.

A Vigilância Sanitária deverá, também, articular-se às ações e aos programas desenvolvidos pelo SUS, destinados aos grupos vulneráveis de nossa sociedade, em virtude da necessidade de ações de promoção e proteção à saúde.

Trabalhar a integralidade no SUS não é apenas favorecer o trabalho conjunto de setores nos diferentes níveis de complexidade da assistência, mas descompartimentalizar as diversas ações locais, desenvolvendo um processo de trabalho condizente com a realidade local que ao mesmo tempo preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias, na constituição da qualidade de vida e da cidadania.

Diretrizes do Eixo III

1. Articulação permanente entre as ações de Vigilância Sanitária e os demais serviços e ações de saúde desenvolvidos no âmbito do SUS, garantindo a transversalidade nos diversos níveis de atenção à saúde.

2. Articulação das ações de Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e de Saúde do Trabalhador, no sentido de consolidar a vigilância dos determinantes do processo saúde-doença, com vistas à atenção integral à saúde.

3. Promoção e fortalecimento do trabalho conjunto da Vigilância Sanitária com a atenção básica, contribuindo para a reflexão de saberes e práticas multidisciplinares e intersetoriais, favorecendo a integralidade das ações de saúde, nas três esferas de governo:

a) desenvolvimento de novos processos de trabalho que incorporem as tecnologias de Vigilância Sanitária às ações básicas de saúde, com enfoque no risco sanitário; e

b) descompartimentalização dos processos de trabalho nas ações locais, preservando especificidades e compartilhando tecnologias, conhecimentos e experiências.

4. Revisão do processo de planejamento e execução das ações de Vigilância Sanitária, considerando a responsabilidade sanitária, o território, o risco sanitário, a transcendência de eventos de interesse da saúde e as prioridades nacionais e locorregionais de saúde, visando à integralidade das ações de atenção à saúde.

5. Articulação na definição de políticas de formação de trabalhadores do SUS para promover a integração da Vigilância Sanitária com as demais áreas da saúde no cumprimento do princípio da integralidade.

EIXO IV

PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO, PESQUISA E DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO

A pesquisa e o desenvolvimento tecnológico em Vigilância Sanitária assumem caráter importante na construção de uma agenda de atuação, devidamente articulada com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) do Ministério da Saúde.

No entanto, verifica-se uma lacuna no campo da produção do conhecimento em Vigilância Sanitária que precisa ser preenchida, quer seja por estratégias como o desenvolvimento de estudos sobre a função regulatória e seus impactos nos problemas de saúde, quer seja no controle de inúmeros riscos à saúde relacionados a processos produtivos e a bens de consumo e dos potenciais efeitos adversos de numerosas e complexas exposições relacionadas às diversas tecnologias utilizadas nos serviços de saúde.

É consenso que a pesquisa é ferramenta importante para a tomada de decisões na definição de políticas e no planejamento em saúde, contribuindo para a melhoria das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e a diminuição das desigualdades sociais.Nesse sentido, e em consonância com a PNCTIS, a Vigilância Sanitária incorpora como princípios básicos: o respeito à vida e à dignidade humana das pessoas, a melhoria da saúde da população brasileira, a busca da eqüidade em saúde, a inclusão e o controle social e o respeito à pluralidade filosófica e metodológica. A Vigilância Sanitária incorpora também as estratégias de ação da PNCTIS para a produção de conhecimento, pesquisas e desenvolvimento tecnológico no setor, como: a sustentação e o fortalecimento do esforço nacional em ciência, tecnologia e inovação em saúde, a criação do sistema nacional de inovação em saúde, a superação das desigualdades regionais, o aprimoramento da capacidade regulatória, a difusão dos avanços científicos e tecnológicos, bem como a formação e a capacitação de recursos humanos.

Observa-se também que as rotinas dos profissionais de Vigilância Sanitária são baseadas não só no aparato legal da legislação vigente, mas num somatório entre este e o conhecimento implícito das questões que perpassam as atividades relacionadas a produtos, serviços e ambientes.

A sistematização dessa prática profissional, realizada por meio de diversas abordagens metodológicas, possibilita avanços importantes para a melhoria dos processos de trabalho.

A busca de mecanismos de disseminação e intercâmbio da produção de conhecimento em Visa também tem sido bastante discutida pelo SNVS. Destacam-se, nesse sentido, os Simpósios Brasileiros de Vigilância Sanitária (Simbravisa), realizados pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), que demonstram claramente as contribuições dos profissionais de Vigilância Sanitária para o acúmulo de conhecimentos relativos às ações desenvolvidas nesse campo.

O acelerado avanço tecnológico na área da saúde, paralelo à alta velocidade de incorporação dessas novas tecnologias no mercado, tende a provocar um déficit de conhecimento por parte dos gestores e dos profissionais que, muitas vezes, desconhecem a eficácia, a efetividade e a segurança na escolha da tecnologia apropriada para determinada situação. Para tanto, há necessidade de articulação com a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), a qual contempla os aspectos referentes à avaliação de tecnologia em saúde, desencadeando um amplo processo de produção, atualização, revisão e disseminação desses conhecimentos e sua aplicabilidade no setor, proporcionando informações úteis e adequadas para a tomada de decisão.

Outra questão de relevância é o desenvolvimento de padrões de ética nos estudos e pesquisas realizados. O crescimento acentuado das pesquisas no Brasil, se por um lado representa um avanço no desenvolvimento científico e tecnológico, por outro, aumenta as possibilidades de risco, engendrando novas formas de ameaças à saúde humana. Portanto, requer um cuidadoso acompanhamento dos centros de pesquisa, dos protocolos de pesquisa e o estabelecimento de critérios rigorosos de credenciamento e acompanhamento pelas comissões de ética.

A disseminação e difusão dos avanços científicos e tecnológicos por meio do estabelecimento de mecanismos de comunicação social apresentam-se como um meio para a apropriação dos conhecimentos produzidos e dos benefícios decorrentes dos estudos desenvolvidos por parte dos pesquisadores, setor regulado, gestores e trabalhadores do SUS e sociedade civil. Para tanto, faz-se necessária a constituição de canais de divulgação que permitam a introdução de formas de comunicação acessíveis e compreensíveis para o público em geral.

Além disso, entende-se como questão de importância fundamental para consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, o desenvolvimento de estratégias para a formação, a qualificação e a capacitação de profissionais que atuam no âmbito do Sistema de Saúde. Essas estratégias deverão contemplar o desenvolvimento de competências dos profissionais para uma atuação crítica e autônoma, minimizando-se, assim, a importação acrítica de padrões, modelos, protocolos de avaliação, critérios científicos e normas.

Desse modo, considera-se essencial a necessidade do desenvolvimento de estudos e pesquisas, de forma contínua e sistemática, acerca das tecnologias, produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde, considerando a relação risco-custo-benefício, acompanhando seus efeitos adversos e promovendo estratégias continuadas para seu uso racional.

Diretrizes do Eixo IV

1. Estímulo à Produção de Conhecimento em Vigilância Sanitária, buscando integrá-la à Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde do SUS:

a) produção e disseminação do conhecimento em Vigilância Sanitária, com a participação de outros atores sociais, tais como: segmentos da sociedade civil organizada, setor regulado, instituições de ensino e pesquisa, profissionais de saúde etc.;

b) consolidação e ampliação dos Centros Colaboradores em Vigilância Sanitária, de acordo com as potencialidades regionais, articulando-os com os demais órgãos do SNVS, para o apoio ao desenvolvimento da Vigilância Sanitária; e

c) aprimoramento dos instrumentos de disseminação do conhecimento, para tornar mais efetiva a comunicação entre o SNVS e a população.

2. Consolidação do campo da Vigilância Sanitária nos espaços acadêmicos de formação e de produção científica, ensino e pesquisa e reconhecimento dela como campo de pesquisa, inerente ao campo da Saúde Coletiva, ressaltando a necessidade de interlocução com outras áreas, tendo em vista seu caráter interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial.

3. Fomento à produção de conhecimento e ao desenvolvimento tecnológico voltados para o aprimoramento do SNVS, na perspectiva da diversidade de abordagens metodológicas:

a) participação com outros setores governamentais envolvidos na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde para a elaboração de um plano de incorporação tecnológica a partir da identificação das necessidades de aquisição de equipamentos e tecnologias, com vistas à avaliação do impacto social, econômico, ambiental e sanitário decorrente de sua utilização;

b) aporte de recursos de forma contínua e sistemática ao desenvolvimento de pesquisas e tecnologia nos serviços de Vigilância Sanitária;

c) fomento à efetivação de estudos sobre os determinantes dos riscos sanitários decorrentes dos novos arranjos demográficos e epidemiológicos e dos modos de produção e consumo, objetivando a ampliar a efetividade na proteção da saúde;

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300442

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

d) estímulo à realização de estudos sobre a função regulatória e seus impactos nos problemas de saúde e no controle de inúmeros riscos à saúde relacionados a processos produtivos, bens de consumo, serviços e ambientes;

e) fomento à efetivação de parcerias entre o SNVS e instituições de ensino e pesquisa - nacionais e internacionais - para o desenvolvimento de projetos em Vigilância Sanitária, de forma que aprimore suas práticas e bases de ação; e

f) incentivo à produção de pesquisa pelos serviços de Vigilância Sanitária.

4. Contribuição da Vigilância Sanitária no processo de identificação das necessidades de aquisição de equipamentos e tecnologias e na definição de mecanismos de incorporação tecnológica e de pesquisas, que contemplem as singularidades regionais, para avaliação do impacto social, econômico, ambiental e sanitário decorrente de seu uso.

5. Utilização das diretrizes e definições estabelecidas na Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) como base para a avaliação de tecnologia em saúde, envolvendo as três esferas de governo, com vistas a subsidiar a tomada de decisão acerca da incorporação crítica e independente de produtos e processos.

6. Incorporação e utilização do conhecimento acerca dos avanços tecnológicos e biotecnológicos em saúde, com ênfase na biossegurança, considerando as implicações e repercussões no campo da bioética e da ética em pesquisa:

a) utilização de mecanismos e critérios para avaliação do uso de produtos e serviços sujeitos à Vigilância Sanitária e outras inovações tecnológicas, visando ao desenvolvimento de pesquisas, considerando a avaliação de impactos e suas conseqüências para a saúde.

7. Promoção sistemática de eventos para a ampla difusão de conhecimentos sobre os determinantes do processo saúde-doença, fatores de risco e situação de saúde da população.

EIXO V

CONSTRUÇÃO DA CONSCIÊNCIA SANITÁRIA: MOBILIZAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

A Constituição Federal de 1988 possibilitou novas experiências de exercício da cidadania na medida em que criou espaços de participação representativos e democráticos para elaboração de políticas públicas e instrumentos de controle em sua implementação.

A Lei n° 8.142/90 dispõe sobre as instâncias de participação e controle social no Sistema Único de Saúde, regulamentando preceitos constitucionais no bojo da reforma democrática do Estado brasileiro. O Ministério Público, o Poder Legislativo e o Judiciário têm também atribuições relacionadas à defesa da cidadania em seus diversos aspectos, incluindo o que se refere ao direito à saúde.

No que diz respeito ao entendimento entre o que é participação e controle social não se tem como preocupação um aprofundamento conceitual desses objetos neste texto. Entretanto, é válido apontar que alguns autores definem controle social como a forma e os mecanismos com os quais a sociedade organizada fiscaliza e controla o poder público em relação às suas ações e gastos financeiros, exercendo assim seu direito de cidadãos em requererem do Estado a definição de prioridades. Por sua vez, outros autores consideram que a participação social deve também ser considerada como um exercício pleno de cidadania e de direito, descrita na Constituição, na qual a lógica não se restringe apenas à fiscalização, mas amplia sua contribuição à política pública que o Governo vem estabelecendo em suas ações de Estado. considerando as prerrogativas legais da Vigilância Sanitária - de interferir no espaço em que atuam forças de mercado e no jogo de interesses econômicos, cujos resultados influenciam diretamente as condições de vida e de saúde das pessoas - , os mecanismos de participação e controle social são essenciais para que todos os agentes que atuam na saúde e na produção de produtos e bens de consumo não comprometam as ações de Vigilância Sanitária fundamentais para o cumprimento da missão legal do Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria. Torna-se fundamental o debate público das decisões que possam afetar a segurança das pessoas e da coletividade, até mesmo na feitura das normas administrativas.

Observa-se que a Vigilância Sanitária esteve, em alguns momentos, na pauta das discussões dos mecanismos de participação e controle social, como: a I Conferência Nacional de Saúde do Consumidor, em 1986; a 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, na qual se apontou a necessidade de realização da conferência temática de Vigilância Sanitária; e a I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, realizada em 2001, cujo tema central tratou da efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, com vistas à proteção e à promoção da saúde, assim como à construção da cidadania.

Outro espaço de participação e controle social que hoje se encontra em funcionamento no Conselho Nacional de Saúde é a Comissão Intersetorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia, descrita no artigo 13, inciso III, da Lei nº 8.080/90, que tem por finalidade a articulação das políticas e programas de interface da Vigilância Sanitária com as demais áreas da saúde.

A exemplo das demais áreas da Saúde Coletiva, já existem, hoje, instâncias formais de participação e controle social direcionadas à Vigilância Sanitária. Entretanto, igualmente às demais áreas da saúde, tal participação e controle só podem ser exercidos mediante o conhecimento pela sociedade do que é Vigilância Sanitária e mediante o reconhecimento de sua importância como campo de promoção e proteção da saúde. Assim, entendendo que essa discussão atualmente é frágil, é importante enfatizar a necessidade de se promover ações que elevem a consciência sanitária da população de forma que tal participação e controle se efetivem.

Por sua natureza, a Vigilância Sanitária pode ser concebida igualmente como espaço de exercício da cidadania e do controle social, que, por sua capacidade transformadora da qualidade dos produtos, dos processos e das relações sociais, exige ação interdisciplinar e interinstitucional.

É importante, ainda, ressaltar a necessidade de mediação entre diferentes instâncias, para envolver o Executivo, o Legislativo, o Judiciário e outros setores do Estado e da sociedade, ampliando o compromisso desses com a concretização do SUS.

A Vigilância Sanitária entende que a parceria com a sociedade é fundamental para a concretização de suas ações visto que esta tem seu campo de atuação relacionado à defesa do consumidor real ou potencial de produtos e serviços, garantindo o direito do cidadão a uma vida saudável. Assim sendo, faz-se necessário desenvolver atividades de educação para a saúde, de democratização da informação, de transparência das suas ações e o estabelecimento de mecanismos de escuta da sociedade, possibilitando assim o incremento da consciência sanitária.

A comunicação e a educação podem ganhar expressão concreta nas ações de mobilização dos profissionais de saúde, da comunidade e dos movimentos sociais, para que esses atores reconstruam suas práticas. O desenvolvimento de instrumentos e mecanismos que possibilitem o diálogo entre os segmentos da sociedade, como os fóruns de discussão e as audiências públicas, são outras estratégias de estímulo à participação da sociedade que podem estimular o debate dos principais desafios da área.

Por fim, é imprescindível, para a melhoria contínua das ações de Vigilância Sanitária, a conscientização da população de seus direitos, para que possa efetivamente cobrá-los, pensando a saúde como parte de um projeto de vida baseado na autonomia, na democracia e na justiça social.

Diretrizes do Eixo V

1. Promoção de espaços compartilhados de atuação dos setores envolvidos na produção de saúde, fortalecendo parcerias intersetoriais e intra-setoriais, para desenvolvimento de ações voltadas à informação, mobilização, participação e efetivo controle social, com vistas a garantir os direitos à saúde de toda a população.

2. Promoção de ações que contribuam para elevar a consciência sanitária da sociedade, na percepção do risco sanitário e na compreensão do funcionamento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, incluindo os aspectos da universalidade, do acesso, da democratização da informação, da comunicação e da transparência:

a) promoção de ações educativas e de comunicação que possam difundir a Vigilância Sanitária como uma política pública e responsabilidade indelegável do Estado;

b) desenvolvimento de processos de educação e de comunicação social, destinados à conscientização da sociedade quanto ao consumo de produtos e à utilização de serviços que têm impacto na saúde, observando-se a diversidade cultural, regional e social do País; e

c) sensibilização e qualificação dos trabalhadores de saúde, para atuação junto à comunidade, fortalecendo a compreensão, a mobilização e a informação em Vigilância Sanitária.

3. Fortalecimento e qualificação do controle social na temática de Vigilância Sanitária:

a) garantia do acesso à informação em Vigilância Sanitária;

b) aperfeiçoamento dos mecanismos de consultas e audiências públicas, a fim de possibilitar maior participação da sociedade na elaboração de normas sanitárias, nas três esferas de governo;

c) fortalecimento dos fóruns de discussão no âmbito da Vigilância Sanitária, com a participação dos órgãos de governo, do setor produtivo e dos segmentos da sociedade civil organizada;

d) estímulo à constituição de grupos técnicos para aprofundamento, reflexão e elaboração de subsídios, relativos ao tema Vigilância Sanitária, visando potencializar os trabalhos dos Conselhos de Saúde;

e) desenvolvimento de ações educativas em Vigilância Sanitária para os conselheiros de saúde;

f) articulação com os Conselhos de Saúde para a inserção da Visa de uma forma mais sistemática na dinâmica das ações pertinentes ao controle social; e

g) incentivo à inserção da Vigilância Sanitária na composição do temário das Conferências de Saúde, nas três esferas de governo.

Anexo XX

DO CONTROLE E DA VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO E SEU PADRÃO DE POTABILIDADE (Origem: PRT MS/GM 2914/2011)

Art. 1º Ficam definidos os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 2914/2011, CAPÍTULO I)

Art. 2º Este Anexo se aplica à água destinada ao consumo humano proveniente de sistema e solução alternativa de abastecimento de água. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 2º)

Parágrafo Único. As disposições deste Anexo não se aplicam à água mineral natural, à água natural e às águas adicionadas de sais destinadas ao consumo humano após o envasamento, e a outras águas utilizadas como matéria-prima para elaboração de produtos, conforme Resolução (RDC) nº 274, de 22 de setembro de 2005, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 3º Toda água destinada ao consumo humano, distribuída coletivamente por meio de sistema ou solução alternativa coletiva de abastecimento de água, deve ser objeto de controle e vigilância da qualidade da água. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 3º)

Art. 4º Toda água destinada ao consumo humano proveniente de solução alternativa individual de abastecimento de água, independentemente da forma de acesso da população, está sujeita à vigilância da qualidade da água. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 4º)

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

(Origem: PRT MS/GM 2914/2011, CAPÍTULO II)

Art. 5º Para os fins deste Anexo, são adotadas as seguintes definições: (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 5º)

I - água para consumo humano: água potável destinada à ingestão, preparação e produção de alimentos e à higiene pessoal, independentemente da sua origem; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 5º, I)

II - água potável: água que atenda ao padrão de potabilidade estabelecido neste Anexo e que não ofereça riscos à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 5º, II)

III - padrão de potabilidade: conjunto de valores permitidos como parâmetro da qualidade da água para consumo humano, conforme definido neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 5º, III)

IV - padrão organoléptico: conjunto de parâmetros caracterizados por provocar estímulos sensoriais que afetam a aceitação para consumo humano, mas que não necessariamente implicam risco à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 5º, IV)

V - água tratada: água submetida a processos físicos, químicos ou combinação destes, visando atender ao padrão de potabilidade; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 5º, V)

VI - sistema de abastecimento de água para consumo humano: instalação composta por um conjunto de obras civis, materiais e equipamentos, desde a zona de captação até as ligações prediais, destinada à produção e ao fornecimento coletivo de água potável, por meio de rede de distribuição; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 5º, VI)

VII - solução alternativa coletiva de abastecimento de água para consumo humano: modalidade de abastecimento coletivo destinada a fornecer água potável, com captação subterrânea ou superficial, com ou sem canalização e sem rede de distribuição; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 5º, VII)

VIII - solução alternativa individual de abastecimento de água para consumo humano: modalidade de abastecimento de água para consumo humano que atenda a domicílios residenciais com uma única família, incluindo seus agregados familiares; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 5º, VIII)

IX - rede de distribuição: parte do sistema de abastecimento formada por tubulações e seus acessórios, destinados a distribuir água potável até as ligações prediais; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 5º, IX)

X - ligações prediais: conjunto de tubulações e peças especiais, situado entre a rede de distribuição de água e o cavalete, este incluído; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 5º, X)

XI - cavalete: kit formado por tubos e conexões destinados à instalação do hidrômetro para realização da ligação de água; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 5º, XI)

XII - interrupção: situação na qual o serviço de abastecimento de água é interrompido temporariamente, de forma programada ou emergencial, em razão da necessidade de se efetuar reparos, modificações ou melhorias no respectivo sistema; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 5º, XII)

XIII - intermitência: é a interrupção do serviço de abastecimento de água, sistemática ou não, que se repete ao longo de determinado período, com duração igual ou superior a seis horas em cada ocorrência; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 5º, XIII)

XIV - integridade do sistema de distribuição: condição de operação e manutenção do sistema de distribuição (reservatório e rede) de água potável em que a qualidade da água produzida pelos processos de tratamento seja preservada até as ligações prediais; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 5º, XIV)

XV - controle da qualidade da água para consumo humano: conjunto de atividades exercidas regularmente pelo responsável pelo sistema ou por solução alternativa coletiva de abastecimento de água, destinado a verificar se a água fornecida à população é potável, de forma a assegurar a manutenção desta condição; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 5º, XV)

XVI - vigilância da qualidade da água para consumo humano: conjunto de ações adotadas regularmente pela autoridade de saúde pública para verificar o atendimento a este Anexo, considerados os aspectos socioambientais e a realidade local, para avaliar se a água consumida pela população apresenta risco à saúde humana;(Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 5º, XVI)

XVII - garantia da qualidade: procedimento de controle da qualidade para monitorar a validade dos ensaios realizados; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 5º, XVII)

XVIII - recoleta: ação de coletar nova amostra de água para consumo humano no ponto de coleta que apresentou alteração em algum parâmetro analítico; e (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 5º, XVIII)

XIX - passagem de fronteira terrestre: local para entrada ou saída internacional de viajantes, bagagens, cargas, contêineres, veículos rodoviários e encomendas postais. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 5º, XIX)

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

(Origem: PRT MS/GM 2914/2011, CAPÍTULO III)

Seção I

Das Competências da União

(Origem: PRT MS/GM 2914/2011, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 6º Para os fins deste Anexo, as competências atribuídas à União serão exercidas pelo Ministério da Saúde (MS) e entidades a ele vinculadas, conforme estabelecido nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 6º)

Art. 7º Compete à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS): (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 7º)

I - promover e acompanhar a vigilância da qualidade da água para consumo humano, em articulação com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e respectivos responsáveis pelo controle da qualidade da água; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 7º, I)

II - estabelecer ações especificadas no Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA); (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 7º, II)

III - estabelecer as ações próprias dos laboratórios de saúde pública, especificadas na Seção V do Capítulo III; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 7º, III)

IV - estabelecer diretrizes da vigilância da qualidade da água para consumo humano a serem implementadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, respeitados os princípios do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 7º, IV)

V - estabelecer prioridades, objetivos, metas e indicadores de vigilância da qualidade da água para consumo humano a serem pactuados na Comissão Intergestores Tripartite; e (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 7º, V)

VI - executar ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano, de forma complementar à atuação dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 7º, VI)

Art. 8º Compete à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) executar, diretamente ou mediante parcerias, incluída a contratação de prestadores de serviços, as ações de vigilância e controle da qualidade da água para consumo humano nos sistemas e soluções alternativas de abastecimento de água das aldeias indígenas.(Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 8º)

Art. 9º Compete à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) apoiar as ações de controle da qualidade da água para consumo humano proveniente de sistema ou solução alternativa de abastecimento de água para consumo humano, em seu âmbito de atuação, conforme os critérios e parâmetros estabelecidos neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 9º)

Art. 10. Compete à ANVISA exercer a vigilância da qualidade da água nas áreas de portos, aeroportos e passagens de fronteiras terrestres, conforme os critérios e parâmetros estabelecidos neste Anexo, bem como diretrizes específicas pertinentes. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 10)

Seção II

Das Competências dos Estados

(Origem: PRT MS/GM 2914/2011, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 11. Compete às Secretarias de Saúde dos Estados: (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 11)

I - promover e acompanhar a vigilância da qualidade da água, em articulação com os Municípios e com os responsáveis pelo controle da qualidade da água; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 11, I)

II - desenvolver as ações especificadas no VIGIAGUA, consideradas as peculiaridades regionais e locais; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 11, II)

III - desenvolver as ações inerentes aos laboratórios de saúde pública, especificadas na Seção V do Capítulo III; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 11, III)

IV - implementar as diretrizes de vigilância da qualidade da água para consumo humano definidas no âmbito nacional; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 11, IV)

V - estabelecer as prioridades, objetivos, metas e indicadores de vigilância da qualidade da água para consumo humano a serem pactuados na Comissão Intergestores Bipartite; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 11, V)

VI - encaminhar aos responsáveis pelo abastecimento de água quaisquer informações referentes a investigações de surto relacionado à qualidade da água para consumo humano; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 11, VI)

VII - realizar, em parceria com os Municípios, nas situações de surto de doença diarréica aguda ou outro agravo de transmissão fecal-oral, os seguintes procedimentos: (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 11, VII)

a) análise microbiológica completa, de modo a apoiar a investigação epidemiológica e a identificação, sempre que possível, do gênero ou espécie de micro-organismos; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 11, VII, a)

b) análise para pesquisa de vírus e protozoários, no que couber, ou encaminhamento das amostras para laboratórios de referência nacional, quando as amostras clínicas forem confirmadas para esses agentes e os dados epidemiológicos apontarem a água como via de transmissão; e (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 11, VII, b)

c) envio das cepas de Escherichia coli aos laboratórios de referência nacional para identificação sorológica. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 11, VII, c)

VIII - executar as ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano, de forma complementar à atuação dos Municípios, nos termos da regulamentação do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 11, VIII)

Seção III

Das Competências dos Municípios

(Origem: PRT MS/GM 2914/2011, CAPÍTULO III, Seção III)

Art. 12. Compete às Secretarias de Saúde dos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 12)

I - exercer a vigilância da qualidade da água em sua área de competência, em articulação com os responsáveis pelo controle da qualidade da água para consumo humano; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 12, I)

II - executar ações estabelecidas no VIGIAGUA, consideradas as peculiaridades regionais e locais, nos termos da legislação do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 12, II)

III - inspecionar o controle da qualidade da água produzida e distribuída e as práticas operacionais adotadas no sistema ou solução alternativa coletiva de abastecimento de água, notificando seus respectivos responsáveis para sanar a(s) irregularidade(s) identificada(s); (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 12, III)

IV - manter articulação com as entidades de regulação quando detectadas falhas relativas à qualidade dos serviços de abastecimento de água, a fim de que sejam adotadas as providências concernentes a sua área de competência; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 12, IV)

V - garantir informações à população sobre a qualidade da água para consumo humano e os riscos à saúde associados, de acordo com mecanismos e os instrumentos disciplinados no Decreto nº 5.440, de 4 de maio de 2005; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 12, V)

VI - encaminhar ao responsável pelo sistema ou solução alternativa coletiva de abastecimento de água para consumo humano informações sobre surtos e agravos à saúde relacionados à qualidade da água para consumo humano; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 12, VI)

VII - estabelecer mecanismos de comunicação e informação com os responsáveis pelo sistema ou solução alternativa coletiva de abastecimento de água sobre os resultados das ações de controle realizadas; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 12, VII)

VIII - executar as diretrizes de vigilância da qualidade da água para consumo humano definidas no âmbito nacional e estadual; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 12, VIII)

IX - realizar, em parceria com os Estados, nas situações de surto de doença diarréica aguda ou outro agravo de transmissão fecal-oral, os seguintes procedimentos: (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 12, IX)

a) análise microbiológica completa, de modo a apoiar a investigação epidemiológica e a identificação, sempre que possível, do gênero ou espécie de micro-organismos; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 12, IX, a)

b) análise para pesquisa de vírus e protozoários, quando for o caso, ou encaminhamento das amostras para laboratórios de referência nacional quando as amostras clínicas forem confirmadas para esses agentes e os dados epidemiológicos apontarem a água como via de transmissão; e (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 12, IX, b)

c) envio das cepas de Escherichia coli aos laboratórios de referência nacional para identificação sorológica. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 12, IX, c)

X - cadastrar e autorizar o fornecimento de água tratada, por meio de solução alternativa coletiva, mediante avaliação e aprovação dos documentos exigidos no art. 14. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 12, X)

Parágrafo Único. A autoridade municipal de saúde pública não autorizará o fornecimento de água para consumo humano, por meio de solução alternativa coletiva, quando houver rede de distribuição de água, exceto em situação de emergência e intermitência. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 12, Parágrafo Único)

Seção IV

Do Responsável pelo Sistema ou Solução Alternativa Coletiva de Abastecimento de Água para Consumo Humano

(Origem: PRT MS/GM 2914/2011, CAPÍTULO III, Seção IV)

Art. 13. Compete ao responsável pelo sistema ou solução alternativa coletiva de abastecimento de água para consumo humano: (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 13)

I - exercer o controle da qualidade da água; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 13, I)

II - garantir a operação e a manutenção das instalações destinadas ao abastecimento de água potável em conformidade com as normas técnicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e das demais normas pertinentes; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 13, II)

III - manter e controlar a qualidade da água produzida e distribuída, nos termos deste Anexo, por meio de: (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 13, III)

a) controle operacional do(s) ponto(s) de captação, adução, tratamento, reservação e distribuição, quando aplicável; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 13, III, a)

b) exigência, junto aos fornecedores, do laudo de atendimento dos requisitos de saúde estabelecidos em norma técnica da ABNT para o controle de qualidade dos produtos químicos utilizados no tratamento de água; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 13, III, b)

c) exigência, junto aos fornecedores, do laudo de inocuidade dos materiais utilizados na produção e distribuição que tenham contato com a água; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 13, III, c)

d) capacitação e atualização técnica de todos os profissionais que atuam de forma direta no fornecimento e controle da qualidade da água para consumo humano; e (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 13, III, d)

e) análises laboratoriais da água, em amostras provenientes das diversas partes dos sistemas e das soluções alternativas coletivas, conforme plano de amostragem estabelecido neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 13, III, e)

IV - manter avaliação sistemática do sistema ou solução alternativa coletiva de abastecimento de água, sob a perspectiva dos riscos à saúde, com base nos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 13, IV)

a) ocupação da bacia contribuinte ao manancial; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 13, IV, a)

b) histórico das características das águas; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 13, IV, b)

c) características físicas do sistema; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 13, IV, c)

d) práticas operacionais; e (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 13, IV, d)

e) na qualidade da água distribuída, conforme os princípios dos Planos de Segurança da Água (PSA) recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ou definidos em diretrizes vigentes no País. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 13, IV, e)

V - encaminhar à autoridade de saúde pública dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios relatórios das análises dos parâmetros mensais, trimestrais e semestrais com informações sobre o controle da qualidade da água, conforme o modelo estabelecido pela referida autoridade; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 13, V)

VI - fornecer à autoridade de saúde pública dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios os dados de controle da qualidade da água para consumo humano, quando solicitado; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 13, VI)

VII - monitorar a qualidade da água no ponto de captação, conforme estabelece o art. 40; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 13, VII)

VIII - comunicar aos órgãos ambientais, aos gestores de recursos hídricos e ao órgão de saúde pública dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer alteração da qualidade da água no ponto de captação que comprometa a tratabilidade da água para consumo humano; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 13, VIII)

IX - contribuir com os órgãos ambientais e gestores de recursos hídricos, por meio de ações cabíveis para proteção do(s) manancial(ais) de abastecimento(s) e das bacia(s) hidrográfica(s); (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 13, IX)

X - proporcionar mecanismos para recebimento de reclamações e manter registros atualizados sobre a qualidade da água distribuída, sistematizando-os de forma compreensível aos consumidores e disponibilizando-os para pronto acesso e consulta pública, em atendimento às legislações específicas de defesa do consumidor;(Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 13, X)

XI - comunicar imediatamente à autoridade de saúde pública municipal e informar adequadamente à população a detecção de qualquer risco à saúde, ocasionado por anomalia operacional no sistema e solução alternativa coletiva de abastecimento de água para consumo humano ou por não-conformidade na qualidade da água tratada, adotando-se as medidas previstas no art. 44; e (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 13, XI)

XII - assegurar pontos de coleta de água na saída de tratamento e na rede de distribuição, para o controle e a vigilância da qualidade da água. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 13, XII)

Art. 14. O responsável pela solução alternativa coletiva de abastecimento de água deve requerer, junto à autoridade municipal de saúde pública, autorização para o fornecimento de água tratada, mediante a apresentação dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 14)

I - nomeação do responsável técnico habilitado pela operação da solução alternativa coletiva; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 14, I)

II - outorga de uso, emitida por órgão competente, quando aplicável; e (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 14, II)

III - laudo de análise dos parâmetros de qualidade da água previstos neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 14, III)

Art. 15. Compete ao responsável pelo fornecimento de água para consumo humano por meio de veículo transportador: (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 15)

I - garantir que tanques, válvulas e equipamentos dos veículos transportadores sejam apropriados e de uso exclusivo para o armazenamento e transporte de água potável; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 15, I)

II - manter registro com dados atualizados sobre o fornecedor e a fonte de água; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 15, II)

III - manter registro atualizado das análises de controle da qualidade da água, previstos neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 15, III)

IV - assegurar que a água fornecida contenha um teor mínimo de cloro residual livre de 0,5 mg/L; e (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 15, IV)

V - garantir que o veículo utilizado para fornecimento de água contenha, de forma visível, a inscrição "ÁGUA POTÁVEL" e os dados de endereço e telefone para contato. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 15, V)

Art. 16. A água proveniente de solução alternativa coletiva ou individual, para fins de consumo humano, não poderá ser misturada com a água da rede de distribuição. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 16)

Seção V

Dos Laboratórios de Controle e Vigilância

(Origem: PRT MS/GM 2914/2011, CAPÍTULO III, Seção V)

Art. 17. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 17)

I - habilitar os laboratórios de referência regional e nacional para operacionalização das análises de maior complexidade na vigilância da qualidade da água para consumo humano, de acordo com os critérios estabelecidos na Portaria nº 70/SVS/MS, de 23 de dezembro de 2004; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 17, I)

II - estabelecer as diretrizes para operacionalização das atividades analíticas de vigilância da qualidade da água para consumo humano; e (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 17, II)

III - definir os critérios e os procedimentos para adotar metodologias analíticas modificadas e não contempladas nas referências citadas no art. 22. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 17, III)

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 18. Compete às Secretarias de Saúde dos Estados habilitar os laboratórios de referência regional e municipal para operacionalização das análises de vigilância da qualidade da água para consumo humano. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 18)

Art. 19. Compete às Secretarias de Saúde dos Municípios indicar, para as Secretarias de Saúde dos Estados, outros laboratórios de referência municipal para operacionalização das análises de vigilância da qualidade da água para consumo humano, quando for o caso. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 19)

Art. 20. Compete aos responsáveis pelo fornecimento de água para consumo humano estruturar laboratórios próprios e, quando necessário, identificar outros para realização das análises dos parâmetros estabelecidos neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 20)

Art. 21. As análises laboratoriais para controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano podem ser realizadas em laboratório próprio, conveniado ou subcontratado, desde que se comprove a existência de sistema de gestão da qualidade, conforme os requisitos especificados na NBR ISO/IEC 17025:2005.(Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 21)

Art. 22. As metodologias analíticas para determinação dos parâmetros previstos neste Anexo devem atender às normas nacionais ou internacionais mais recentes, tais como: (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 22)

I - Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater, de autoria das instituições American Public Health Association (APHA), American Water Works Association (AWWA) e Water Environment Federation (WEF); (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 22, I)

II - United States Environmental Protection Agency (USEPA); (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 22, II)

III - Normas publicadas pela International Standartization Organization (ISO); e (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 22, III)

IV - Metodologias propostas pela Organização Mundial à Saúde (OMS). (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 22, IV)

CAPÍTULO IV

DAS EXIGÊNCIAS APLICÁVEIS AOS SISTEMAS E SOLUÇÕES ALTERNATIVAS COLETIVAS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO

(Origem: PRT MS/GM 2914/2011, CAPÍTULO IV)

Art. 23. Os sistemas e as soluções alternativas coletivas de abastecimento de água para consumo humano devem contar com responsável técnico habilitado. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 23)

Art. 24. Toda água para consumo humano, fornecida coletivamente, deverá passar por processo de desinfecção ou cloração. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 24)

Parágrafo Único. As águas provenientes de manancial superficial devem ser submetidas a processo de filtração. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 24, Parágrafo Único)

Art. 25. A rede de distribuição de água para consumo humano deve ser operada sempre com pressão positiva em toda sua extensão. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 25)

Art. 26. Compete ao responsável pela operação do sistema de abastecimento de água para consumo humano notificar à autoridade de saúde pública e informar à respectiva entidade reguladora e à população, identificando períodos e locais, sempre que houver: (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 26)

I - situações de emergência com potencial para atingir a segurança de pessoas e bens; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 26, I)

II - interrupção, pressão negativa ou intermitência no sistema de abastecimento; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 26, II)

III - necessidade de realizar operação programada na rede de distribuição, que possa submeter trechos a pressão negativa; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 26, III)

IV - modificações ou melhorias de qualquer natureza nos sistemas de abastecimento; e (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 26, IV)

V - situações que possam oferecer risco à saúde. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 26, V)

CAPÍTULO V

DO PADRÃO DE POTABILIDADE

(Origem: PRT MS/GM 2914/2011, CAPÍTULO V)

Art. 27. A água potável deve estar em conformidade com padrão microbiológico, conforme disposto no Anexo 1 do Anexo XX e demais disposições deste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 27)

§ 1º No controle da qualidade da água, quando forem detectadas amostras com resultado positivo para coliformes totais, mesmo em ensaios presuntivos, ações corretivas devem ser adotadas e novas amostras devem ser coletadas em dias imediatamente sucessivos até que revelem resultados satisfatórios. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 27, § 1º)

§ 2º Nos sistemas de distribuição, as novas amostras devem incluir no mínimo uma recoleta no ponto onde foi constatado o resultado positivo para coliformes totais e duas amostras extras, sendo uma à montante e outra à jusante do local da recoleta. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 27, § 2º)

§ 3º Para verificação do percentual mensal das amostras com resultados positivos de coliformes totais, as recoletas não devem ser consideradas no cálculo. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 27, § 3º)

§ 4º O resultado negativo para coliformes totais das recoletas não anula o resultado originalmente positivo no cálculo dos percentuais de amostras com resultado positivo. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 27, § 4º)

§ 5º Na proporção de amostras com resultado positivo admitidas mensalmente para coliformes totais no sistema de distribuição, expressa no Anexo 1 do Anexo XX , não são tolerados resultados positivos que ocorram em recoleta, nos termos do art. 27, § 1º . (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 27, § 5º)

§ 6º Quando o padrão microbiológico estabelecido no Anexo 1 do Anexo XX for violado, os responsáveis pelos sistemas e soluções alternativas coletivas de abastecimento de água para consumo humano devem informar à autoridade de saúde pública as medidas corretivas tomadas. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 27, § 6º)

§ 7º Quando houver interpretação duvidosa nas reações típicas dos ensaios analíticos na determinação de coliformes totais e Escherichia coli, deve-se fazer a recoleta. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 27, § 7º)

Art. 28. A determinação de bactérias heterotróficas deve ser realizada como um dos parâmetros para avaliar a integridade do sistema de distribuição (reservatório e rede). (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 28)

§ 1º A contagem de bactérias heterotróficas deve ser realizada em 20% (vinte por cento) das amostras mensais para análise de coliformes totais nos sistemas de distribuição (reservatório e rede). (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 28, § 1º)

§ 2º Na seleção dos locais para coleta de amostras devem ser priorizadas pontas de rede e locais que alberguem grupos populacionais de risco. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 28, § 2º)

§ 3º Alterações bruscas ou acima do usual na contagem de bactérias heterotróficas devem ser investigadas para identificação de irregularidade e providências devem ser adotadas para o restabelecimento da integridade do sistema de distribuição (reservatório e rede), recomendando-se que não se ultrapasse o limite de 500 UFC/mL. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 28, § 3º)

Art. 29. Recomenda-se a inclusão de monitoramento de vírus entéricos no(s) ponto(s) de captação de água proveniente(s) de manancial(is) superficial(is) de abastecimento, com o objetivo de subsidiar estudos de avaliação de risco microbiológico. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 29)

Art. 30. Para a garantia da qualidade microbiológica da água, em complementação às exigências relativas aos indicadores microbiológicos, deve ser atendido o padrão de turbidez expresso no Anexo 2 do Anexo XX e devem ser observadas as demais exigências contidas neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 30)

§ 1º Entre os 5% (cinco por cento) dos valores permitidos de turbidez superiores ao VMP estabelecido no Anexo 2 do Anexo XX , para água subterrânea com desinfecção, o limite máximo para qualquer amostra pontual deve ser de 5,0 uT, assegurado, simultaneamente, o atendimento ao VMP de 5,0 uT em toda a extensão do sistema de distribuição (reservatório e rede). (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 30, § 1º)

§ 2º O valor máximo permitido de 0,5 uT para água filtrada por filtração rápida (tratamento completo ou filtração direta), assim como o valor máximo permitido de 1,0 uT para água filtrada por filtração lenta, estabelecidos no Anexo 2 do Anexo XX , deverão ser atingidos conforme as metas progressivas definidas no Anexo 3 do Anexo XX . (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 30, § 2º)

§ 3º O atendimento do percentual de aceitação do limite de turbidez, expresso no Anexo 2 do Anexo XX , deve ser verificado mensalmente com base em amostras, preferencialmente no efluente individual de cada unidade de filtração, no mínimo diariamente para desinfecção ou filtração lenta e no mínimo a cada duas horas para filtração rápida. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 30, § 3º)

Art. 31. Os sistemas de abastecimento e soluções alternativas coletivas de abastecimento de água que utilizam mananciais superficiais devem realizar monitoramento mensal de Escherichia coli no(s) ponto(s) de captação de água. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 31)

§ 1º Quando for identificada média geométrica anual maior ou igual a 1.000 Escherichia coli/100mL deve-se realizar monitoramento de cistos de Giardia spp. e oocistos de Cryptosporidium spp. no(s) ponto(s) de captação de água. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 31, § 1º)

§ 2º Quando a média aritmética da concentração de oocistos de Cryptosporidium spp. for maior ou igual a 3,0 oocistos/L no(s) pontos(s) de captação de água, recomenda-se a obtenção de efluente em filtração rápida com valor de turbidez menor ou igual a 0,3 uT em 95% (noventa e cinco por cento) das amostras mensais ou uso de processo de desinfecção que comprovadamente alcance a mesma eficiência de remoção de oocistos de Cryptosporidium spp. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 31, § 2º)

§ 3º Entre os 5% (cinco por cento) das amostras que podem apresentar valores de turbidez superiores ao VMP estabelecido no art. 30, § 2º , o limite máximo para qualquer amostra pontual deve ser menor ou igual a 1,0 uT, para filtração rápida e menor ou igual a 2,0 uT para filtração lenta. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 31, § 3º)

§ 4º A concentração média de oocistos de Cryptosporidium spp. referida no art. 31, § 2º deve ser calculada considerando um número mínino de 24 (vinte e quatro) amostras uniformemente coletadas ao longo de um período mínimo de um ano e máximo de dois anos. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 31, § 4º)

Art. 32. No controle do processo de desinfecção da água por meio da cloração, cloraminação ou da aplicação de dióxido de cloro devem ser observados os tempos de contato e os valores de concentrações residuais de desinfetante na saída do tanque de contato expressos nos Anexos 4, 5 e 6 do Anexo XX . (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 32)

§ 1º Para aplicação dos Anexos 4, 5 e 6 do Anexo XX deve-se considerar a temperatura média mensal da água. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 32, § 1º)

§ 2º No caso da desinfecção com o uso de ozônio, deve ser observado o produto, concentração e tempo de contato (CT) de 0,16 mg.min/L para temperatura média da água igual a 15º C. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 32, § 2º)

§ 3º Para valores de temperatura média da água diferentes de 15º C, deve-se proceder aos seguintes cálculos: (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 32, § 3º)

I - para valores de temperatura média abaixo de 15ºC: duplicar o valor de CT a cada decréscimo de 10ºC; e (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 32, § 3º, I)

II - para valores de temperatura média acima de 15ºC: dividir por dois o valor de CT a cada acréscimo de 10ºC. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 32, § 3º, II)

§ 4º No caso da desinfecção por radiação ultravioleta, deve ser observada a dose mínima de 1,5 mJ/cm2 para 0,5 log de inativação de cisto de Giardia spp. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 32, § 4º)

Art. 33. Os sistemas ou soluções alternativas coletivas de abastecimento de água supridas por manancial subterrâneo com ausência de contaminação por Escherichia coli devem realizar cloração da água mantendo o residual mínimo do sistema de distribuição (reservatório e rede), conforme as disposições contidas no art. 34.(Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 33)

§ 1º Quando o manancial subterrâneo apresentar contaminação por Escherichia coli, no controle do processo de desinfecção da água, devem ser observados os valores do produto de concentração residual de desinfetante na saída do tanque de contato e o tempo de contato expressos nos Anexos 4, 5 e 6 do Anexo XX ou a dose mínima de radiação ultravioleta expressa no art. 32, § 4º . (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 33, § 1º)

§ 2º A avaliação da contaminação por Escherichia coli no manancial subterrâneo deve ser feita mediante coleta mensal de uma amostra de água em ponto anterior ao local de desinfecção. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 33, § 2º)

§ 3º Na ausência de tanque de contato, a coleta de amostras de água para a verificação da presença/ausência de coliformes totais em sistemas de abastecimento e soluções alternativas coletivas de abastecimento de águas, supridas por manancial subterrâneo, deverá ser realizada em local à montante ao primeiro ponto de consumo. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 33, § 3º)

Art. 34. É obrigatória a manutenção de, no mínimo, 0,2 mg/L de cloro residual livre ou 2 mg/L de cloro residual combinado ou de 0,2 mg/L de dióxido de cloro em toda a extensão do sistema de distribuição (reservatório e rede). (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 34)

Art. 35. No caso do uso de ozônio ou radiação ultravioleta como desinfetante, deverá ser adicionado cloro ou dióxido de cloro, de forma a manter residual mínimo no sistema de distribuição (reservatório e rede), de acordo com as disposições do art. 34. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 35)

Art. 36. Para a utilização de outro agente desinfetante, além dos citados neste Anexo, deve-se consultar o Ministério da Saúde, por intermédio da SVS/MS. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 36)

Art. 37. A água potável deve estar em conformidade com o padrão de substâncias químicas que representam risco à saúde e cianotoxinas, expressos nos Anexos 7 e 8 do Anexo XX e demais disposições deste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 37)

§ 1º No caso de adição de flúor (fluoretação), os valores recomendados para concentração de íon fluoreto devem observar a Portaria nº 635/GM/MS de 26 de dezembro de 1975, não podendo ultrapassar o VMP expresso na Tabela do Anexo 7 do Anexo XX . (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 37, § 1º)

§ 2º As concentrações de cianotoxinas referidas no Anexo 8 do Anexo XX devem representar as contribuições da fração intracelular e da fração extracelular na amostra analisada. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 37, § 2º)

§ 3º Em complementação ao previsto no Anexo 8 do Anexo XX , quando for detectada a presença de gêneros potencialmente produtores de cilindrospermopsinas no monitoramento de cianobactérias previsto no art. 40, § 1º , recomenda-se a análise dessas cianotoxinas, observando o valor máximo aceitável de 1,0 µg/L.(Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 37, § 3º)

§ 4º Em complementação ao previsto no Anexo 8 do Anexo XX , quando for detectada a presença de gêneros de cianobactérias potencialmente produtores de anatoxina-a(s) no monitoramento de cianobactérias previsto no art. 40, § 1º , recomenda-se a análise da presença desta cianotoxina. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 37, § 4º)

Art. 38. Os níveis de triagem que conferem potabilidade da água do ponto de vista radiológico são valores de concentração de atividade que não excedem 0,5 Bq/L para atividade alfa total e 1Bq/L para beta total. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 38)

Parágrafo Único. Caso os níveis de triagem citados neste artigo sejam superados, deve ser realizada análise específica para os radionuclídeos presentes e o resultado deve ser comparado com os níveis de referência do Anexo 9 do Anexo XX . (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 38, Parágrafo Único)

Art. 39. A água potável deve estar em conformidade com o padrão organoléptico de potabilidade expresso no Anexo 10 do Anexo XX . (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 39)

§ 1º Recomenda-se que, no sistema de distribuição, o pH da água seja mantido na faixa de 6,0 a 9,5. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 39, § 1º)

§ 2º Recomenda-se que o teor máximo de cloro residual livre em qualquer ponto do sistema de abastecimento seja de 2 mg/L. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 39, § 2º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300445

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

§ 3º Na verificação do atendimento ao padrão de potabilidade expresso nos Anexos 7, 8, 9 e 10 do Anexo XX , eventuais ocorrências de resultados acima do VMP devem ser analisadas em conjunto com o histórico do controle de qualidade da água e não de forma pontual. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 39, § 3º)

§ 4º Para os parâmetros ferro e manganês são permitidos valores superiores ao VMPs estabelecidos no Anexo 10 do Anexo XX , desde que sejam observados os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 39, § 4º)

I - os elementos ferro e manganês estejam complexados com produtos químicos comprovadamente de baixo risco à saúde, conforme preconizado no art. 13 e nas normas da ABNT; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 39, § 4º, I)

II - os VMPs dos demais parâmetros do padrão de potabilidade não sejam violados; e (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 39, § 4º, II)

III - as concentrações de ferro e manganês não ultrapassem 2,4 e 0,4 mg/L, respectivamente. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 39, § 4º, III)

§ 5º O responsável pelo sistema ou solução alternativa coletiva de abastecimento de água deve encaminhar à autoridade de saúde pública dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios informações sobre os produtos químicos utilizados e a comprovação de baixo risco à saúde, conforme preconizado no art. 13 e nas normas da ABNT. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 39, § 5º)

CAPÍTULO VI

DOS PLANOS DE AMOSTRAGEM

(Origem: PRT MS/GM 2914/2011, CAPÍTULO VI)

Art. 40. Os responsáveis pelo controle da qualidade da água de sistemas ou soluções alternativas coletivas de abastecimento de água para consumo humano, supridos por manancial superficial e subterrâneo, devem coletar amostras semestrais da água bruta, no ponto de captação, para análise de acordo com os parâmetros exigidos nas legislações específicas, com a finalidade de avaliação de risco à saúde humana. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 40)

§ 1º Para minimizar os riscos de contaminação da água para consumo humano com cianotoxinas, deve ser realizado o monitoramento de cianobactérias, buscando-se identificar os diferentes gêneros, no ponto de captação do manancial superficial, de acordo com a Tabela do Anexo 11 do Anexo XX , considerando, para efeito de alteração da frequência de monitoramento, o resultado da última amostragem. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 40, § 1º)

§ 2º Em complementação ao monitoramento do Anexo 11 do Anexo XX , recomenda-se a análise de clorofila-a no manancial, com frequência semanal, como indicador de potencial aumento da densidade de cianobactérias. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 40, § 2º)

§ 3º Quando os resultados da análise prevista no § 2° deste artigo revelarem que a concentração de clorofila-a em duas semanas consecutivas tiver seu valor duplicado ou mais, deve-se proceder nova coleta de amostra para quantificação de cianobactérias no ponto de captação do manancial, para reavaliação da frequência de amostragem de cianobactérias. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 40, § 3º)

§ 4º Quando a densidade de cianobactérias exceder 20.000 células/ml, deve-se realizar análise de cianotoxinas na água do manancial, no ponto de captação, com frequência semanal. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 40, § 4º)

§ 5º Quando as concentrações de cianotoxinas no manancial forem menores que seus respectivos VMPs para água tratada, será dispensada análise de cianotoxinas na saída do tratamento de que trata o Anexo 12 do Anexo XX . (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 40, § 5º)

§ 6º Em função dos riscos à saúde associados às cianotoxinas, é vedado o uso de algicidas para o controle do crescimento de microalgas e cianobactérias no manancial de abastecimento ou qualquer intervenção que provoque a lise das células. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 40, § 6º)

§ 7º As autoridades ambientais e de recursos hídricos definirão a regulamentação das excepcionalidades sobre o uso de algicidas nos cursos d'água superficiais. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 40, § 7º)

Art. 41. Os responsáveis pelo controle da qualidade da água de sistema e solução alternativa coletiva de abastecimento de água para consumo humano devem elaborar e submeter para análise da autoridade municipal de saúde pública, o plano de amostragem de cada sistema e solução, respeitando os planos mínimos de amostragem expressos nos Anexos 11, 12, 13 e 14 do Anexo XX . (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 41)

§ 1º A amostragem deve obedecer aos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 41, § 1º)

I - distribuição uniforme das coletas ao longo do período; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 41, § 1º, I)

II - representatividade dos pontos de coleta no sistema de distribuição (reservatórios e rede), combinando critérios de abrangência espacial e pontos estratégicos, entendidos como: (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 41, § 1º, II)

a) aqueles próximos a grande circulação de pessoas: terminais rodoviários, terminais ferroviários, entre outros; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 41, § 1º, II, a)

b) edifícios que alberguem grupos populacionais de risco, tais como hospitais, creches e asilos; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 41, § 1º, II, b)

c) aqueles localizados em trechos vulneráveis do sistema de distribuição como pontas de rede, pontos de queda de pressão, locais afetados por manobras, sujeitos à intermitência de abastecimento, reservatórios, entre outros; e (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 41, § 1º, II, c)

d) locais com sistemáticas notificações de agravos à saúde tendo como possíveis causas os agentes de veiculação hídrica. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 41, § 1º, II, d)

§ 2º No número mínimo de amostras coletadas na rede de distribuição, previsto no Anexo 12 do Anexo XX , não se incluem as amostras extras (recoletas). (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 41, § 2º)

§ 3º Em todas as amostras coletadas para análises microbiológicas, deve ser efetuada medição de turbidez e de cloro residual livre ou de outro composto residual ativo, caso o agente desinfetante utilizado não seja o cloro. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 41, § 3º)

§ 4º Quando detectada a presença de cianotoxinas na água tratada, na saída do tratamento, será obrigatória a comunicação imediata às clínicas de hemodiálise e às indústrias de injetáveis. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 41, § 4º)

§ 5º O plano de amostragem para os parâmetros de agrotóxicos deverá considerar a avaliação dos seus usos na bacia hidrográfica do manancial de contribuição, bem como a sazonalidade das culturas. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 41, § 5º)

§ 6º Na verificação do atendimento ao padrão de potabilidade expressos nos Anexos 7, 8, 9 e 10 do Anexo XX , a detecção de eventuais ocorrências de resultados acima do VMP devem ser analisadas em conjunto com o histórico do controle de qualidade da água. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 41, § 6º)

§ 7º Para populações residentes em áreas indígenas, populações tradicionais, dentre outras, o plano de amostragem para o controle da qualidade da água deverá ser elaborado de acordo com as diretrizes específicas aplicáveis a cada situação. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 41, § 7º)

CAPÍTULO VII

DAS PENALIDADES

(Origem: PRT MS/GM 2914/2011, CAPÍTULO VII)

Art. 42. Serão aplicadas as sanções administrativas previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, aos responsáveis pela operação dos sistemas ou soluções alternativas de abastecimento de água que não observarem as determinações constantes deste Anexo, sem prejuízo das sanções de natureza civil ou penal cabíveis.(Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 42)

Art. 43. Cabe ao Ministério da Saúde, por intermédio da SVS/MS, e às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal dos Municípios, ou órgãos equivalentes, assegurar o cumprimento deste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 43)

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

(Origem: PRT MS/GM 2914/2011, CAPÍTULO VIII)

Art. 44. Sempre que forem identificadas situações de risco à saúde, o responsável pelo sistema ou solução alternativa coletiva de abastecimento de água e as autoridades de saúde pública devem, em conjunto, elaborar um plano de ação e tomar as medidas cabíveis, incluindo a eficaz comunicação à população, sem prejuízo das providências imediatas para a correção da anormalidade. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 44)

Art. 45. É facultado ao responsável pelo sistema ou solução alternativa coletiva de abastecimento de água solicitar à autoridade de saúde pública a alteração na frequência mínima de amostragem de parâmetros estabelecidos neste Anexo, mediante justificativa fundamentada. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 45)

Parágrafo Único. Uma vez formulada a solicitação prevista no caput deste artigo, a autoridade de saúde pública decidirá no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, com base em análise fundamentada no histórico mínimo de dois anos do controle da qualidade da água considerando os respectivos planos de amostragens e de avaliação de riscos à saúde, da zona de captação e do sistema de distribuição. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 45, Parágrafo Único)

Art. 46. Verificadas características desconformes com o padrão de potabilidade da água ou de outros fatores de risco à saúde, conforme relatório técnico, a autoridade de saúde pública competente determinará ao responsável pela operação do sistema ou solução alternativa coletiva de abastecimento de água para consumo humano que: (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 46)

I - amplie o número mínimo de amostras; (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 46, I)

II - aumente a frequência de amostragem; e (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 46, II)

III - realize análises laboratoriais de parâmetros adicionais. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 46, III)

Art. 47. Constatada a inexistência de setor responsável pela qualidade da água na Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, os deveres e responsabilidades previstos, respectivamente, nos arts. 11 e 12 do Anexo XX serão cumpridos pelo órgão equivalente. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 47)

Art. 48. O Ministério da Saúde promoverá, por intermédio da SVS/MS, a revisão deste Anexo no prazo de 5 (cinco) anos ou a qualquer tempo. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 48)

Parágrafo Único. Os órgãos governamentais e não-governamentais, de reconhecida capacidade técnica nos setores objeto desta regulamentação, poderão requerer a revisão deste Anexo, mediante solicitação justificada, sujeita a análise técnica da SVS/MS. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 48, Parágrafo Único)

Art. 49. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão adotar as medidas necessárias ao fiel cumprimento deste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 50)

Art. 50. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Art. 51)

Anexo 1 do Anexo XX

TABELA DE PADRÃO MICROBIOLÓGICO DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Anexo 1)

Tipo de água		Parâmetro		VMP(1)
Água para consumo humano		Escherichia coli(2)		Ausência em 100 mL
Água tratada	Na saída do tratamento	Coliformes totais (3)		Ausência em 100 mL
	No sistema de distribuição (reservatórios e rede)	Escherichia coli		Ausência em 100 mL
		Coliformes totais (4)	Sistemas ou soluções alternativas coletivas que abastecem menos de 20.000 habitantes	Apenas uma amostra, entre as amostras examinadas no mês, poderá apresentar resultado positivo
			Sistemas ou soluções alternativas coletivas que abastecem a partir de 20.000 habitantes	Ausência em 100 mL em 95% das amostras examinadas no mês.

NOTAS: (1) Valor Máximo Permitido.

(2) Indicador de contaminação fecal.

(3) Indicador de eficiência de tratamento.

(4) Indicador de integridade do sistema de distribuição (reservatório e rede).

Anexo 2 do Anexo XX

TABELA DE PADRÃO DE TURBIDEZ PARA ÁGUA PÓS-FILTRAÇÃO OU PRÉ-DESINFECÇÃO (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Anexo 2)

Tratamento da água	VMP(1)
Desinfecção (para águas subterrâneas)	1,0 uT(2) em 95% das amostras
Filtração rápida (tratamento completo ou filtração direta)	0,5(3)uT(2) em 95% das amostras
Filtração lenta	1,0(3)uT(2) em 95% das amostras

NOTAS: (1) Valor Máximo Permitido.

(2)Unidade de Turbidez.

(3)Este valor deve atender ao padrão de turbidez de acordo com o especificado no § 2º do art. 30.

Anexo 3 do Anexo XX

TABELA DE METAS PROGRESSIVAS PARA ATENDIMENTO AO VALOR MÁXIMO PERMITIDO DE 0,5 UT PARA FILTRAÇÃO RÁPIDA E DE 1,0 UT PARA FILTRAÇÃO LENTA (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Anexo 3)

Filtração rápida (tratamento completo ou filtração direta)		
Período após a publicação da Portaria	Turbidez £ 0,5 uT	Turbidez £ 1,0 uT
Final do 1º ano	Em no mínimo 25% das amostras mensais coletadas	No restante das amostras mensais coletadas
Final do 2º ano	Em no mínimo 50% das amostras mensais coletadas	
Final do 3º ano	Em no mínimo 75% das amostras mensais coletadas	
Final do 4º ano	Em no mínimo 95% das amostras mensais coletadas	
Filtração Lenta		
Período após a publicação da Portaria	Turbidez £ 1,0uT	Turbidez £ 2,0 uT

Final do 1º ano	Em no mínimo 25% das amostras mensais coletadas	No restante das amostras mensais coletadas
Final do 2º ano	Em no mínimo 50% das amostras mensais coletadas	
Final do 3º ano	Em no mínimo 75% das amostras mensais coletadas	
Final do 4º ano	Em no mínimo 95% das amostras mensais coletadas	

Anexo 4 do Anexo XX

TABELA DE TEMPO DE CONTATO MÍNIMO (MINUTOS) A SER OBSERVADO PARA A DESINFECÇÃO POR MEIO DA CLORAÇÃO, DE ACORDO COM CONCENTRAÇÃO DE CLORO RESIDUAL LIVRE, COM A TEMPERATURA E O PH DA ÁGUA(1) (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Anexo 4)

C (2)	Temperatura = 5ºC							Temperatura = 10ºC							Temperatura = 15ºC						
	Valores de pH							Valores de pH							Valores de pH						
	≤6,0	6,5	7,0	7,5	8,0	8,5	9,0	≤6,0	6,5	7,0	7,5	8,0	8,5	9,0	≤6,0	6,5	7,0	7,5	8,0	8,5	9,0
≤ 0,4	38	47	58	70	83	98	114	27	33	41	49	58	70	80	19	24	29	35	41	48	57
0,6	27	34	41	49	59	69	80	19	24	29	35	41	49	57	13	17	20	25	29	34	40
0,8	21	26	32	39	46	54	63	15	19	23	27	32	38	45	11	13	16	19	23	27	31
1,0	17	22	26	32	38	45	52	12	15	19	23	27	32	37	9	11	13	16	19	22	26
1,2	15	19	23	27	32	38	45	11	13	16	19	23	27	32	7	9	11	14	16	19	22
1,4	13	16	20	24	28	34	39	9	11	14	17	20	24	28	7	8	10	12	14	17	20
1,6	12	15	18	21	25	30	35	8	10	16	15	18	21	25	6	7	9	11	13	15	17
1,8	11	13	16	19	23	27	32	7	9	11	14	16	19	22	5,	7	8	10	11	14	16
2,0	10	12	15	18	21	25	29	7	8	10	12	15	17	20	5	6	7	9	10	12	14
2,2	9	11	14	16	19	23	27	6	8	10	12	14	16	19	5	6	7	8	10	11	13
2,4	8	10	13	15	18	21	25	6	7	9	11	13	15	17	4	5	6	8	9	11	12
2,6	8	10	12	14	17	20	23	5	7	8	10	12	14	16	4	5	6	7	8	10	12
2,8	7	9	11	13	15	19	22	5	6	8	9	11	13	15	4	4	5	7	8	9	11
3,0	7	9	10	13	15	18	20	5	6	7	9	11	12	14	3	4	5	6	8	9	10

NOTAS:

(1) Valores intermediários aos constantes na tabela podem ser obtidos por interpolação.

(2) C: residual de cloro livre na saída do tanque de contato (mg/L).

Tabela de tempo de contato mínimo (minutos) a ser observado para a desinfecção por meio da cloração, de acordo com concentração de cloro residual livre, com a temperatura e o pH da água(1)

C (2)	Temperatura = 20ºC							Temperatura = 25ºC							Temperatura = 30ºC						
	Valores de pH							Valores de pH							Valores de pH						
	6,0	6,5	7,0	7,5	8,0	8,5	9,0	≤6,0	6,5	7,0	7,5	8,0	8,5	9,0	≤6,0	6,5	7,0	7,5	8,0	8,5	9,0
≤ 0,4	14	17	20	25	29	34	40	9	12	14	18	21	24	28	6	8	10	12	15	17	20
0,6	10	12	14	17	21	24	28	7	8	10	12	15	17	20	5	6	7	9	10	12	14
0,8	7	9	11	14	16	19	22	5	6	8	10	11	13	16	3	5	6	7	8	10	11
1,0	6	8	9	11	13	16	18	4	5	6	8	9	11	13	3	4	5	6	7	8	9
1,2	5	7	8	10	11	13	16	4	5	5	7	8	10	11	3	3	3	5	6	7	8
1,4	5	6	7	9	10	11	14	3	4	5	6	7	8	10	2	3	3	4	5	6	7
1,6	4	5	6	8	9	11	12	3	4	4	5	6	7	9	2	3	3	4	4	5	6
1,8	4	5	6	7	8	10	12	3	3	4	5	6	7	8	2	2	3	3	4	5	6
2,0	3	4	5	6	7	9	10	2	3	4	4	5	6	7	2	2	3	3	4	4	5
2,2	3	4	5	6	7	8	9	2	3	3	4	5	6	7	2	2	2	3	3	4	5
2,4	3	4	4	5	6	8	9	2	3	3	4	4	5	6	2	2	2	3	3	4	4
2,6	3	3	4	5	6	7	8	2	2	3	3	4	5	6	1	2	2	3	3	4	4
2,8	3	3	4	5	6	7	8	2	2	3	3	4	5	5	1	2	2	2	3	3	4
3,0	2	3	4	4	5	6	7	2	2	3	3	4	4	5	1	2	2	3	3	3	4

NOTAS:

(1) Valores intermediários aos constantes na tabela podem ser obtidos por interpolação.

(2) C: residual de cloro livre na saída do tanque de contato (mg/L).

Anexo 5 do Anexo XX

TABELA DE TEMPO DE CONTATO MÍNIMO (MINUTOS) A SER OBSERVADO PARA A DESINFECÇÃO POR MEIO DE CLORAMINAÇÃO, DE ACORDO COM CONCENTRAÇÃO DE CLORO RESIDUAL COMBINADO (CLORAMINAS) E COM A TEMPERATURA DA ÁGUA, PARA VALORES DE PH DA ÁGUA ENTRE 6 E 9(1) (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Anexo 5)

C (2)	Temperatura (ºC)					
	5	10	15	20	25	30
≤ 0,4	923	773	623	473	323	173
0,6	615	515	415	315	215	115
0,8	462	387	312	237	162	87
1,0	369	309	249	189	130	69
1,2	308	258	208	158	108	58
1,4	264	221	178	135	92	50
1,6	231	193	156	118	81	43
1,8	205	172	139	105	72	39
2,0	185	155	125	95	64	35
2,2	168	141	113	86	59	32
2,4	154	129	104	79	54	29
2,6	142	119	96	73	50	27
2,8	132	110	89	67	46	25
3,0	123	103	83	63	43	23

NOTAS:

(1) Valores intermediários aos constantes na tabela podem ser obtidos por interpolação.

(2) C: residual de cloro combinado na saída do tanque de contato (mg/L).

Anexo 6 do Anexo XX

TABELA DE TEMPO DE CONTATO MÍNIMO (MINUTOS) A SER OBSERVADO PARA A DESINFECÇÃO COM DIÓXIDO DE CLORO, DE ACORDO COM CONCENTRAÇÃO DE DIÓXIDO DE CLORO E COM A TEMPERATURA DA ÁGUA, PARA VALORES DE PH DA ÁGUA ENTRE 6 E 9(1)(Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Anexo 6)

C (2)	Temperatura (ºC)					
	5	10	15	20	25	30
≤ 0,4	13	9	8	7	6	6
0,6	9	6	5	6	4	4
0,8	7	5	4	4	3	3
1,0	5	4	3	3	3	2
1,2	4	3	3	3	2	2
1,4	4	3	2	2	2	2
1,6	3	2	2	2	2	1
1,8	3	2	2	2	1	1
2,0	3	2	2	2	1	1
2,2	2	2	2	1	1	1
2,4	2	2	1	1	1	1
2,6	2	2	1	1	1	1
2,8	2	1	1	1	1	1
3,0	2	1	1	1	1	1

NOTAS:

(1) Valores intermediários aos constantes na tabela podem ser obtidos por interpolação.

(2) C: residual de dióxido de cloro na saída do tanque de contato (mg/L).

Anexo 7 do Anexo XX

TABELA DE PADRÃO DE POTABILIDADE PARA SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS QUE REPRESENTAM RISCO À SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Anexo 7)

Parâmetro	CAS(1)	Unidade	VMP(2)
INORGÂNICAS			
Antimônio	7440-36-0	mg/L	0,005
Arsênio	7440-38-2	mg/L	0,01
Bário	7440-39-3	mg/L	0,7
Cádmio	7440-43-9	mg/L	0,005
Chumbo	7439-92-1	mg/L	0,01
Cianeto	57-12-5	mg/L	0,07
Cobre	7440-50-8	mg/L	2
Cromo	7440-47-3	mg/L	0,05
Fluoreto	7782-41-4	mg/L	1,5
Mercúrio	7439-97-6	mg/L	0,001
Níquel	7440-02-0	mg/L	0,07
Nitrato (como N)	14797-55-8	mg/L	10
Nitrito (como N)	14797-65-0	mg/L	1
Selênio	7782-49-2	mg/L	0,01
Urânio	7440-61-1	mg/L	0,03
ORGÂNICAS			
Acrilamida	79-06-1	µg/L	0,5
Benzeno	71-43-2	µg/L	5
Benzo[a]pireno	50-32-8	µg/L	0,7
Cloreto de Vinila	75-01-4	µg/L	2
1,2 Dicloroetano	107-06-2	µg/L	10
1,1 Dicloroeteno	75-35-4	µg/L	30
1,2 Dicloroeteno (cis + trans)	156-59-2 (cis) 156-60-5 (trans)	µg/L	50
Diclorometano	75-09-2	µg/L	20
Di(2-etilhexil) ftalato	117-81-7	µg/L	8
Estireno	100-42-5	µg/L	20
Pentaclorofenol	87-86-5	µg/L	9
Tetracloreto de Carbono	56-23-5	µg/L	4
Tetracloroeteno	127-18-4	µg/L	40
Triclorobenzenos	1,2,4-TCB (120-82-1) 1,3,5-TCB (108-70-3 1,2,3-TCB (87-61-6)	µg/L	20
Tricloroeteno	79-01-6	µg/L	20
AGROTÓXICOS			µg/L
2,4 D + 2,4,5 T	94-75-7 (2,4 D) 93-76-5 (2,4,5 T)	µg/L	30
Alaclor	15972-60-8	µg/L	20
Aldicarbe + Aldicarbesulfona +Aldicarbesulfóxido	116-06-3 (aldicarbe) 1646-88-4 (aldicarbesulfona) 1646-87-3 (aldicarbe sulfóxido)	µg/L	10
Aldrin + Dieldrin	309-00-2 (aldrin) 60-57-1 (dieldrin)	µg/L	0,03
Atrazina	1912-24-9	µg/L	2
Carbendazim + benomil	10605-21-7 (carbendazim) 17804-35-2 (benomil)	µg/L	120
Carbofurano	1563-66-2	µg/L	7
Clordano	5103-74-2	µg/L	0,2
Clorpirifós + clorpirifós-oxon	2921-88-2 (clorpirifós) 5598-15-2 (clorpirifós-oxon)	µg/L	30
DDT+DDD+DDE	p,p'-DDT (50-29-3) p,p'-DDD (72-54-8) p,p'-DDE (72-55-9)	µg/L	1
Diuron	330-54-1	µg/L	90
Endossulfan (a b e sais) (3)	115-29-7; I (959-98-8); II (33213-65-9); sulfato (1031-07-8)	µg/L	20
Endrin	72-20-8	µg/L	0,6
Glifosato + AMPA	1071-83-6 (glifosato) 1066-51-9 (AMPA)	µg/L	500
Lindano (gama HCH) (4)	58-89-9	µg/L	2
Mancozebe	8018-01-7	µg/L	180
Metamidofós	10265-92-6	µg/L	12
Metolacloro	51218-45-2	µg/L	10
Molinato	2212-67-1	µg/L	6
Parationa Metílica	298-00-0	µg/L	9
Pendimentalina	40487-42-1	µg/L	20
Permetrina	52645-53-1	µg/L	20
Profenofós	41198-08-7	µg/L	60
Simazina	122-34-9	µg/L	2

Tebuconazol	107534-96-3	µg/L	180
Terbufós	13071-79-9	µg/L	1,2
Trifluralina	1582-09-8	µg/L	20
DESINFETANTES E PRODUTOS SECUNDÁRIOS DA DESINFECÇÃO(5)			
Ácidos haloacéticos total	(6)	mg/L	0,08
Bromato	15541-45-4	mg/L	0.01
Clorito	7758-19-2	mg/L	1
Cloro residual livre	7782-50-5	mg/L	5
Cloraminas Total	10599-903	mg/L	4,0
2,4,6 Triclorofenol	88-06-2	mg/L	0,2
Trihalometanos Total	(7)	mg/L	0,1

NOTAS:

(1) CAS é o número de referência de compostos e substâncias químicas adotado pelo Chemical Abstract Service.

(2) Valor Máximo Permitido.

(3) Somatório dos isômeros alfa, beta e os sais de endossulfan, como exemplo o sulfato de endossulfan,

(4) Esse parâmetro é usualmente e equivocadamente, conhecido como BHC.

(5) Análise exigida de acordo com o desinfetante utilizado.

(6) Ácidos haloacéticos: Ácido monocloroacético (MCAA) - CAS = 79-11-8, Ácido monobromoacético (MBAA) - CAS = 79-08-3, Ácido dicloroacético (DCAA) - CAS = 79-43-6, Ácido 2,2 - dicloropropiônico (DALAPON) - CAS = 75-99-0, Ácido tricloroacético (TCAA) - CAS = 76-03-9, Ácido bromocloroacético (BCAA) CAS = 5589-96-3, 1,2,3, tricloropropano (PI) - CAS = 96-18-4, Ácido dibromoacético (DBAA) - CAS = 631-64-1, e Ácido bromodicloroacético (BDCAA) - CAS = 7113-314-7.

(7) Trihalometanos: Triclorometano ou Clorofórmio (TCM) - CAS = 67-66-3, Bromodiclorometano (BDCM) - CAS = 75-27-4, Dibromoclorometano (DBCM) - CAS = 124-48-1, Tribromometano ou Bromofórmio (TBM) - CAS = 75-25-2.

Anexo 8 do Anexo XX

TABELA DE PADRÃO DE CIANOTOXINAS DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Anexo 8)

CIANOTOXINAS		
Parâmetro(1)	Unidade	VMP(2)
Microcistinas	µg/L	1,0 (3)
Saxitoxinas	µg equivalente STX/L	3,0

NOTAS:

(1) A frequência para o controle de cianotoxinas está prevista na tabela do Anexo XII.

(2) Valor Máximo Permitido.

(3) O valor representa o somatório das concentrações de todas as variantes de microcistinas.

Anexo 9 do Anexo XX

TABELA DE PADRÃO DE RADIOATIVIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Anexo 9)

Parâmetro(1)	Unidade	VMP
Rádio-226	Bq/L	1
Rádio-228	Bq/L	0,1

NOTAS: (1) Sob solicitação da Comissão Nacional de Energia Nuclear, outros radionuclídeos devem ser investigados.

Anexo 10 do Anexo XX

TABELA DE PADRÃO ORGANOLÉPTICO DE POTABILIDADE (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Anexo 10)

Parâmetro	CAS	Unidade	VMP(1)
Alumínio	7429-90-5	mg/L	0,2
Amônia (como NH3)	7664-41-7	mg/L	1,5
Cloreto	16887-00-6	mg/L	250
Cor Aparente (2)		uH	15
1,2 diclorobenzeno	95-50-1	mg/L	0,01
1,4 diclorobenzeno	106-46-7	mg/L	0,03
Dureza total		mg/L	500
Etilbenzeno	100-41-4	mg/L	0,2
Ferro	7439-89-6	mg/L	0,3
Gosto e odor (3)		Intensidade	6
Manganês	7439-96-5	mg/L	0,1
Monoclorobenzeno	108-90-7	mg/L	0,12
Sódio	7440-23-5	mg/L	200
Sólidos dissolvidos totais		mg/L	1000
Sulfato	14808-79-8	mg/L	250
Sulfeto de hidrogênio	7783-06-4	mg/L	0,1
Surfactantes (como LAS)		mg/L	0,5
Tolueno	108-88-3	mg/L	0,17
Turbidez (4)		uT	5
Zinco	7440-66-6	mg/L	5
Xilenos	1330-20-7	mg/L	0,3

NOTAS:

(1) Valor máximo permitido.

(2) Unidade Hazen (mgPt-Co/L).

(3) Intensidade máxima de percepção para qualquer característica de gosto e odor com exceção do cloro livre, nesse caso por ser uma característica desejável em água tratada.

(4) Unidade de turbidez.

Anexo 11 do Anexo XX

TABELA DE FREQUÊNCIA DE MONITORAMENTO DE CIANOBACTÉRIAS NO MANANCIAL DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Anexo 11)

Quando a densidade de cianobactérias (células/mL) for:	Frequência
£ 10.000	Mensal
> 10.000	Semanal

Anexo 12 do Anexo XX

TABELA DE NÚMERO MÍNIMO DE AMOSTRAS E FREQUÊNCIA PARA O CONTROLE DA QUALIDADE DA ÁGUA DE SISTEMA DE ABASTECIMENTO, PARA FINS DE ANÁLISES FÍSICAS, QUÍMICAS E DE RADIOATIVIDADE, EM FUNÇÃO DO PONTO DE AMOSTRAGEM, DA POPULAÇÃO ABASTECIDA E DO TIPO DE MANANCIAL. (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Anexo 12)

Parâmetro	Tipo de Manancial	Saída do Tratamento		Sistema de distribuição (reservatórios e redes)					
		Nº Amostras	Frequência	Número de amostras				Frequência	
				População abastecida					
				<50.000 hab.	50.000 a 250.000 hab.	>250.000 hab.	<50.000 hab.	50.000 a 250.000 hab.	>250.000 hab.
Cor	Superficial	1	A cada 2horas	10	1 para cada 5mil hab	40 + (1 para cada 25 mil hab)	Mensal		
	Subterrâneo	1	Semanal	5	1 para cada 10 mil hab	20 + (1 para cada 50 mil hab)	Mensal		
Turbidez, Cloro Residual Livre(1), Cloraminas(1), Dióxido de Cloro(1)	Superficial	1	A cada 2 horas	Conforme § 3º do Artigo 41			Conforme § 3º do Artigo 41		
	Subterrâneo	1	2 vezes por semana						
pH e fluoreto	Superficial	1	A cada 2 horas	Dispensada a análise			Dispensada a análise		
	Subterrâneo	1	2 vezes por semana						
Gosto e odor	Superficial	1	Trimestral	Dispensada a análise			Dispensada a análise		
	Subterrâneo	1	Semestral						
Cianotoxinas	Superficial	1	Semanal quando n° de cianobactérias 20.000 células/mL	Dispensada a análise			Dispensada a análise		
Produtos secundários da desinfecção	Superficial	1	Trimestral	1(2)	4(2)	4(2)	Trimestral		
	Subterrâneo	Dispensada a análise	Dispensada a análise	1(2)	1(2)	1(2)	Anual	Semestral	Semestral
Demais parâmetros (3)(4)	Superficial ou Subterrâneo	1	Semestral	1(5)	1(5)	1(5)	Semestral		

NOTAS:

(1) Análise exigida de acordo com o desinfetante utilizado.

(2) As amostras devem ser coletadas, preferencialmente, em pontos de maior tempo de detenção da água no sistema de distribuição.

(3) A definição da periodicidade de amostragem para o quesito de radioatividade será definido após o inventário inicial, realizado semestralmente no período de 2 anos, respeitando a sazonalidade pluviométrica.

(4) Para agrotóxicos, observar o disposto no parágrafo 5º do artigo 41.

(5) Dispensada análise na rede de distribuição quando o parâmetro não for detectado na saída do tratamento e, ou, no manancial, à exceção de substâncias que potencialmente possam ser introduzidas no sistema ao longo da distribuição.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300448

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Anexo 13 do Anexo XX

TABELA DE NÚMERO MÍNIMO DE AMOSTRAS MENSAIS PARA O CONTROLE DA QUALIDADE DA ÁGUA DE SISTEMA DE ABASTECIMENTO, PARA FINS DE ANÁLISES MICROBIOLÓGICAS, EM FUNÇÃO DA POPULAÇÃO ABASTECIDA (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Anexo 13)

Parâmetro	Saída do Tratamento (Número de amostras por unidade de tratamento)	Sistema de distribuição (reservatórios e rede)			
		População abastecida			
		< 5.000 hab.	5.000 a 20.000 hab.	20.000 a 250.000 hab.	> 250.000 hab.
Coliformes totais Escherichia coli	Duas amostras semanais(1)	10	1 para cada 500 hab.	30 + (1 para cada 2.000 hab.)	105 + (1 para cada 5.000 hab.) Máximo de 1.000

NOTA:

(1) Recomenda-se a coleta de, no mínimo, quatro amostras semanais.

Anexo 14 do Anexo XX

TABELA DE NÚMERO MÍNIMO DE AMOSTRAS E FREQUÊNCIA MÍNIMA DE AMOSTRAGEM PARA O CONTROLE DA QUALIDADE DA ÁGUA DE SOLUÇÃO ALTERNATIVA COLETIVA, PARA FINS DE ANÁLISES FÍSICAS, QUÍMICAS E MICROBIOLÓGICAS, EM FUNÇÃO DO TIPO DE MANANCIAL E DO PONTO DE AMOSTRAGEM (Origem: PRT MS/GM 2914/2011, Anexo 14)

Parâmetro	Tipo de manancial	Saída do tratamento (para água canalizada)	Número de amostras retiradas no ponto de consumo (para cada 500 hab.)	Frequência de amostragem
Cor, turbidez, pH e coliformes totais(1) e (2)	Superficial	1	1	Semanal
	Subterrâneo	1	1	Mensal
Cloro residual livre(1)	Superficial ou Subterrâneo	1	1	Diário

NOTAS:

(1) Para veículos transportadores de água para consumo humano, deve ser realizada uma análise de cloro residual livre em cada carga e uma análise, na fonte de fornecimento, de cor, turbidez, pH e coliformes totais com freqüência mensal, ou outra amostragem determinada pela autoridade de saúde pública.

(2) O número e a frequência de amostras coletadas no sistema de distribuição para pesquisa de Escherichia coli devem seguir o determinado para coliformes totais.

Anexo XXI

Normas e Padrões sobre Fluoretação da Água dos Sistemas Públicos de Abastecimento, Destinada ao Consumo Humano (Origem: PRT MS/GM 635/1975)

Art. 1º Aprovar as Normas e Padrões, a seguir, sobre a fluoretação da água dos sistemas públicos de abastecimento, destinada ao consumo humano. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 1º)

Art. 2º Para efeito de fluoretação da água dos sistemas públicos de abastecimento, destinada ao consumo humano, são adotadas as seguintes definições: (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 2º)

I - Fluoretação: Teor de concentração do íon fluoreto presente na água destinada ao consumo humano, apto a produzir os efeitos desejados à prevenção da cárie dental. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 2º, I)

II - Íon: Átomos ou grupos de átomos dotados de carga elétrica. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 2º, II)

III - Concentração de íon Fluoreto: Relação entre a massa do íon fluoreto dissolvida na água e a massa da solução, geralmente expressa em partes por milhão (ppm) que representa miligramas de íon flúor por quilograma de solução. Para efeito desta norma admite-se que 1 litro de água, pesa 1 quilograma; portanto 1 ppm é 1 mg/litro. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 2º, III)

IV - Composto Fluoretado: Qualquer composto químico que contenha em sua composição o íon fluoreto (F). (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 2º, IV)

V - Dosador de Produtos Químicos: Equipamento que lança na água quantidades pré-determinadas de produtos químicos. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 2º, V)

VI - Dosagem por Solução: Aquela na qual o produto químico é medido como volume de solução. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 2º, VI)

VII - Dosagem a seco: Aquela na qual uma quantidade medida de um composto químico seco é descarregada por um dosador durante um determinado intervalo de tempo. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 2º, VII)

VIII - Dosador a Seco Volumétrico: Equipamento que descarrega volume específico (cm3, dm3, etc.) e de produto químico, durante um determinado intervalo de tempo. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 2º, VIII)

IX - Dosador a Seco Gravimétrico: Equipamento que descarrega um certo peso (g, kg, etc.) de produto químico durante um determinado intervalo de tempo. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 2º, IX)

X - Prevalência de Cárie Dental: Quantidade desta afecção existente numa comunidade ou num indivíduo em dado momento. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 2º, X)

Art. 3º Os sistemas públicos de abastecimento de água fluoretada deverão obedecer aos seguintes requisitos mínimos: (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 3º)

I - Abastecimento contínuo da água distribuída à população, em caráter regular e sem interrupção. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 3º, I)

II - A água distribuída deve atender os padrões de potabilidade. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 3º, II)

III - Sistemas de operação e manutenção adequados. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 3º, III)

IV - Sistema de controle rotineiro da qualidade da água distribuída. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 3º, IV)

Art. 4º A concentração recomendada de íon fluoreto nas águas de abastecimento público é obtida pela fórmula constante no Anexo 2 do Anexo XXI . (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 4º)

Art. 5º Os limites recomendados para a concentração do íon fluoreto em função da média das Temperaturas máximas diárias são os indicados no Quadro I constante no Anexo 1 do Anexo XXI . (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 5º)

Art. 6º Os compostos químicos de flúor que podem ser empregados nos sistemas públicos de abastecimento de água são os indicados no Quadro II constante no Anexo 1 do Anexo XXI (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 6º)

Art. 7º Os métodos de análise e procedimentos para determinação da concentração do íon fluoreto na água são os indicados nos subítens seguintes, e a descrição dos mesmos as constantes do Anexo 1 do Anexo XXI , sua Tabela e Figura. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 7º)

I - Métodos analíticos: (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 7º, I)

a) Eletrométrico. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 7º, I, a)

b) SPADNS (fotométrico). (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 7º, I, b)

c) Visual da Alizarina. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 7º, I, c)

II - Procedimentos: (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 7º, II)

a) Para a determinação do teor de íon fluoreto, as águas brutas e fluoretadas deverão ser analisadas por um dos métodos discriminados no Anexo 1 do Anexo XXI . (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 7º, II, a)

b) A frequência diária das análises a serem efetuadas dependerá da complexidade e porte do sistema de água. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 7º, II, b)

c) O controle (diário e mensal) a ser exercido sobre a água, conterá obrigatoriamente, os seguintes elementos: (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 7º, II, c)

1. Cidade. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 7º, II, c, 1)

2. Estado. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 7º, II, c, 2)

3. Dia, mês e ano. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 7º, II, c, 3)

4. Responsável pela análise. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 7º, II, c, 4)

5. Dose ótima de flúor. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 7º, II, c, 5)

6. Método de análise (com ou sem destilação). (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 7º, II, c, 6)

7. Composto de flúor empregado. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 7º, II, c, 7)

8. Vazão do sistema. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 7º, II, c, 8)

9. Teor do íon fluoreto natural. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 7º, II, c, 9)

10. Quantidade de composto de flúor agregado (diário); (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 7º, II, c, 10)

11. Teor diário de íon fluoreto na água fluoretada. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 7º, II, c, 11)

Parágrafo Único. Para os métodos analíticos de SPADNS (fotométrico) e Visual da Alizarina, deverão ser realizadas a destilação prévia das amostras (Anexo 3 do Anexo XXI) com o objetivo de eliminar os interferentes, caso seja necessário. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 8º Os tipos e precisão dos equipamentos tolerados para dosagem dos compostos de flúor são os seguintes: (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 8º)

I - Tipos: (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 8º, I)

a) De Solução. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 8º, I, a)

b) A seco (volumétrico e gravimétrico). (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 8º, I, b)

II - Precisão: (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 8º, II)

a) O equipamento para dosagem dos compostos fluoretados por via úmida deverão permitir no máximo um erro de 0,1 mg/l a um nível de 1 mg/l, ou seja 10% para mais ou menos. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 8º, II, a)

b) Nos equipamentos para dosagem dos compostos fluoretados por via seca será tolerada uma oscilação para mais ou menos de no máximo 3 a 5% no tipo volumétrico e de 1 a 2% no tipo gravimétrico. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 8º, II, b)

Art. 9º As técnicas de fluoretação de acordo com o composto químico a utilizar, em função da vazão do sistema com a dosagem a seco ou por via úmida, são as descritas no Quadro III, do Anexo 1 do Anexo XXI , indicativos dos compostos químicos, vazão 1 l/s, equipamentos requeridos, espécies de produtos químicos, manuseio, pontos de aplicação e cuidados especiais. (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Art. 9º)

Anexo 1 do Anexo XXI

MÉTODOS DE ANÁLISES E PROCEDIMENTOS PARA A DETERMINAÇÃO DE ÍON FLUORETO NA ÁGUA (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Anexo 1)

1. Considerações Gerais.

Entre os diversos métodos para determinação do íon fluoreto na água, os eletrométricos e os colorimétricos são atualmente considerados os mais satisfatórios. Os métodos colorimétricos são baseados na reação entre o fluoreto e a laca de zircônio com um corante orgânico. O fluoreto forma um complexo Zr F - que é incolor. A proporção que a quantidade de íons fluoreto cresce, a coloração da Laca decresce ou modifica seu matiz.

Como todos os métodos colorimétricos estão sujeitos a erros provocados por íons interferentes existentes na amostra é necessário destilá-la antes de se fazer a determinação do fluoreto. Se os interferentes presentes na amostra estão em concentrações baixas, não será necessário destilá-la podendo-se passar diretamente aos métodos colorimétricos.

2. Seleção do Método.

A adição de um tampão de citrato, livra o método eletrométrico de interferentes tais como íons de alumínio, hexametafosfato, ferro e ortofosfato, que nos métodos colorimétricos são eliminados por destilação preliminar.

Ambos os métodos colorimétricos são aplicáveis a amostras contendo teores de fluoreto na faixa de 0,05 a 1,4 mg/l, enquanto que o método eletrométrico é aplicável para teores de 0,1 a 5 mg/l.

Com a aplicação dos métodos SPADNS e eletrométrico os resultados são lidos imediatamente, enquanto que, com o de alizarina, é necessário esperar 1 hora após a adição do corante para o desenvolvimento da cor.

Os métodos SPADNS . e eletrométrico necessitam equipamentos, enquanto o visual de alizarina necessita apenas vidraria de laboratório. Padrões permanentes para o método visual poderão ser usados, mas precauções especiais deverão ser tomadas pelo analista.

3. Interferentes nos métodos colorimétricos.

Em geral os métodos colorimétricos estão sujeitos aos mesmos interferentes, variando apenas os graus. A tabela indica as substâncias que comumente interferem nos dois métodos. Estas interferências não são aditivas. A amostra deverá ser previamente destilada quando qualquer substância presente cause interferência, cujo erro seja de 0,1 mg/l, ou quando houver dúvida no efeito. A destilação também é recomendada para as amostras coloridas ou turvas. Algumas vezes pode-se diluir a amostra ou neutralizá-la, quando for o caso, para diminuir os efeitos interferentes.

O cloro interfere em todos os métodos colorimétricos e deverá ser removido.

Nos métodos colorimétricos volumes e temperaturas são críticos e devem ser medidos com precisão, pois deles dependem os resultados.

4. Amostragem

rascos de polietileno são preferíveis na coleta de amostras de água para análise de fluoretos. Frascos de vidro são satisfatórios desde que se evite usar frascos que contiveram soluções concentradas de fluoretos. Em todos os casos, deverá ser adotada a prática de lavar inicialmente os frascos com a água que vai ser analisada.

Caso se aproveitem na determinação de fluoretos amostras colhidas para exames bacteriológicos, deve-se tomar precauções quanto às substâncias usadas para eliminar o cloro, pois o tiosulfato, em concentrações de 100 mg/l, interfere produzindo precipitado.

5. Tabela

Substâncias interferentes nos métodos colorimétricos

Substância Interferente	MétodoSpands		Método Visual de Alizarina	
	Conc. mg/L	Tipo de Erro	Conc. mg/L	Tipo de Erro
Alcalinidade ($CaCO_3$)	5.000	-	400	-
Alumínio (AI+++)	0,1	-	0,25	-
Cloreto (Cl--)	7.000	+	2.000	-
Ferro (Fe+++)	10	-	2	+
Hexametafosfato $(NaPO_3)_6$	1,0	+	1,0	+
Fosfato (PO_4 -)	16	+	5	+
Sulfato (SO_4-)	200	+	300	+

6. Destilação preliminar

6.1. Discussão - Por meio de destilação, o íon fluoreto pode ser separado dos outros elementos existentes nas águas, na forma de ácido fluossilíco ou fluorídrico. A recuperação quantitativa do fluoreto se obtém usando amostras relativamente grandes e sob altas temperaturas.

6.2. Equipamento - O aparelho de destilação (figura) consiste: de um balão de vidro pirex, com capacidade de um litro, fundo redondo e pescoço longo, de um tubo de conexão; de um condensador eficiente; e de um termômetro com escala de 0º a 200ºC. Qualquer outro destilador semelhante ao da figura poderá ser usado. Os pontos críticos a serem observados são aqueles que afetam a completa recuperação dos fluoretos, tais como obstruções na passagem do vapor etc., e condições que podem aumentar o arraste do sulfato. Deste modo, pode-se usar anteparos de asbesto para proteger da chama a parte superior do balão de destilação. Pode-se modificar este aparelho de modo a desligar automaticamente quando a destilação acabar.

6.3. Reagentes:

a) ácido sulfúrico concentrado. b) sulfato de prata cristalizado.

6.4. Procedimento:

a) Coloque 400 ml de água no frasco de destilação e cuidadosamente acione 200 ml de ácido sulfúrico concentrado.

Agite até homogeneizar o conteúdo do frasco. Adicione 25 a 35 pérolas de vidro e ligue o aparelho como mostra a figura, certificando-se que todas as juntas estão ajustadas. Comece a aquecer lentamente, passando aos poucos a um aquecimento tão rápido quando permitir o condensador (o destilado deverá sair frio) até que a temperatura do líquido contido no frasco atinja exatamente 180º C. Neste instante pare a destilação e elimine o destilado. Este processo serve para remover qualquer contaminação de fluoreto e ajustar a relação ácido-água para destilações subsequentes.

b) Após esfriar a mistura de ácido remanescente do item anterior ou de destilações prévias, até 120º C ou abaixo, adiciona 300 ml da amostra, misture cuidadosamente, e destile corno descrito anteriormente até a temperatura atingir 180º C. Para prevenir o arraste de sulfato, não permita que a temperatura ultrapasse l8Oº C.

c) Adicione sulfato de prata ao frasco de destilação, na proporção de 5 mg por miligrama de cloreto, quando amostras de alto conteúdo em cloretos são analisadas.

d) Use a solução de ácido sulfúrico repetidamente até que os contaminantes das amostras de água, acumuladas no frasco de destilação, comecem a interferir no destilado. Verifique a possibilidade de uso do ácido periodicamente, destilando amostras conhecidas de fluoretos. Após a destilação de amostras com altos teores de fluoretos, adicione 300 ml de água e continue a destilação combinando os destilados. Se necessário repita a operação até que o conteúdo de fluoretos no destilado seja mínimo. Adicione ao primeiro destilado, os destilados subseqüentes. Após períodos de inatividade, destile água e elimine o destilado, antes de destilar a amostra.

6.5. Interpretação dos Resultados - O fluoreto recuperado na destilação está quantitativamente dentro da precisão dos métodos usados para a determinação.

7. Método Eletrométrico:

7.1. Interferentes - Cátions polivalentes tais como AI(+++), Fe(+++) e Si(+++) formam complexos o íon fluoreto. A formação dos complexos depende do pH da solução e dos níveis de relação entre o fluoreto e os tipos de complexos. Em presença de concentrações de alumínio acima de 2 mg/l, o íon citrato numa solução tampão, preferentemente formará complexos com o alumínio, libertando o íon fluoreto.

Em soluções ácidas, o íon hidrogênio forma complexos com o íon fluoreto, mas o complexo é desprezível se o pH for ajustado acima de 5. Em soluções alcalinas o íon hidroxila interfere com a resposta do eletrodo em função de íon fluoreto, sempre que o nível de hidroxila for maior do que um décimo do nível do íon fluoreto presente. Entretanto, a um pH igual ou menor que 8, a concentração de hidroxila é igual ou menor que 10-6 molar e neste caso não haverá interferência para qualquer concentração de fluoretos detectáveis.

7.2. Equipamento:

a) Potenciômetro com escala de pH ampliada ou um medidor específico de íons que possuam um milivoltímetro ou outra escala apropriada além da de pH.

b) Eletrodo tipo Beckman n.º 40.463 ou Corning n.º 476.012 ou Orion n.º 900.100 ou outro semelhante.

c) Eletrodo especial para fluoretos.

d) Agitador magnético com barra agitadora revestida de teflon. e) Cronômetro.

7.3. Reagentes:

a) Solução de Fluoreto de 100 ug/ml - Dissolva 221,0 mg de fluoreto de sódio anidro (N-F), em água destilada e leva o volume para 1.000 ml. Cada ml da solução contém 100 ug de F.

b) Solução Padrão de Fluoreto - Dilua 100 ml da solução de fluoreto de 100 ug/ml para 1.000 ml com água destilada. Cada ml conterá 10 ug de F.

c) Solução Tampão (TISAB) - Coloque aproximadamente 500 ml de água destilada em um becker de 1.000 ml. Adicione 57 ml de ácido acético glacial, 58 g de cloreto de sadio (NaCI) e 12 g de citrato de sódio bi-hidratado. (Na3C6H5O72H2O). Agite até dissolver. Coloque o becker em um banho de água para esfriar, coloque o eletrodo de pH e o de referência e leve o pH 5,0 a 5,5 com hidróxido de sódio 6N (125 ml aproximadamente). Esfrie para a temperatura ambiente. Coloque num balão volumétrico de 1.000 ml e leve o volume até a marca com água destilada.

7.4. Procedimento:

a) Calibração do instrumento - Não é necessário fazer calibrações nos potenciômetros quando a faixa de fluoreto é de 0,2 a 2,0 mg/l;

b) Preparação de Padrões de Fluoreto - Pipete 2,00; 4,00; 6,00; 8,00; 10,00; 16,00; 20,00 ml da solução padrão do fluoreto em urna série de balões volumétricos de 100 ml. A cada balão adicione 50 ml de solução tampão e leve os volumes a 100 ml com água destilada. Misture bem. Cada balão conterá respectivamente 0,20; 0,40; 0,60; 0,80; 1,00; 1,20; 1,60 e 2,00 mg/litro.

c) Tratamento da amostra - Coloque 50 ml da amostra em um balão volumétrico de 100 ml e complete o volume com a solução tampão. Misture bem. Mantenha os padrões e amostra na mesma temperatura, preferentemente na de calibração dos balões.

d) Medida com o eletrodo - Transfira os padrões e a amostra para uma série de beckers de 150 ml. Mergulhe os eletrodos em cada becker e meça o potencial desenvolvido enquanto a agitação é mantida por meio de um agitador magnético. Evite agitar a solução antes da imersão dos eletrodos porque se bolhas de ar aderirem ao eletrodo poderão produzir leituras errôneas ou fluoração dos ponteiros. Espere 3 minutos antes de ler no milivoltímetro. Lave os eletrodos com água destilada e enxágue entre cada leitura.

Quando usar um potenciômetro de escala ampliada ou um medidor específico, recalibre freqüentemente o eletrodo verificando a leitura de 1,00 mg/l (50 ug F) da solução padrão e ajustando o controle de calibração.

Faça um gráfico em papel de 3 ciclos a leitura em milivolts contra ug F da solução padrão.

7.5. Cálculos: mg/l F = ug F/ ml da amostra

8. Método SPADNS

8.1. Equipamento:

a) Espectrofotômetro que possa usar o comprimento de onda de 510 mu e tenha uma passagem de luz de pelos menos 1 cm.

b) Fotômetro de filtro com passagem de luz de pelo menos 1 cm equipado com filtro amarelo esverdeado tendo transmitância máxima em 550 a 580 mu.

8.2. Reagentes:

a) Solução padrão de fluoreto - deverá ser preparada na forma indicada em 7.4.5. do método eletrométrico.

b) Solução SPADNS - dissolva 958 mg SPADNS, 2 - parasulfofenilazo -1,8 dihidroxi - 3,6-naftaleno disulfonato de sódio, também chamado 4,5 dihidroxi - 3- parasulfofenilazo - 2,7 naftaleno disulfonato trissódico, em água destilada e dilua para 500 ml. Esta solução é estável indefinidamente se protegida da luz solar direta.

c) Reagente ácido de zirconila - dissolva 133 mg de cloreto de zirconio octahidratado, ZrOCI2. 8H20 em cerca de 25 ml de água destilada. Adicione 350 ml de HCI concentrado e dilua para 500 ml com água destilada.

d) Reagente ácido de zirconila - SPADNS - misture volumes iguais de soluções SPADNS e ácida de zirconila. Esta solução é estável por 2 anos.

e) Solução de Referência - adicione 10 ml da solução de SPADNS a 100 ml de água destilada. Dilua 7 ml de HCI concentrado para 10 ml com água destilada e adicione à solução SPADNS diluída. Esta solução é estável indefinidamente e será usada como ponto de referência para o espectrofotômetro ou o fotômetro. Esta solução poderá ser substituída por um dos padrões de fluoreto.

f) Solução de arsenito de sódio - dissolva 5,0 g. de NaAsO2 e dilua para 1.000 ml com água destilada.

8.3. Procedimento:

a) Preparação da curva padrão - prepare padrões de fluoretos na faixa de 0 a 1,40 mg/l diluindo quantidades apropriadas da solução padrão de fluoreto para 50 ml com água destilada. Pipete 5 ml do reagente ácido de zirconila e 5 ml do reagente. SPADNS ou 10 ml do reagente misto de zirconila ácida SPADNS em cada padrão e misture bem Ajuste o fotômetro ou o espectrofotômetro ao zero de absorção com a solução de referência e imediatamente faça a leitura da absorção em cada um dos padrões. Faça um gráfico da curva da concentração em fluoretos versus absorção. Prepare nova curva padrão sempre que novos reagentes tenham que ser preparados. Se não for usada solução de referência, calibre o espectrofotômetro ou fotômetro para algum ponto da curva com um padrão de fluoreto.

b) Pré-tratamento da amostra - se a amostra contém cloro residual, remova-o pela adição de 1 gota (0,05 ml) da solução de arsenito de sódio para cada 0,1 mg de Cl e misture. Concentrações de arsenito de sódio de 1.300 mg/l produzem erros de 0,1 mg/l de F.

c) Desenvolvimento da cor - use amostra de 50 ml ou uma alíquota diluída para 50 ml. Ajuste a temperatura para a mesma da curva padrão. Adicione 5 ml da solução SPADNS e 5 ml da solução ácida de zirconila ou 10 ml da solução mista de zirconila ácida - SPADNS. Misture bem e leia imediatamente a absorção, ajustando primeiro o fotômetro ou espectrofotômetro ao ponto de referência. Se a absorção estiver fora da curva padrão, repita a operação diluindo a amostra.

8.4. Cálculos:

mg/l F = A/(ml amostra) x B/C

onde

A = mg de fluoreto determinado fotometricamente.

B/C = é aplicado somente quando a amostra for diluída para um volume B e uma alíquota C for tomada para o desenvolvimento da cor.

9. Método Visual da Alizarina.

9.1. Equipamento:

a) Série de tubos Nessler de 100 ml, ou b) Comparador visual de cor.

9.2. Reagentes:

a) Solução de Fluoretos - deverá ser preparada como indicada para o método eletrométrico.

b) Reagente Zircônio-Alizarina - dissolva 300 mg de cloreto de zircônio octahidratado, ZrOCl2. 8 H20, em 50 ml de água destilada e coloque em balão volumétrico de 1.000 ml. Dissolva 70 mg de 3-alizarinassulfonato de sódio, também conhecida por vermelho de alizarina S, em 50 ml de água destilada e adicione ao frasco de 1.000 ml que já contém a solução de cloreto de zircônio. Deixe em repouso para clarear.

c) Solução ácida - dilua 101 ml de HCI concentrado para, aproximadamente, 400 ml com água destilada. Dilua, cuidadosamente, 33,3 ml de H2S04 concentrado para 400 ml com água destilada. Após esfriar, misture as duas soluções.

d) Reagente ácido de Zircônio-Alizarina - adicione à solução ácida do item C a de Zircônio-Alizarina contida no balão de 1.000 ml. Complete o volume com água destilada e misture. O reagente muda de cor do vermelho ao amarelo em aproximadamente uma hora. Guardado e protegido da luz solar direta, é estável por 6 meses.

e) Solução de arsenito de sódio - deverá ser preparada do mesmo modo como indicado para método - SPADNS

9.3. Procedimento:

a) Pré-tratamento da amostra - se a amostra contém cloro residual, remova-o adicionando 1 gota (0,05 ml) da solução de arsenito de sódio para cada 0,1 mg de Cl.

b) Preparação dos Padrões - Prepare uma série de padrões diluindo volumes conhecidos da solução padrão de fluoreto de 10 ug para 100 ml nos tubos Nessler. Escolha a faixa de padrões de modo a atingir a concentração da amostra. Quanto menor o intervalo entre as concentrações dos padrões, maior a precisão na análise. Geralmente usa-se intervalos de 50 ug/l.

d) Desenvolvimento da cor - encha um tubo Nessler de 100 ml com a amostra ou uma diluição desta quando for necessário e iguale as temperaturas desta com a dos padrões. Adicione, a cada tubo 5,00 ml do reagente ácido de zircônio-alizarina. Misture e compare as amostras com os padrões após 1 hora de repouso.

9.4. Cálculos:

Mg/l F = A/(ml amostra) x B/C

onde

A = mg de F determinada visualmente. A razão B/C é aplicada quando houver necessidade de diluir o volume C da amostra para o volume B final.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300450

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

QUADRO I

Limites recomendados para a concentração do íon fluoreto em função da média das temperaturas máximas diárias.

Média das temperaturas máximas diárias do ar (ºC)	Limites recomendados para a concentração do íon fluoreto (mg/l)		
	mínimo	máximo	ótimo
10,0 - 12,1	0,9	1,7	1,2
12,2 - 14,6	0,8	1,5	1,1
14,7 - 17,7	0,8	1,3	1,0
17,8 - 21,4	0,7	1,2	0,9
21,5 - 26,3	0,7	1,0	0,8
26,4 - 32,5	0,6	0,8	0,7

QUADRO II

Compostos de Flúor

Podem ser empregados:

Características	Fluoreto de Cálcio (Fluorita) CaF_2	Fluossilicato de Sódio Na_2 SiF_6	Fluoreto do sódioNaF	Ácido Fluossilícico H_2SiF_6
Forma	Pó	Pó ou cristais finos	Pó ou cristal	Líquido
Peso Molecular	78,08	188,05	42,0	144,08
Pureza Comercial %	85 a 98	98 a 99	90 a 98	22 a 30
Solubilidade gr/100gr(25ºC)	0,0016	0,762	4,05	
pH da solução saturada	6,7	3,5	7,6	1,2 (solução l%)
Íon Fluoreto em % (100% puro)	48,8	60,7	42,25	79,2

Os compostos de flúor especificados são os de uso corrente no Brasil, entretanto outros compostos poderão ser utilizados desde que existentes no mercado.

QUADRO III

Técnicas de Fluoretação

De acordo com o composto químico a utilizar e em função da vazão do sistema, podem ser:

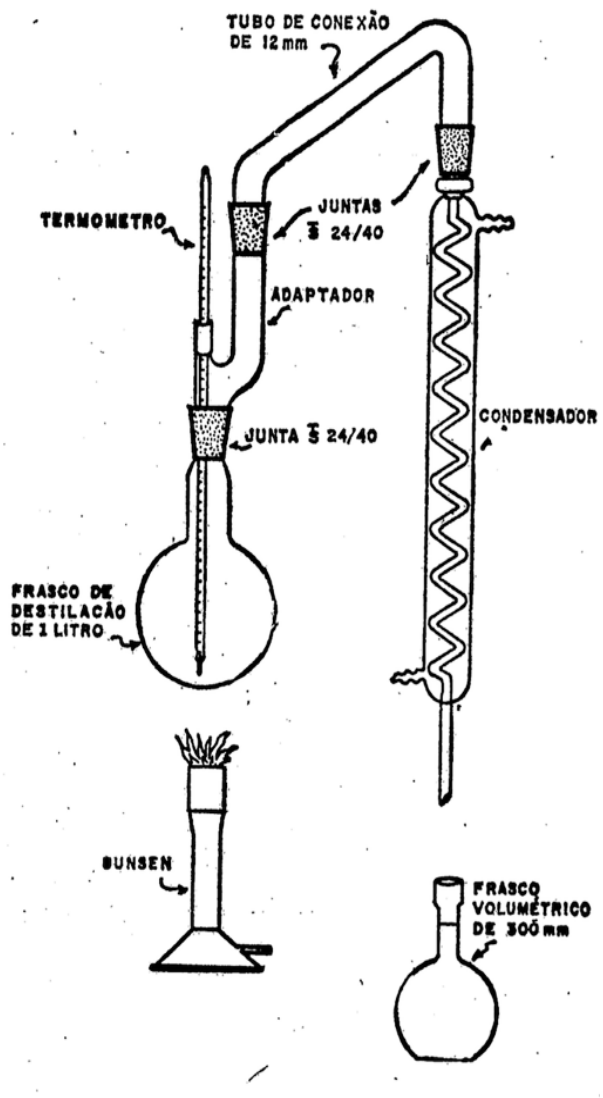
Composto Químico	Vazão l/s	Equipamento Requerido	Especificação do Produto Químico	Manuseio	Ponto de Aplicação	Cuidados
Com dosagem à seco						
Fluossilicato de Sódio ou Fluoreto de Sódio	6 a 90	Dosador volumétrico Balança Tremonha (tegão) Câmara de dissolução	Pó, em sacos, tambores ou a granel	Alimentação direta do saco Equipamento de manejo a granel	Canal aberto Afluente do filtro Reservatório de água filtrada	Poeira Respingos Efeito de arco na tremonha
	> 90	Dosador gravimétrico Tremonha Câmara de dissolução				
Com dosagem por via úmida						
Fluoreto de Cálcio (Fluorita)	< 1.000	Tanque de solução de sulfato de alumínio misturador	Fluorita 100% passando na peneira 350 mesh pureza > 98%	Pesagem Mistura Constante Medição de Vazão	Na entrada da ETA juntamente com Al2 (SO4)3	
Fluoreto de Sódio	< 30	Dosador de Solução Tanque de Mistura Balança Agitador	Cristalino e isento de poeira em sacos ou tambores	Pesagem Mistura Medição	Efluente do Filtro	Poeira Respingos Preparo da Solução
	30 a 130	Dosador de Solução Saturador Medidor de Vazão	a) Saturador descendente: Cristal grosso, em tambores ou sacos. b) Saturador ascendente: Cristal fino	Esvaziamento completo da embalagem	Reservatório de água filtrada	Poeira Respingo
Ácido	< 30	Dosador de Solução Balança Tanque Calibrado Tanque de Mistura Misturador	Ácido fortificado (pouca Sílica) em tambores ou bombonas	Despejo ou Sifonamento Medição Mistura Pesagem	Efluente do Filtro Reservatório de água filtrada	Corrosão Vapores Respingos Preparo de Solução
Fluossilícico	> 30	Dosador de Solução Tanque Diário Balança Bomba para Transferência	S. Granel em vagões ou caminhões	bombeamento		Corrosão Vapores Vazamentos

Anexo 2 do Anexo XXI

FÓRMULA DA CONCENTRAÇÃO RECOMENDADA DE ÍON FLUORETO NAS ÁGUAS DE ABASTECIMENTO PÚBLICO (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Anexo 2)

$$C = \frac{\overline{22,2}}{E}$$

onde
E = 10,3 + 0,725 T
T = média de Temperaturas máximas diárias observadas durante um período mínimo de 1 ano (recomendado 5 anos) em graus centígrados.
Anexo 3 do Anexo XXI
FIGURA (Origem: PRT MS/GM 635/1975, Anexo 3)



APARELHO DE DESTILAÇÃO DIRETA

Anexo XXII

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Anexo 1)

ANEXO I

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES:

1 - MINISTÉRIO DA SAÚDE

a - Instituir o Programa Nacional de Triagem Neonatal, o rol das doenças a serem triadas, os princípios e diretrizes da implantação do Programa, o estabelecimento de critérios/exigências de habilitação nas fases de implantação, critérios de implantação das redes de triagem neonatal e os critérios técnicos de desenvolvimento do trabalho;

b - Elaborar e publicar Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas a serem adotados pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal;

c - Estabelecer as normas de funcionamento e cadastramento de Postos de Coleta e de Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas;

d - Articular com os estados, municípios e o Distrito Federal a implantação do Programa e o estabelecimento de mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo;

e - Assessorar os estados e o Distrito Federal na implantação, em seus respectivos âmbitos de atuação, do Programa Nacional de Triagem Neonatal e na organização de suas respectivas Redes Estaduais de Triagem Neonatal;

f - Avaliar as condições de habilitação dos estados e do Distrito Federal nas Fases de Implantação do Programa;

g - Criar um banco de dados que permita acompanhar e avaliar o desenvolvimento do Programa, definindo seus indicadores;

h - Alocar recursos financeiros destinados ao co-financiamento das atividades do Programa;

i - Divulgar o Programa de maneira a conscientizar e informar a população e os profissionais de saúde sobre a importância da realização da Triagem Neonatal.

2 - SECRETARIAS DE SAÚDE DOS ESTADOS E DO DISTRITO FEDERAL

a - Elaborar, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, as estratégias de implantação, em seu âmbito de atuação, do Programa Nacional de Triagem Neonatal;

b - Designar um Coordenador Estadual do Programa Nacional de Triagem Neonatal;

c - Organizar a Rede Estadual de Triagem Neonatal, identificando os Postos de Coleta, estabelecendo os fluxos de referência e contra-referência entre os Postos e os Serviços de Referência e garantindo a execução de todas as fases do processo de sua respectiva fase de implantação do Programa - triagem, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos pacientes identificados como portadores das patologias triadas;

d - Criar as condições para a estruturação/criação/implantação/cadastramento dos Serviços de Referência em Triagem Neonatal/ Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas de Tipo I, II ou III, conforme sua respectiva fase de implantação do Programa;

e - Articular com os demais gestores estaduais as eventuais referências laboratoriais dos Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas, conforme previsto no Anexo III desta Portaria;

f - Organizar a rede assistencial complementar - ambulatorial e hospitalar, destinada a garantir a retaguarda dos Serviços de Referência de Triagem Neonatal no atendimento dos pacientes triados, em conformidade com o estabelecido no Anexo III desta Portaria;

g - Assessorar os municípios no processo de implementação do Programa, na estruturação/criação/implantação/cadastramento dos Postos de Coleta, no desenvolvimento das atividades e na adoção de mecanismos destinados ao controle, avaliação e acompanhamento do processo;

h - Avaliar as condições epidemiológicas de seu estado para eventual implantação da Fase III do Programa;

i - Alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento / incremento do Programa;

j - Monitorar o desempenho do Programa em seu estado e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de cobertura da Triagem em termos de porcentual de cobertura dos recém-nascidos no estado;

k - Manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade, integrando, inclusive, os dados de Triagem Neonatal provenientes da rede privada de laboratórios, que deverão ser notificados ao gestor estadual do SUS.

3 - SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

a - Elaborar, em parceria com a respectiva Secretaria estadual de Saúde, as estratégias de implantação, em seu âmbito de atuação, do Programa Nacional de Triagem Neonatal;

b- Criar as condições para a estruturação/criação/implantação/cadastramento do(s) Posto(s) de Coleta e adotar as providencias necessárias para integrá-lo(s) na Rede Estadual de Triagem Neonatal;

c - Apoiar a estruturação/manutenção/funcionamento dos Serviços de Referência em Triagem Neonatal que estejam instalados em seu município;

d - Organizar a rede assistencial complementar - ambulatorial e hospitalar, destinada a garantir a retaguarda dos Serviços de Referência de Triagem Neonatal no atendimento dos pacientes triados, em conformidade com o estabelecido no Anexo III desta Portaria;

e - Alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento/incremento do Programa;

f - Monitorar o desempenho do Programa em seu município e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de cobertura da Triagem em termos de percentual de cobertura dos recém -nascidos no município;

g - Manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade, integrando, inclusive, os dados de Triagem Neonatal provenientes da rede privada de laboratórios, que deverão ser notificados ao gestor estadual do SUS.

Anexo XXIII

PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Anexo 2)

ANEXO II

PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES, CRITÉRIOS/EXIGÊNCIAS PARA HABILITAÇÃO NAS FASES DE IMPLANTAÇÃO

O Programa Nacional de Triagem Neonatal tem por objetivo o desenvolvimento de ações de triagem neonatal, diagnóstico, acompanhamento e tratamento das seguintes doenças congênitas:

- Fenilcetonúria;
- Hipotireodismo Congênito;
- Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias;
- Fibrose Cística.

A - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

A implantação do Programa deverá seguir os seguintes Princípios e Diretrizes:

1 - Todo recém-nascido tem direito ao acesso à realização de testes de Triagem Neonatal, em conformidade com o disposto nesta Portaria. Os testes deverão ser realizados até o 30º dia de vida (preferencialmente entre o 2º e o 7º dia de vida), com coleta do material efetuada de acordo com os critérios técnicos estabelecidos no Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal a ser elaborado e publicado pela Secretaria de Assistência à Saúde/SAS/MS;

2 - O Programa Nacional de Triagem Neonatal deverá ser organizado de maneira a garantir plenamente o acesso aos recém-nascidos não só à realização dos exames preconizados e à confirmação diagnóstica, mas também ao acompanhamento e tratamento das doenças detectadas. Devem ser estruturados os fluxos de referência e contra-referência, os Postos de Coleta adequados e os respectivos Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas de acordo com a Fase de Implantação do Programa, em conformidade com o estabelecido no Anexo III desta Portaria.

3 - Todo recém-nascido suspeito de ser portador de uma das patologias triadas deverá ser reconvocado para a realização dos exames complementares confirmatórios, de acordo com o estabelecido no Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal a ser elaborado e publicado pela Secretaria de Assistência à Saúde/SAS/MS;

4 - Todo recém-nascido vivo identificado/confirmado como portador de uma das patologias triadas tem direito ao acompanhamento, orientação e tratamento adequado, conforme descrito no Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal e nos respectivos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas a serem elaborados e publicados pela Secretaria de Assistência à Saúde;

5 - As autoridades sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal, de acordo as respectivas competências e atribuições estabelecidas no Artigo 5º desta Portaria, serão responsáveis pela adoção das medidas pertinentes e adequadas à garantia dos direitosenunciados nas alíneas acima.

B - CRITÉRIOS/EXIGÊNCIAS PARA HABILITAÇÃO

Os estados e o Distrito Federal deverão cumprir, de acordo com a Fase de Implantação, os seguintes critérios/exigências de habilitação:

1 - FASE I - Triagem, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento da fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito:

Para se habilitar na Fase I de Implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal, os estados e o Distrito Federal deverão enviar à Secretaria de Assistência à Saúde uma solicitação de habilitação na Fase I que deverá ser instruída com:

1.1 - Rede Estadual de Coleta - informar nominalmente e por município a relação dos Postos de Coleta (pelo menos 1 por município em que sejam realizados partos) que foram organizados/cadastrados no estado, em conformidade com as Normas de Funcionamento e Cadastramento estabelecidas no Anexo III desta Portaria.

1.2 - Serviço(s) Tipo I de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas - identificar/organizar e enviar a SAS a documentação necessária para cadastramento do(s) Serviço(s) de Referência (pelo menos 1 por estado), de acordo com as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas Tipo I, estabelecidas no Anexo III desta Portaria;

1.3 - Nome do Coordenador Estadual do Programa Nacional de Triagem Neonatal;

1.4 - Compromisso formal, firmado pelo Secretário da Saúde, de que o estado buscará a cobertura de 100% de seus nascidos-vivos no que diz respeito à triagem neonatal da fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito bem como a garantia da confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos pacientes triados com estas doenças congênitas.

Obs.: Aqueles estados/Distrito Federal que já estejam realizando os exames de triagem neonatal para Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito previstos nas Fase I, deverão adotar as providências necessárias para consolidar seu processo de triagem neonatal, organizandoa rede de coleta e definindo o(s) Serviço(s) de Referência, garantido, desta forma, além da realização dos exames preconizados, o adequado acompanhamento e tratamento dos pacientes triados e identificados como portadores destas doenças, devendo cumprir os mesmos passos de habilitação descritos acima.

2 - Fase II - Triagem, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento da fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito + doenças falciformes e outras hemoglobinopatias:

Para se habilitar na Fase II de Implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal, os estados e o Distrito Federal deverão enviar à Secretaria de Assistência à Saúde uma solicitação de habilitação na Fase II que deverá ser instruída com:

2.1 - Habilitação na Fase I - informar a habilitação

2.2 - Rede Estadual de Coleta - informar nominalmente e por município a relação dos Postos de Coleta (pelo menos 1 por município em que sejam realizados partos) que foram organizados/cadastrados no estado, em conformidade com as Normas de Funcionamento e Cadastramento estabelecidas no Anexo III desta Portaria - mesma Rede informada na habilitação na Fase I;

2.3 - Serviço(s) Tipo II de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas- identificar/organizar e enviar à SAS a documentação necessária para cadastramento do(s) Serviço(s) de Referência (pelo menos 1 por estado), de acordo com as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas Tipo II, estabelecidas no Anexo III desta Portaria;

2.4 - Nome do Coordenador Estadual do Programa Nacional de Triagem Neonatal - o mesmo da Fase I;

2.5 - Compromisso formal, firmado pelo Secretário da Saúde, de que o estado buscará a cobertura de 100% de seus nascidos-vivos no que diz respeito à triagem neonatal da fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias bem como a garantia da confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos pacientes triados com estas doenças congênitas.

Obs.: Aqueles estados/Distrito Federal que já cumpram integralmente os critérios/exigências estabelecidos nas Fases I e II poderão solicitar, diretamente, habilitação na Fase II.

3 - Fase III - Triagem, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento da fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias + fibrose cística:

Para se habilitar na Fase III de Implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal, os estados e o Distrito Federal deverão enviar à Secretaria de Assistência à Saúde uma solicitação de habilitação na Fase III que deverá ser instruída com:

3.1 - Habilitação na Fase II - informar a habilitação;

3.2 - Comprovação de que o estado já tenha garantido uma cobertura igual ou superior a 70% dos nascidos vivos nas doenças definidas nas Fases I e II;

3.3 - Informações a respeito das características populacionais e incidência fibrose cística no estado que indiquem a necessidade e que apresentem adequada relação custo-benefício para a realização deste tipo de triagem;

3.4 - Rede Estadual de Coleta - informar nominalmente e por município a relação dos Postos de Coleta (pelo menos 1 por município em que sejam realizados partos) que foram organizados/cadastrados no estado, em conformidade com as Normas de Funcionamento e Cadastramento estabelecidas no Anexo III desta Portaria - a mesma Rede informada na habilitação das Fases I e II;

3.5 - Serviço(s) Tipo III de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas - identificar/organizar e enviar à SAS a documentação necessária para cadastramento do(s) Serviço(s) de Referência (pelo menos 1 por estado), de acordo com as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas Tipo III, estabelecidas no Anexo III desta Portaria;

3.6 - Nome do Coordenador Estadual do Programa Nacional de Triagem Neonatal - o mesmo das Fases I e II;

3.7 - Compromisso formal, firmado pelo Secretário da Saúde, de que o estado buscará a cobertura de 100% de seus nascidos-vivos no que diz respeito à triagem neonatal da fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciforme, outras hemoglobinopatias e fibrose cística bem como a garantia da confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos pacientes triados com estas doenças congênitas.

Obs.: Os Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas deverão ser, preferencialmente, os mesmos serviços em todas as fases. Assim o de Tipo I (na Fase I) deve ser adequadamente adaptado e incrementada sua capacidade operacional para transformá-lo em Tipo II quando o estado pretender a habilitação na Fase II. Da mesma forma, o de Tipo II deverá ser adequado para o Tipo III quando o estado pretender a habilitação na Fase III de Implantação do Programa.

Anexo XXIV

NORMAS PARA FUNCIONAMENTO E CADASTRAMENTO DE POSTOS DE COLETA E DE SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM TRIAGEM NEONATAL/ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO DE DOENÇAS CONGÊNITAS (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Anexo 3)

A - POSTOS DE COLETA

Os municípios devem organizar/estruturar/implantar e cadastrar tantos Postos de Coleta quantos forem necessários para a cobertura/acesso de sua população à realização da coleta de material para a realização dos exames relativos à Triagem Neonatal. É obrigatória a instalação de pelo menos um (01) Posto de Coleta por Município (naqueles em que são realizados partos).

1 - Processo de Cadastramento

1.1 - Município em Gestão Plena do Sistema Municipal:

A Secretaria Municipal de Saúde deverá criar as condições para a organização / estruturação / implantação / cadastramento do(s) Posto(s) de Coleta de seu município e adotar as providências necessárias para integrá-lo(s) à Rede Estadual de Coleta e referenciá-lo(s) ao Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas ao qual estiver vinculado (providência a ser adotada junto à Secretaria Estadual de Saúde).

Uma vez definido(s) o(s) Posto(s) de Coleta e se cumpridas as exigências abaixo mencionadas, a Secretaria Municipal de Saúde deverá adotar as providências necessárias ao seu cadastramento junto ao Departamento de Informática do SUS/DATASUS. Feito o cadastramento, a SMS deverá informar à Secretaria Estadual de Saúde, em documento próprio, a relação de seu(s) Posto(s) na qual constem: nome do município, nome do(s) estabelecimento(s) cadastrados e nome da pessoa responsável pela atividade.

1.2 - Município que não esteja em Gestão Plena do Sistema Municipal

A Secretaria Municipal de Saúde deverá criar as condições para a organização/estruturação/ implantação do(s) Posto(s) de Coleta de seu município e adotar as providências necessárias para integrá-lo(s) à Rede Estadual de Coleta e referenciá-lo(s) ao Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas ao qual estiver vinculado (providência a ser adotada junto à Secretaria Estadual de Saúde).

Uma vez definido(s) o(s) Posto(s) de Coleta e se cumpridas as exigências abaixo mencionadas, a Secretaria Municipal de Saúde deverá formalizar junto à Secretaria Estadual de Saúde o pedido de cadastramento de seu(s) Posto(s), que após a devida análise, adotará as providências necessárias ao seu cadastramento junto ao DATASUS.

1.3 - Secretaria Estadual de Saúde

A Secretaria Estadual de Saúde é a responsável pela organização de Rede Estadual de Coleta e sua vinculação ao(s) Serviço(s) de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas. Para isso, deverá cadastrar o(s) Postos(s) de Coleta dos municípios que não estejam em Gestão Plena do Sistema Municipal e consolidar a relação total de Postos de Coleta cadastrados (de todos os municípios em que sejam realizados partos, em gestão plena ou não) organizando-os por município e identificando, para cada um deles, a referência para o seu respectivo Serviço de Referência em Triagem Neonatal. Esta relação consolidada deverá ser enviada para a Secretaria de Assistência à Saúde por ocasião da solicitação de habilitação do estado em uma das Fases de Implantação do Programa, conforme estabelecido no Anexo II desta Portaria. A Secretaria Estadual de Saúde deverá informar às Secretarias Municipais de Saúde e a seus respectivos Postos de Coleta o nome do Serviço de Referência em Triagem Neonatal ao qual deverão ser enviadas as amostras coletadas.

2 - Exigência para Cadastramento de Postos de Coleta

2.1 - Características Gerais

A escolha do local para instalação do Posto de Coleta, a critério da Secretaria Estadual/Municipal de Saúde, poderá recair sobre uma unidade de saúde já existente, um local específico para o desenvolvimento desta atividade ou ainda sobre o(s) hospital(is)/maternidade(s) em que tenha ocorrido o parto. Nesta última hipótese, deverá ficar bastante claro que a coleta do material será realizada somente após o 2º dia de vida recém-nascido (freqüentemente na alta hospitalar). Nas situações onde a coleta não é realizada nas maternidades, as mesmas deverão dispor de um formulário contendo orientação de local e data para a coleta (modelo existente no Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do PNTN, a ser publicado pela SAS/MS). Neste caso, a unidade coletora deverá, também, assumir, formalmente, o compromisso de que a coleta ocorrerá nos primeiros 30 (trinta) dias de vida do bebê, preferencialmente na 1ª semana.

O material coletado, dentro das normas estabelecidas no Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do PNTN, será enviado ao Laboratório do Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas indicado pelo gestor do SUS, num prazo nunca superior a 05 (cinco) dias úteis.

2.2 - Instalações Físicas

Os Postos de Coleta deverão dispor, no mínimo, do seguinte:

- Recepção e sala de espera para acompanhantes e entrega de resultados;
- Sala de coleta;
- Área adequada para guarda de material e armazenamento de amostras (conforme descrito no Manual do PNTN) e arquivamento de resultados

2.3 - Recursos Humanos

Os Postos de Coleta deverão dispor, no mínimo, dos seguintes recursos humanos:

- Recepcionista ou auxiliar administrativo;
- Profissional da área de saúde com, no mínimo, formação de nível médio comprovada.

2.4 - Materiais e Equipamentos

Os Postos de Coleta deverão dispor, no mínimo, do seguinte:

- Papel filtro, lancetas e formulários (comprovantes de coleta), fornecidas pelo Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas (que foi identificado e informado pela Secretaria Estadual de Saúde);
- Algodão e álcool para assepsia (não pode ser usado álcool iodado);
- Luvas descartáveis;
- Material para curativo;
- Bancada de trabalho;
- Cadeiras;
- Armário;
- Arquivo;
- Geladeira

2.5 - Rotinas de Funcionamento e Atendimento

Os Postos deverão possuir manual técnico em que todos os procedimentos estejam descritos pormenorizadamente, contemplando o estabelecido no Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do PNTN, com no mínimo, os seguintes itens:

- Horário de funcionamento;
- Fluxo de atendimento do paciente;
- Registro da(s) data(s) de treinamento(s) de todos os seus funcionários técnicos e administrativos;
- Fluxo de recebimento de material e envio de amostras ao laboratório do Serviço de Referência, especificando claramente os procedimentos utilizados para evitar a troca de amostras;
- Descrição de cada uma das atividades;

Técnica de Coleta utilizada, indicando claramente o modo de coleta para cada exame, especificando as normas de biossegurança utilizadas tanto para o paciente como para o coletor;

- Registro do intervalo médio de tempo entre a coleta e envio de amostras ao laboratório;
- Registro da realização da coleta e arquivamento do comprovante assinado pelo responsável pelo RN;
- Registro da entrega de resultados e arquivamento do comprovante ao responsável pelo RN;
- Registro do intervalo médio de tempo entre a coleta e entrega/retirada dos resultados às famílias;
- Fluxo de busca ativa de reconvocados;
- Registro das ações de busca ativa dos casos reconvocados, assim como do intervalo de tempo entre a data da reconvocação e comparecimento para nova coleta;
- Registro das rotinas de armazenamento, manipulação e dejeto de materiais orgânicos, que devem seguir às normas vigentes.

B - SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM TRIAGEM NEONATAL / ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO DE DOENÇAS CONGÊNITAS

As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal devem cadastrar (pelo menos um) Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas para a cobertura e acesso de sua população à realização da triagem neonatal, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos pacientes triados.

1 - Cadastramento

1.1 - Planejamento/Distribuição de Serviços

As Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal deverão, em conformidade com o quantitativo de nascidos vivos do estado e respeitados os critérios técnicos, as garantias de adequado fluxo operacional do Serviço e adequada relação custo-benefício, estabelecer um planejamento de distribuição regional dos Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas de maneira a facilitar o acesso dos usuários e a cobertura assistencial.

1.2 - Processo de Cadastramento

1.2.1 - A abertura de qualquer Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas deverá ser precedida de consulta ao Gestor do SUS - Secretaria de Saúde do estado, do Distrito Federal ou do município em Gestão Plena do Sistema Municipal, sobre as normas vigentes, a necessidade de sua criação, o planejamento/distribuição regional e a possibilidade de cadastramento, sem a qual o SUS não se obriga ao cadastramento. Cabe à Secretaria Estadual de Saúde, conforme já enunciado, o planejamento da rede e a definição do quantitativo de Serviços necessários de acordo com os critérios estabelecidos por esta Portaria;

1.2.2 - Uma vez confirmada a necessidade do cadastramento e conduzido o processo de seleção de prestadores de serviços pelo Gestor do SUS, o processo de cadastramento deverá ser formalizado pela Secretaria de Saúde do estado, do Distrito Federal ou do município em Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades estabelecida na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/2001;

1.2.3 - O Processo de Cadastramento deverá ser instruído com:

a - Documentação comprobatória do cumprimento das exigências estabelecidas por esta Portaria;

b - Relatório de Vistoria - a vistoria deverá ser realizada "in loco" pela Secretaria de Saúde responsável pela formalização do Processo de Cadastramento que avaliará as condições de funcionamento do Serviço para fins de cadastramento: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas nesta Portaria;

c - Parecer Conclusivo do Gestor - manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao cadastramento. No caso de Processo formalizado por Secretaria Municipal de município em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, deverá constar, além do parecer do gestor local, o parecer do gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração do novo Serviço à rede de referência estadual e a definição da relação do Serviço cadastrado com a rede de coleta.

1.2.4 - Uma vez emitido o parecer a respeito do cadastramento, pelo(s) Gestor(es) do SUS, e se o mesmo for favorável, o Processo deverá ser encaminhado ao Ministério da Saúde / SAS, para análise;

1.2.5 - O Ministério da Saúde / SAS avaliará o Processo de Cadastramento e determinará a realização de vistoria "in loco" do Serviço pelo Grupo Técnico de Assessoramento em Triagem Neonatal. Uma vez aprovado o cadastramento, a Secretaria de Assistência à Saúde tomará as providências necessárias à sua publicação.

2 - Exigências para Cadastramento de Serviços de Referência em Triagem Neonatal / Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas

2.1 - Exigências Gerais

2.1.1 - Características Gerais

Os Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas são destinados à operacionalização, execução e controle do Programa Nacional de Triagem Neonatal, na sua área de abrangência. Estes serviços são

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

responsáveis pelo cumprimento de todo o processo referente à triagem neonatal, desde a coleta, realização dos exames, busca ativa, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos positivos detectados, conforme definido no PNTN e portanto devem englobar:

- Rede de Coleta - composta pelos Postos de Coleta dos municípios/estado. A rede deve ser organizada pela Secretaria Estadual de Saúde, que vinculará, conforme estabelecido nesta Portaria, os Postos ao respectivo Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas. O Serviço de Referência e seu laboratório deverão ter, formalmente estabelecida, a relação nominal (por município) dos Postos de Coleta a eles vinculados e ter rotinas estabelecidas de envio de material para coleta para estes Postos (lancetas, papel filtro), recepção das amostras e reconvocação de pacientes.

- Laboratório Especializado em Triagem Neonatal - Laboratório/Biologia Molecular (conforme estabelecido no Subitem 2.2.1 e 2.2.2 deste Anexo);

- Ambulatório Multidisciplinar Especializado (conforme estabelecido no Subitem 2.2.3 deste Anexo);

- Sistema de Registro de Informações Automatizado (conforme estabelecido no Subitem 2.2.4 deste Anexo)

- Rede Assistencial Complementar (conforme estabelecido no subitem 2.2.5 deste Anexo);

Os Serviços de Referência deverão ser organizados a fim de atender a totalidade dos recém-nascidos vivos de sua respectiva área de abrangência.

2.1.2 - Tipos de Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas

Os Serviços de Referência em Triagem Neonatal serão classificados de acordo com sua capacidade operacional no que diz respeito ao acompanhamento e tratamento das doenças congênitas estabelecidas nas Fases de Implantação do Programa e com os exames que são capazes de realizar - capacidade técnica do laboratório especializado - próprio ou terceirizado, em:

- Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas Tipo I - Unidade que disponha de equipe multiprofissional especializada nos atendimentos ao recém-nascido triado para fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito. A realização dos exames de triagem e confirmação diagnóstica deverão ser realizados em laboratório especializado, próprio ou terceirizado, apto à realização destes exames e em conformidade com estabelecido neste Anexo.

- Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas Tipo II - Unidade que disponha de equipe multiprofissional especializada nos atendimentos ao recém-nascido triado para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias. A realização dos exames de triagem e confirmação diagnóstica deverão ser realizados em laboratório especializado, próprio ou terceirizado, apto à realização destes exames e em conformidade com estabelecido neste Anexo. Deve-se atentar para o fato que o laboratório deve ser apto a realizar exames confirmatórios para as doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, por biologia molecular.

- Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas Tipo III - Unidade que disponha de equipe multiprofissional especializada nos atendimentos ao recém-nascido triado para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias e fibrose cística. A realização dos exames de triagem e confirmação diagnóstica deverão ser realizados em laboratório especializado, próprio ou terceirizado, apto à realização destes exames e em conformidade com estabelecido neste Anexo. Deve-se atentar para o fato que o laboratório deve ser apto a realizar exames confirmatórios para as doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística, por biologia molecular.

Obs.: Somente poderão cadastrar Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas de tipo I, II ou III aqueles estados que estiverem habilitados, respectivamente, nas Fases I, II ou III de Implantação do Programa.

2.1.3 - Manutenção do Cadastro e Descadastramento

Para manutenção do cadastramento, os Serviços de Referência deverão, além de cumprir as normas estabelecidas pela presente Portaria, enviar à Secretaria de Assistência à Saúde/MS, até o dia 15 do mês subseqüente a cada mês de competência, os relatórios de acompanhamento do Programa, especificados no Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do PNTN . Se o Serviço não enviar, no prazo estipulado e por 03 (três) meses consecutivos, estes relatórios, a Secretaria de Assistência à Saúde descadastrará o Serviço faltoso.

O descadastramento também poderá ocorrer se, após avaliação de funcionamento do Serviço por meio de auditorias periódicas (MS/SMS/SES) o Serviço de Referência deixar de cumprir qualquer um dos critérios estabelecidos nesta Portaria.

2.2 - Exigências Específicas

Além das exigência gerais, o Serviço de Referência deverá cumprir com as seguintes exigências específicas:

2.2.1 - Laboratório Especializado em Triagem Neonatal

O Serviço de Referência deverá dispor, próprio ou terceirizado, de um Laboratório Especializado em Triagem Neonatal.

No caso de laboratório terceirizado, o Serviço de Referência deverá apresentar cópia de contrato/convênio celebrado com o laboratório em que fiquem claramente estabelecidas as garantias de realização de todos os exames preconizados na Fase de Implantação em que o estado esteja habilitado e o fiel cumprimento de todas as normas e critérios estabelecidos pela presente Portaria.

Serviço de Referência Tipo I - o laboratório deverá cumprir as exigências de funcionamento e cadastramento estabelecidas nesta Portaria, inserir-se no Programa Nacional de Triagem Neonatal cumprindo suas atribuições/obrigações e ser capaz de realizar exames de triagem e confirmação diagnóstica para fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito.

Serviço de Referência Tipo II - o laboratório deverá cumprir as exigências de funcionamento e cadastramento estabelecidas nesta Portaria, inserir-se no Programa Nacional de Triagem Neonatal cumprindo suas atribuições/obrigações e ser capaz de realizar exames de triagem e confirmação diagnóstica para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias. Deverá ser apto a realizar, por biologia molecular, os exames confirmatórios das doenças falciformes e outras hemoglobinopatias.

Serviço de Referência Tipo III - o laboratório deverá cumprir as exigências de funcionamento e cadastramento estabelecidas nesta Portaria, inserir-se no Programa Nacional de Triagem Neonatal cumprindo suas atribuições/obrigações e ser capaz de realizar exames de triagem e confirmação diagnóstica para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística. Deverá ser apto a realizar, por biologia molecular, os exames confirmatórios das doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística.

Obs.:

1 - Se o Serviço de Referência não dispuser de Laboratório próprio, poderá contratar/conveniar a realização dos exames necessários de um laboratório terceirizado. A escolha deste laboratório, dentro ou fora do estado, deverá recair sobre aquele laboratório que se enquadre e cumpra com as exigências estabelecidas nesta Portaria.

2 - Na hipótese de laboratório próprio do Serviço de Referência ou de laboratório terceirizado não serem capazes de realizar exames por biologia molecular, poderá ser contratado/conveniado outro laboratório para realizar estes exames.

Em qualquer hipótese, o laboratório deverá apresentar Licença de Funcionamento emitida pela Coordenadoria de Fiscalização Sanitária da Secretaria de Saúde do estado ou DF, que poderá ser revogada, a qualquer momento, em caso de descumprimento das normas estabelecidas por esta Portaria. Igualmente, o Laboratório deverá ter/apresentar certificação de Controle de Qualidade Internacional em Triagem Neonatal, devidamente atualizado.

2.2.1.1 - Características do Laboratório Especializado

O laboratório especializado em Triagem Neonatal tem características próprias que o distinguem de um laboratório de Análises Clínicas tradicional:

GERAIS:

- nele se analisam grandes quantidades de amostras para um mesmo parâmetro, enquanto num laboratório de análises clínicas, se analisam menor quantidade de amostras para uma variedade de parâmetros;

- além disso, tendo em vista a característica populacional da triagem e as variações normalmente encontradas em ensaios consecutivos realizados em dias diferentes, é importante que a rotina do laboratório de triagem, manuseie um número mínimo diário de amostras em cada técnica utilizada, para haver coerência e uniformidade dos resultados individuais e populacionais;

- laboratórios de triagem neonatal utilizam amostras de sangue obtidas por meio de punção no calcanhar, impregnadas em papel filtro padronizado, especialmente desenvolvidos para este fim. Estas amostras são de fácil transporte através do correio, de fácil armazenagem e podem ser analisadas por uma grande variedade de técnicas.

ESPECÍFICAS:

- deve possuir manual técnico em que todos os procedimentos estejam descritos pormenorizadamente;

- todos os procedimentos devem ser objeto de Controle periódico de Qualidade Interno;

- realizar análise laboratorial para todos os ensaios ao menos 05 (cinco) vezes por semana, visando o devido domínio técnico;

- ter equipe técnica treinada com capacitação específica para análise de amostras em sangue seco;

- utilizar técnicas adequadas e de recomendação internacional em Triagem Neonatal;

- ser responsável pela distribuição de lancetas e papel filtro padronizado (PNTN), de maneira a não haver solução de continuidade na rede de coleta. Se for próprio do Serviço de Referência, o laboratório enviará o material citado diretamente aos Postos de Coleta.

No caso de laboratório terceirizado, deverá fornecer o material ao Serviço de Referência contratante, que se responsabilizará pela distribuição aos Postos.

2.2.1.2 - Instalações Físicas

A área física do laboratório deverá se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que venham a substituí-los ou complementar, a saber:

- Portaria GM/MS nº 1884, de 11 de novembro de 1994 - Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde;

- Resolução nº 05, de 05 de agosto de 1993, do CONAMA - Conselho Nacional de Meio Ambiente.

A área física deve ser adequada, permitindo que os exames sejam desenvolvidos com organização e segurança e ser convenientemente, iluminada e ventilada.

A temperatura ambiente deve ser adequada para a realização dos testes que exigem uma temperatura específica. Deve ainda ser permanentemente monitorada para assegurar que está dentro da faixa aceitável.

A energia elétrica deve ser adequada e suficiente para os equipamentos em uso.

Para o preparo de reagentes é necessário a utilização de água purificada por método de reconhecida eficiência.

O laboratório deve estar de acordo com os códigos de biossegurança, incluindo provisões para o manuseio seguro de amostras de sangue, reagentes e despejo correto do lixo.

Área de Apoio - esta área deverá ser composta por, no mínimo, as seguintes instalações:

- Sala de espera e recepção para recebimento e entrega de resultados;

- Área de apoio administrativo;

- Área de seleção e encaminhamento de amostras;

- Área refrigerada adequada para guarda de material e armazenamento de amostras.

Área técnica isolada da área de apoio

- Sala para o desenvolvimento de atividades laboratoriais, compatível com o número de exames em rotina.

2.2.1.3 - Recursos Humanos

A equipe enumerada a seguir se constitui na equipe mínima capaz para realização de testes em 100.000 amostras/ano. Esta equipe deve ser modificada para ser compatível com o número de exames realizados pelo laboratório.

- 01 (um) responsável técnico: médico/biomédico/bioquímico, devidamente habilitado, com experiência mínima de dois anos em triagem neonatal, declarada e comprovada por ele. É o responsável, em última instância, pelos resultados de todos os exames realizados em seu laboratório;

- 02 (dois) técnicos de nível superior: biomédico/bioquímico/biólogo, com treinamento específico e orientação na área de triagem, tanto em relação à execução das técnicas laboratoriais, como em relação à interpretação dos resultados, controles de qualidade e finalidades dos diferentes exames;

- 01 (um) supervisor técnico, quando houver três ou mais técnicos de nível superior, que será responsável pela supervisão direta dos demais técnicos e que, juntamente com o responsável técnico, participará das demais tarefas de organização do laboratório;

- 02 (dois) técnicos de nível médio com habilitação comprovada, com treinamento específico na área de triagem neonatal;

- 02 (dois) profissionais de nível médio para área administrativa, devendo um deles estar capacitado a realizar as funções descritas em Recursos Humanos do Sistema de Registro e Informações Automatizado;

- 01 (um) profissional de apoio em serviços gerais, com primeiro grau completo, treinado.

2.2.1.4 - Materiais e Equipamentos

Os materiais e equipamentos técnicos deverão ser selecionados de acordo com as metodologias escolhidas entre as reconhecidas e disponíveis no mercado nacional/internacional e referendadas nos programas de Controle de Qualidade Internacionais para Triagem Neonatal. Os fornecedores escolhidos deverão se responsabilizar, por meio de contratos, por manter estoques de segurança correspondentes, no mínimo, a 01 (um) mês de atividade, para suprir eventuais problemas com importação.

Os equipamentos técnicos deverão ser automatizados ou semi-automatizados.

O laboratório deve possuir:

- todos os equipamentos necessários em perfeito estado de conservação para assegurar a qualidade dos exames que realiza;

- programa de controle de qualidade de desempenho dos equipamentos, assim como de manutenção dos mesmos.

- todos os kits e reagentes necessários para as metodologias em uso, devendo ser armazenados em quantidade suficiente para a sua rotina e utilizados de acordo com as instruções do fabricante.

As informações sobre todos os reagentes e Kits utilizados devem ser convenientemente protocoladas. Estas informações compreendem:

- produtos adquiridos comercialmente: o nome do fabricante, do lote, data de validade, data de aquisição, condições de armazenamento e outras informações consideradas pertinentes para o produto em questão;

- reagentes preparados no laboratório: data do preparo, nome do técnico que preparou, condições de armazenamento e outras informações consideradas pertinentes para o reagente em questão.

2.2.1.5 - Laudos

Os laudos dos exames devem ser claros e conter informações sobre o método empregado para cada exame, com a assinatura ou chancela eletrônica do Responsável Técnico e acompanhado de observações, quando necessário, que os tornem mais compreensíveis.

Os resultados das dosagens de Fenilalanina e T4neo/TSHneo devem ser quantitativos.

Se HPLC for a metodologia escolhida para triagem de doenças falciformes e hemoglobinopatias, os casos alterados nesta metodologia, deverão ser confirmados por Focalização Isoelétrica e ser igualmente reportados.

2.2.1.6 - Rotinas de Funcionamento e Atendimento

O laboratório deve possuir Rotinas de Funcionamento escritas, atualizadas a cada 04 (quatro) anos e assinadas pelo Responsável técnico pelo Laboratório de Referência em Triagem Neonatal, contemplando, no mínimo, os seguintes itens:

- Horário de funcionamento;

- Identificação do responsável técnico (ou substituto) presente durante todo o intervalo de funcionamento do laboratório;

- Registro da(s) data(s) de treinamento(s) de todos os seus funcionários;

- Fluxo de atividades no laboratório: do recebimento da amostra até o envio de resultados;

-Descrição de cada uma das atividades;

- Registro do intervalo médio de tempo entre o recebimento da amostra e liberação de resultados.

2.2.1.7 - Relatórios de Acompanhamento

Os Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas deverão enviar à Secretaria de Assistência à Saúde, até o dia 15 do mês subseqüente a cada mês de referência, relatório de acompanhamento do laboratório (próprio ou terceirizado), contendo no mínimo:

- Número de amostras analisadas para cada uma das patologias triadas;

- Número de casos suspeitos detectados para cada uma das patologias triadas;
- Número de casos positivos confirmados para cada uma das patologias triadas;
- Dados de identificação e resultados dos casos positivos detectados, para inclusão no Banco de Dados - PNTN/MS.

2.2.2 - Laboratório - Biologia Molecular

Os Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas de Tipo II e III deverão contar com Laboratório apto a realizar os testes de detecção de mutações de doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística. Este Laboratório poderá ser próprio do Serviço de Referência, do Laboratório Especializado em Triagem Neonatal terceirizado ou ainda um outro laboratório contratado/conveniado especificamente para realizar os testes de biologia molecular. Em qualquer destas hipóteses, o laboratório de biologia molecular deverá cumprir todas as especificações já descritas para Laboratório Especializado em Triagem Neonatal e as seguintes especificações adicionais:

- Responsável Técnico:

O responsável técnico pelo laboratório de biologia molecular deverá estar devidamente habilitado nesta área.

- Área Física:

Para os procedimentos de biologia molecular, deve haver três áreas bem definidas, aqui designadas como áreas 1, 2 e 3, distribuídas em pelo menos duas salas. As áreas 1 e 2 podem ser combinadas em uma única sala. Cada área deve ter seu equipamento adequado e exclusivo. A utilização de luvas é sempre necessária.

Fluxo reagentes/amostras deve ser: área 1 » área 2 » área 3.

Área 1: é destinada aos procedimentos que envolvam preparo de reagentes ("pré-mix"). Nesta área deve haver os materiais e equipamentos necessários para a atividade. Recomenda-se que nesta área haja fluxo laminar com luz ultra-violeta e que as soluções sejam mantidas em congelador próprio. Recomenda-se restrição ao tráfego de pessoas e utilização de aventais exclusivos.

Área 2: é destinada à extração de DNA e adição do DNA à reação de PCR. Deve ser mantida limpa, com o uso de reagentes químicos (p.ex., HCl 1N) e/ou de luz ultravioleta (UV). Nesta área também deve haver os materiais e equipamentos necessários para a atividade. Recomenda-se restrição ao tráfego de pessoas e utilização de aventais exclusivos.

Área 3: é destinada aos procedimentos de amplificação e pós-amplificação. É a única sala em que se deve manipular o produto amplificado. Procedimentos químicos (p.ex., HCl 1N) e/ou utilização de luz ultra-violeta (UV), podem ser utilizados para inativar produtos amplificados. O termociclador pode ser mantido nesta área, ou numa outra área diferente das áreas 1 e 2.

- Reagentes:

O laboratório de biologia molecular deve possuir todos os reagentes necessários para as metodologias em uso, devendo ser armazenados e utilizados de acordo com as instruções do fabricante.

As informações sobre todos os reagentes utilizados devem ser convenientemente protocoladas. Estas informações compreendem: em caso de produtos adquiridos comercialmente, o nome do fabricante, do lote, a data de validade, a data de aquisição, condições de armazenamento e outras informações consideradas pertinentes para o produto em questão; em caso de reagentes preparados no laboratório: data do preparo, nome do técnico que preparou o reagente, condições de armazenamento e outras informações consideradas pertinentes para o reagente em questão.

- Amostras:

No caso do material ser colhido no Serviço de Referência, a amostra deve ser encaminhada ao laboratório de biologia molecular com a indicação do anti-coagulante utilizado (se for o caso), do nome da pessoa responsável pela coleta e identificação da amostra, assim como data e hora da coleta.

2.2.3 - Ambulatório Multidisciplinar Especializado:

Os Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas deverão contar, em suas próprias instalações, com Ambulatório Multidisciplinar Especializado.

Serviço de Referência Tipo I - Ambulatório Multidisciplinar Especializado capaz de realizar a orientação familiar, o acompanhamento e tratamento dos pacientes triados em fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito. Deverá contar, adicionalmente, com uma rede de serviços complementares.

Serviço de Referência Tipo II - Ambulatório Multidisciplinar Especializado capaz de realizar a orientação familiar, o acompanhamento e tratamento dos pacientes triados em fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias. Deverá contar, adicionalmente, com uma rede de serviços complementares. No caso das doenças falciformes e outras hemoglobinopatias poderá manter um acordo operacional com outros serviços (como Hemocentros, por exemplo) para o acompanhamento/tratamento destas doenças.

Serviço de Referência Tipo III- Ambulatório Multidisciplinar Especializado capaz de realizar a orientação familiar, o acompanhamento e tratamento dos pacientes triados em fenilcetonúria, hipotireodismo congênito, doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística. Deverá contar, adicionalmente, com uma rede de serviços complementares. No caso das doenças falciformes e outras hemoglobinopataias poderá manter um acordo operacional com outros serviços (como Hemocentros, por exemplo) para o acompanhamento/tratamento destas doenças. Esta mesma situação é válida para a fibrose cística.

Após confirmação diagnóstica, conforme descrito nos protocolos e diretrizes terapêuticas para tratamento das doenças, todos os pacientes triados no PNTN deverão ser prontamente atendidos por equipe multidisciplinar do Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas.

2.2.3.1 - Instalações Físicas:

O Ambulatório Multidisciplinar deve contar, no mínimo, com o seguinte:

- Sala de espera e recepção;
- Sala de consultas;
- Sala de reuniões para integração da equipe multidisciplinar com a equipe do laboratório.

2.2.3.2 - Recursos Humanos

Deverá ser composto por uma equipe multidisciplinar mínima que contenha:

- 01 (um) médico pediatra;
- 01 (um) médico endocrinologista ou endocrinologista pediátrico;
- 01 (um) nutricionista;
- 01 (um) psicólogo;
- 01 (um) assistente social.

Observação: Um dos profissionais da equipe, preferencialmente um profissional médico, deverá ter recebido uma capacitação técnica em "Aconselhamento Genético específico para Triagem Neonatal" em um serviço reconhecido de Genética Médica.

2.2.3.3 - Materiais e Equipamentos

- Balcão para recepção;
- Cadeiras para a espera;
- Escrivaninha e cadeiras para o(s) consultório(s);
- Mesa de exames;
- Duas balanças: uma para bebê (capacidade até 15 Kg), e outra para pacientes maiores (com medida de estatura acoplada);
- Uma régua para medir estatura de bebês;
- Fita métrica;
- Estetoscópio;
- Material necessário para realização de testes psicométricos.

2.2.3.4 - Rotinas de funcionamento e atendimento:

O Ambulatório deve ter Rotinas de Funcionamento e Atendimento escritas. Sugere-se como horário para os profissionais, inicialmente, um turno dos dias úteis para cada profissional da equipe, com facilidades para sobreaviso caso haja urgência de atendimento para algum caso suspeito. Além disso, um turno específico por semana para reuniões da equipe multidisciplinar. Conforme aumento dos casos detectados, extensão do período de atendimento para novos turnos.

Quando algum caso suspeito é detectado no laboratório, o mesmo deverá imediatamente acionar a Busca Ativa do Serviço de Referência.

- Fenilcetonúria

Os pacientes com fenilcetonúria terão o primeiro Acompanhamento Multidisciplinar em Triagem Neonatal (AMTN) com: médico pediatra, nutricionista, psicólogo e assistente social. Receberão orientação sobre o diagnóstico, terapêutica, orientação nutricional e aconselhamento genético específico para a patologia quanto ao risco de recorrência. A continuidade do atendimento seguirá o protocolo e diretrizes terapêuticas para tratamento da fenilcetonúria.

- Hipotireoidismo Congênito

Os pacientes com hipotireoidismo congênito terão o primeiro Acompanhamento Multidisciplinar em Triagem Neonatal (AMTN) com: médico endocrinologista, psicólogo e assistente social. Receberão orientação sobre o diagnóstico, terapêutica e aconselhamento genético específico para a patologia quanto ao risco de recorrência, quando necessário. A continuidade do atendimento seguirá o protocolo e diretrizes terapêuticas para tratamento do hipotireoidismo congênito.

- Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias

Os pacientes com doenças falciformes e outras hemoglobinopatias terão o primeiro Acompanhamento Multidisciplinar em Triagem Neonatal (AMTN) com: médico pediatra, psicólogo e assistente social. Receberão orientação sobre o diagnóstico, terapêutica e aconselhamento genético específico para a patologia quanto ao risco de recorrência. A continuidade do atendimento seguirá o protocolo e diretrizes terapêuticas para tratamento das doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, no Serviço de Referência em Triagem Neonatal ou em outro serviço (Hemocentro, por exemplo), conforme acordo operacional.

- Fibrose Cística

Os pacientes com fibrose cística terão o primeiro Acompanhamento Multidisciplinar em Triagem Neonatal (AMTN) com: médico pediatra, psicólogo e assistente social. Receberão orientação sobre o diagnóstico, terapêutica e aconselhamento genético específico para a patologia quanto ao risco de recorrência. A continuidade do atendimento seguirá o protocolo e diretrizes terapêuticas para tratamento da fibrose cística, no Serviço de Referência em Triagem Neonatal ou em outro serviço, conforme acordo operacional.

2.2.4 - Sistema de Registro e Informações Automatizado

2.2.4.1 - Descrição Geral

O Serviço de Referência - Tipo I, II ou III, deverá manter registro e controle dos trabalhos e dos resultados, incluindo as amostras, folhas de leitura/documentação originais, por um período de no mínimo 05 (cinco) anos. Para isto deverá dispor de um sistema informatizado de controle de todas as atividades do Serviço, dando agilidade aos procedimentos, rastreabilidade das informações, e segurança na transcrição e emissão de laudos automáticos. Além disso deverá dispor de facilidades de comunicação de dados para troca de informações.

Registro de Pacientes - O Serviço deve possuir um prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico.

2.2.4.2- Funcionamento

Funcionalmente o Sistema de Registro e Informações deverá:

- Identificar univocamente cada amostra recebida (PNTN/MS), com a data de recebimento, origem, e os resultados finais, permitindo sua rastreabilidade;
- Fazer o encaminhamento ordenado das amostras ao laboratório, de forma a manter relação com a identificação original;
- Registrar de forma segura e unívoca os resultados dos testes de cada amostra, registrando através de senhas, o responsável técnico pela liberação dos mesmos;
- Identificar automaticamente os casos que deverão ser reconvocados;
- Receber do laboratório e disponibilizar automaticamente os resultados dos exames realizados, de forma a evitar erros de transcrição;
- Exigir do laboratório que disponibilize rapidamente os resultados, no máximo em 5 dias úteis após o recebimento da amostra, remetendo-os à rede de coleta de forma segura e auditável;
- Receber do laboratório e emitir os resultados por computador em formulários impressos e/ou Internet, devendo constar no mínimo de:

§Resultados individuais para serem entregues aos responsáveis pelo Recém - Nascido;

§Relação de exames processados, para cada remessa feita pelo Posto de Coleta, com os resultados obtidos;

§Relação de amostras que devem ser colhidas novamente, para cada remessa feita pelo Posto de Coleta;

- Manter mecanismos de controle quantitativo e qualitativo do retorno dos casos reconvocados e devolvidos como inadequados da rede de coleta, até o diagnóstico final;
- Manter atualizado os Cadastros de Casos Positivos de cada uma das patologias detectadas, montando um prontuário para cada paciente;
- Fazer a interface com os demais serviços complementares em termos de solicitação de exames, consultas, procedimentos e resultados de exames específicos para os pacientes positivos, fornecendo e recebendo as informações necessárias ao atendimento;
- Manter os arquivos de dados dos exames realizados, para efeito de rastreamento e estatísticas, pelo período mínimo de 05 (cinco) anos;
- Facilitar a comunicação de dados, sugerindo-se a conexão das estações de trabalho em rede local, para compartilhamento de programas e dados; e conexão à Internet por transmissão de banda larga (modem de alta velocidade, cable, DSL, etc.);
- Manter procedimentos especiais de segurança, devendo para tanto, manter no local, cópias diárias de segurança dos arquivos e programas instalados, e em armazenamento externo, cópias semanais dos mesmos arquivos e programas;
- Enviar, periodicamente, quaisquer dados solicitados pela SAS/MS, para composição do Banco de Dados de Triagem Neonatal;

2.2.4.3 - Equipamentos Básicos

Os equipamentos de informática deverão ser em número suficiente para prover agilidade à rotina, permitindo a liberação rápida de resultados. Tipicamente deverão ser microcomputadores conectados em rede a um servidor central. Assim sugere-se a seguinte composição:

- Um servidor central que armazenará os dados;
- Um servidor de reserva, de capacidade similar a do servidor principal, com imagem do disco do servidor central, de forma a poder assumir o processamento em 15 minutos após a falha do servidor principal;
-Estações de trabalho individuais, em número adequado, instaladas nos postos de trabalho do Serviço de Referência, como: Seleção de Amostras, Secretaria, Laboratório, Impressão e Remessa de Resultados, Atendimento de Reconvocados, Ambulatório e outros.

2.2.4.4 - Instalações Físicas

Os servidores de dados, principal e reserva, deverão ser instalados em local isolado, de acesso restrito, em ambiente com temperatura constante em torno de 25 graus centígrados e livre de poeira.

Todos os equipamentos deverão receber alimentação elétrica com tensão e freqüência constantes, sendo todos conectados a um circuito terra, comum e específico a todos eles.

Os servidores deverão ser alimentados por uma fonte de energia sem interrupção, com bateria de capacidade de 15 minutos após a falha de energia.

Todos os equipamentos de rede e servidores deverão ser adquiridos de boas fontes de fornecimento.

2.2.4.5 - Recursos Humanos

Para a operação dos sistemas e primeiro suporte em emergências, o Serviço de Referência deve contar com, no mínimo, um operador técnico de nível médio, capaz de:

- operar todas as rotinas do sistema;
- permitir e controlar o acesso dos usuários às rotinas e dados do sistema;
- diagnosticar falhas na rede, equipamentos e sistemas operativos, dando o primeiro atendimento em situações anormais;
- executar os procedimentos rotineiros de segurança.

2.2.5 - Rede Assistencial Complementar

Os Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas de Tipo I, II e III devem contar, segundo suas necessidades e de acordo com as doenças triadas/acompanhadas/tratadas relativas a seu Tipo e à Fase de Implantação do Programa em que o estado esteja habilitado, com uma rede assistencial complementar. Esta rede tem o objetivo de garantir o atendimento integral e integrado aos pacientes triados no Serviço de Referência e de garantir o acesso dos pacientes a procedimentos não disponíveis no Serviço de Referência.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300455

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

2.2.5.1 - Estruturação da Rede

Cabe à Secretaria de Saúde dos estados e do Distrito Federal articular, em conjunto com seu(s) respectivo(s) Serviço(s) de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas a rede assistencial complementar. A unidades hospitalares, ambulatoriais e laboratoriais, pertencentes à rede estadual e/ou municipal, deverão ser disponibilizadas pelos gestores locais do SUS.

Na estruturação da rede complementar, deverão ser considerados os seguintes aspectos:

- Qualidade, resolutividade dos serviços com capacidade instalada para atendimento da demanda esperada;

- Regionalização dos serviços, permitindo a facilidade de deslocamento dos pacientes ou envio das amostras.

Na eventual necessidade de constituir a rede complementar com serviços/hospitais de outro estado que não o daquele do Serviço de Referência, os gestores estaduais do SUS dos estados envolvidos deverão articular a relação entre o Serviço de Referência e o(s) serviço(s)/hospital(is) complementares.

- Formalização da Rede Assistencial Complementar - a relação entre o Serviço de Referência em Triagem Neonatal e as unidades integrantes da rede assistencial complementar deverá ser devidamente formalizada, em documento escrito e assinado pelas partes, com a interveniência do(s) respectivo(s) gestor(es) estadual(is) do SUS, onde fique mínima e claramente expresso o seguinte:

- tipo de assistência complementar a ser prestada;

- a concordância do serviço complementar em receber os pacientes referenciados pelo Serviço de Referência em Triagem Neonatal;

- declaração do serviço complementar de que prestará os serviços pelo SUS e que os mesmos não acarretarão ônus de qualquer espécie, ao paciente e/ou a seus familiares;

2.2.5.2 - Composição da Rede

A rede deverá prover acesso, conforme a necessidade do Serviço de Referência em Triagem Neonatal, em uma unidade ou mais aos seguintes serviços:

- Serviço Ambulatorial Especializado em Doenças Falciformes (DF) e Hemoglobinopatias (Hbpatias):

O Serviço deverá dispor de uma equipe mínima composta de um hematologista pediátrico e um hematologista de adulto, ambos com título de especialista.

- Serviço Ambulatorial Especializado em Fibrose Cística (FC):

O Serviço deverá dispor de uma equipe mínima composta de um pneumologista pediátrico e um pneumologista de adulto, ambos com título de especialista além de um fisioterapeuta e serviço de radiologia.

- Rede Hospitalar de retaguarda credenciada para o atendimento emergencial, internamento e UTI para pacientes portadores de Doenças Falciformes, Hemoglobinopatias e Fibrose Cística - O Hospital de referência deverá ser um Hospital Geral/Especializado, com UTI infantil e de adulto, serviço de emergência e internação.

Anexo XXV

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR EM PSIQUIATRIA NO SUS (Origem: PRT MS/GM 251/2002, Anexo 1)

1. DIRETRIZES:

2. NORMAS PARA O ATENDIMENTO HOSPITALAR

2.1 Entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação.

2.2 - Determinações gerais:

2.2.1. o hospital deve articular-se com a rede comunitária de saúde mental, estando a porta-de-entrada do sistema de internação situada no serviço territorial de referência para o hospital;

2.2.2.está proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes);

2.2.3.deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados;

2.2.4.deve haver registro adequado, em prontuário único, dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos nos pacientes, ficando garantida, no mínimo, a seguinte periodicidade:

2.3 - Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

a) avaliação médico-psicológica e social;

b) garantia do atendimento diário ao paciente por, no mínimo, um membro da equipe multiprofissional, de acordo com o projeto terapêutico individual;

c) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);

d) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);

e) preparação do paciente para a alta hospitalar, garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em serviço territorial com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), e para residência terapêutica quando indicado, sempre com o objetivo de promover a reintegração social e familiar do paciente e visando prevenir a ocorrência de outras internações;

f) essas atividades deverão constituir o projeto terapêutico da instituição, definido como o conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta. Inclui o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica da clientela, e compatibiliza a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família. Envolve, ainda, a existência de um sistema de referência e contra-referência que permite o encaminhamento do paciente após a alta, para a continuidade do tratamento. Representa, enfim, a existência de uma filosofia que norteia e permeia todo o trabalho institucional, imprimindo qualidade à assistência prestada. O referido projeto deverá ser apresentado por escrito;

g) desenvolvimento de projeto terapêutico específico para pacientes de longa permanência - aqueles com mais de 01 (um) ano ininterrupto de internação. O projeto deve conter a preparação para o retorno à própria moradia ou a serviços residenciais terapêuticos, ou a outra forma de inserção domiciliar;

h) desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos para pacientes com deficiência física e mental grave e grande dependência;

i) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

2.4 Com vistas a garantir condições físicas adequadas ao atendimento da clientela psiquiátrica internada, deverão ser observados os parâmetros das Normas Específicas referentes à área de engenharia e arquitetura e vigilância sanitária em vigor, Portaria GM/MS N° 1884, de 11 de novembro de 1994, ou a que vier substituí-la, expedidas pelo Ministério da Saúde.

2.5 O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar 1 enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m2/leito e número de leitos igual a 1/50 do total do hospital, com camas "Fowler", oxigênio, aspirador de secreção, vaporizador, nebulizador e bandeja ou carro de parada, e ainda:

2.6 O hospital psiquiátrico especializado deverá ter sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40 m2, mais 20m2 para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

2.7 .Recursos Humanos

Os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com, no mínimo:

E ainda:

O psiquiatra plantonista poderá, também, compor uma das equipes básicas como psiquiatra assistente, desde que, além de seu horário de plantonista cumpra 15 horas semanais em, pelo menos três outros dias da semana.

A composição dos recursos humanos deve garantir a continuidade do quantitativo necessário em situações de férias, licenças e outros eventos.

Anexo XXVI

PROGRAMA NACIONAL DE QUALIDADE EM MAMOGRAFIA (PNQM) E PROGRAMA DE GARANTIA DE QUALIDADE (PGQ) - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Anexo 1)

PROGRAMA NACIONAL DE QUALIDADE EM MAMOGRAFIA - PNQM PROGRAMA DE GARANTIA DE QUALIDADE- PGQ			
Formulário de Avaliação			
Número do CNES do estabelecimento:			
ITEM	QUESTÃO	SIM	NÃO
1	O serviço possui um Programa de Garantia da Qualidade (PGQ).		
2	O PGQ contempla ações que envolvam a gestão da estrutura, do processo e dos resultados.		
3	Os objetivos e as atividades do PGQ são divulgados aos profissionais do serviço.		
4	Há um representante da administração formalmente designado com autoridade e responsabilidade para assegurar que as ações relativas ao PGQ sejam estabelecidas e mantidas.		
5	O PGQ está descrito em um manual ou em documento equivalente.		
6	O desempenho do PGQ é avaliado periodicamente pelos responsáveis.		
7	A avaliação do desempenho do PGQ é documentada.		
8	O serviço tem procedimentos de auditorias internas para verificar se o PGQ está conforme os requisitos estabelecidos.		
9	Existem relatórios de auditoria interna da qualidade indicando as não conformidades encontradas.		
10	Existem registros da implementação das ações corretivas recomendadas nos relatórios de auditoria interna.		
11	Os profissionais do serviço são capacitados para executar adequadamente as tarefas a eles designadas.		
12	São mantidos registros dessas capacitações.		
13	O serviço toma as medidas necessárias para assegurar que nenhum paciente seja submetido a uma exposição médica sem que seja solicitada por um médico.		
14	Existem mecanismos para garantir que as doses administradas nos pacientes em decorrência dos exames sejam as menores possíveis, conforme os níveis de referência estabelecidos na normatização vigente.		
15	Existe registro das medidas preventivas adotadas pelo serviço para evitar falhas no processo de trabalho.		
16	Existe registro das medidas corretivas adotadas pelo serviço quando identificadas falhas nos processos de trabalho.		
17	Os profissionais são informados quando da ocorrência de erros relacionados ao desempenho incorreto de suas funções.		
18	O serviço possui Plano de Gerenciamento de Tecnologias implantado.		
19	Existe um programa documentado de manutenção preventiva dos equipamentos.		
20	Existe um programa documentado de manutenção corretiva dos equipamentos.		
21	Existe um programa documentado de limpeza dos equipamentos.		
22	Existem mecanismos para garantir a adequação da calibração e das condições de operação dos instrumentos de monitoração e de dosimetria do feixe.		
23	O responsável pelo serviço participa do processo de compra dos produtos e insumos utilizados.		
24	Existem especificações de compras de produtos e insumos definindo claramente os requisitos a serem atendidos pelo fornecedor.		
25	O serviço notifica os eventos adversos relacionados ao uso dos equipamentos aos órgãos competentes.		
26	O serviço executa os testes de desempenho dos equipamentos periodicamente (Controle de Qualidade - CQ).		

Anexo XXVII

TESTES DE CONTROLE DE QUALIDADE (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Anexo 2)

Seção 1 - Dados Pessoais

1. Nome completo (insira aqui o seu nome completo)

2. Endereço eletrônico (insira aqui o seu e-mail. Ex: ciclano@provedor.com)

3. Telefones (insira aqui o(s) seu(s) telefones)

4. Instituição (nome da instituição em que você trabalha)

Seção 2 - Dados Profissionais

5. Vínculo com a vigilância sanitária

Seção 3 - Informações Gerais

6. Razão social do estabelecimento

7. Nome fantasia do estabelecimento

8. CNPJ (digite o número do CNPJ com os caracteres)

9. Endereço

10. Número de inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

11. Atividade

12. Telefone

13. Responsável técnico

14. Quantos mamógrafos existem no serviço? (informe apenas números)

15. Data (data do preenchimento)

Seção 4 - Outros Dados

16. Qual é o número de série do mamógrafo?

17. O mamógrafo possui registro atualizado na Anvisa? Deve-se verificar se o equipamento estava com registro válido na Anvisa na data da sua compra. Não se aplica aos mamógrafos comprados antes de 2001.

18. O serviço apresentou os testes de aceitação do mamógrafo? Na aceitação do equipamento, devem ser realizados todos os testes pertinentes descritos na Portaria SVS/MS nº. 453/98. As medidas de atenuação da bandeja de compressão e do receptor de imagem são realizadas apenas na aceitação e, portanto, não devem ser exigidas periodicamente.

19. Como estão os resultados do levantamento radiométrico? O levantamento radiométrico deve ser realizado a cada quatro anos OU após a realização de modificações autorizadas OU quando houver mudança na carga de trabalho semanal ou nas características ou ocupação das áreas circunvizinhas.

20. O serviço enviou o relatório do Programa de Garantia de Qualidade?

21. Como estão os valores representativos de dose? Estas medidas devem ser realizadas a cada 2 (dois) anos.

22. Como está a exatidão do indicador de tensão do tubo (KVp)? Este teste deve ser realizado anualmente.

23. Como está a reprodutibilidade da tensão do tubo (KVp)? Recomenda-se a realização anual deste teste.

24. Como está a exatidão do tempo de exposição? Este teste deve ser realizado anualmente.

25. Como está a reprodutibilidade do tempo de exposição? Recomenda-se a realização anual deste teste.

26. Como está a reprodutibilidade da exposição (taxa de kerma no ar)? Este teste deve ser realizado anualmente.

27. Como está a medida da camada semi-redutora (CSR ou HVL, em inglês)? A medida da CSR deve ser realizada anualmente.

28. Como está a linearidade da taxa de kerma no ar com o mAs? Este teste deve ser realizado anualmente.

29. O mamógrafo possui sistema automático de exposição?

30. Como está a reprodutibilidade do sistema automático de exposição? Este teste deve ser realizado anualmente.

31. Como está o tamanho do ponto focal? Esta medida deve ser realizada anualmente.

32. Como está a integridade dos EPI? Essa avaliação deve ser realizada anualmente.

33. Como está a vedação da câmara escura? Este teste deve ser realizado anualmente.

34. Como está a exatidão do sistema de colimação? Este teste deve ser realizado semestralmente.

35. Como estão o contato tela-filme e a integridade das telas e chassis? Estes testes devem ser realizados semestralmente.

36. O mamógrafo possui grade antidifusora?

37. A luminância do(s) negatoscópio(s) está entre 3.000 e 3.500 nit? Essas medidas devem ser realizadas semestralmente.

38. O serviço apresentou o índice de rejeição de mamografias? Este índice deve ser apresentado semestralmente.

39. Qual é o percentual de mamografias rejeitadas? Ex: Se o percentual de mamografias rejeitadas for de 10%, digite 10.

40. A qualidade da imagem, avaliada no simulador, está adequada? Em cada equipamento de mamografia, deve ser realizada, mensalmente, uma avaliação da qualidade de imagem com um simulador mamográfico equivalente ao adotado pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR), e com registro válido junto à Anvisa.

41. O mamógrafo possui sistema automático de compressão? O sistema de compressão possibilita compressão apenas entre 11 e 18 kgf?

42. Como está a sensitometria do sistema de processamento? Este teste deve ser realizado diariamente.

Tabela auxiliar

Testes de Controle de Qualidade			
	Testes	Periodicidade	Tolerância
1	Dose de entrada na pele	Bienal	< 10 mGy (Grade)
2	Exatidão do indicador de tensão do tubo	Anual	2kV
3	Reprodutibilidade da tensão do tubo	Anual (recomendado)	10%
4	Exatidão do tempo de exposição	Anual	10%
5	Reprodutibilidade do tempo de exposição	Anual (recomendado)	10%
6	Reprodutibilidade da exposição (taxa de kerma no ar)	Anual	10%
7	Camada semirredutora	Anual	(kVp/100)<CSR<(kVp/100 + 0,1)
8	Linearidade da taxa de kerma com mAs	Anual	20%
9	Reprodutibilidade do sistema automático de exposição	Anual	10%
10	Tamanho do ponto focal	Anual	< 0,4 mm
11	Integridade dos acessórios e vestimentas (EPI)	Anual	Visual
12	Vedação da câmara escura	Anual	Visual
13	Exatidão do sistema de colimação	Semestral	2% DFF
14	Contato tela filme/integridade dos chassis	Semestral	Visual
15	Condições dos negatoscópios	Semestral	Entre 3.000 e 3.500 nit
16	Índice de rejeição de mamografias	Semestral	-
17	Imagem do simulador tipo ACR	Mensal	Fibra de 0,75 mm; massas de 0,75 mm e microcalcificações de 0,32mm
18	Força de compressão	Anual	entre 11 e 18 Kgf
19	Alinhamento da placa de compressão	Anual (recomendado)	Visual
20	Sensitometria	Diária	-
21	Transmissão do suporte receptor	Aceitação/Manutenção	< 1µGya 5 cm
22	Gerador trifásico ou alta frequência	Aceitação/Manutenção	-
23	Distância foco-pele	Aceitação/Manutenção	> 30 cm

Observação:

No caso dos equipamentos de mamografia digital (CR ou DR), aplicam-se todos os testes previstos na Portaria nº 453/SVS/MS, 1º de junho de 1998, exceto aqueles relacionados ao processamento da imagem. Lembramos que o serviço deve realizar todos os testes recomendados pelos fabricantes dos equipamentos, inclusive avaliação dos monitores utilizados nos laudos, quando houver.

Anexo XXVIII

DOS CRITÉRIOS DE QUALIDADE PARA A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS IMAGENS CLÍNICAS DAS MAMAS E DO LAUDO D (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Anexo 3)

DOS CRITÉRIOS DE QUALIDADE PARA A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS IMAGENS CLÍNICAS DAS MAMAS E DO LAUDO DAS MAMOGRAFIAS DO PNQM

Das Imagens Radiográficas

Os serviços de diagnóstico por imagem que realizam mamografia deverão atender aos seguintes requisitos de qualidade das imagens radiográficas:

I - nas imagens, devem constar:

a) a identificação do exame;

b) a identificação do serviço de diagnóstico por imagem;

c) o registro do paciente;

d) a data do exame;

e) a abreviatura da incidência radiográfica;

f) a lateralidade da mama;

II - cada uma das imagens que compõem o exame deve conter uma identificação legível, que não se sobreponha às estruturas anatômicas;

III - a identificação do exame deve ser feita por uma legenda posicionada nos quadrantes laterais da imagem, quando se tratar de uma incidência axial, e nos quadrantes superiores da imagem, quando se tratar de uma incidência lateral;

IV - a abreviatura da incidência radiográfica deve sempre estar acompanhada da indicação da lateralidade da mama representada pela letra E para a mama esquerda e pela letra D ou R E ou L para a mama direita, observadas as seguintes abreviaturas:

a) crânio-caudal: CC-D e CC-E;

b) médio-lateral oblíqua: MLO-D e MLO-E;

c) crânio-caudal exagerada: XCC-D e XCC-E

d) cleavage: CV-D e CV-E;

e) perfil ou médio-lateral: ML-D e ML-E;

f) perfil medial ou látero-medial: LM-D e LM-E;

g) caudo-cranial: RCC-D e RCC-E;

h) ampliação: AMP;

i) axila: AXI-D e AXI-E;

j) incidência com utilização da manobra de Eklund: EKL;

V - o exame deve ser composto por, no mínimo, duas incidências básicas de cada mama: a crânio-caudal e a médio-lateraloblíqua, observado o seguinte:

a) se as imagens forem analógicas, devem ser feitas em filmes separados;

b) se as imagens forem digitais, devem ser impressas em filme específico, sem redução, ou gravadas em meio magnético;

VI - a critério do médico interpretador do exame, devem ser realizadas incidências radiográficas complementares ou manobras, sempre que forem detectadas alterações nas incidências básicas que mereçam melhor avaliação;

VII - sempre que possível, nas mulheres com implantes mamários devem ser realizadas, para cada mama, as duas incidências básicas e duas incidências com a manobra de deslocamento posterior da prótese (manobra de Eklund), salvo quando impossível a manobra, caso em que fica recomendada a realização de incidências em perfil complementares bilaterais;

VIII - para a realização do exame, a mama deve ser comprimida com o objetivo de reduzir os efeitos de imagem causados pela sobreposição dos tecidos mamários, e não deve ser introduzido nenhum artefato de imagem originado durante a compressão da mama, inclusive dobra de tecido cutâneo;

IX - o nível de exposição da mama aos raios-X deve ser estabelecido, na rotina dos exames, pelo dispositivo de controle automático do mamógrafo, de modo que as imagens para interpretação apresentem uma escala de contraste que permita uma boa diferenciação das diversas densidades dos tecidos mamários;

X - os contornos das estruturas normais e patológicas da mama devem se apresentar na imagem radiográfica com perda mínima de definição, sem borramento;

XI - o ruído presente na imagem deve ser imperceptível, de modo a não dificultar a visualização das estruturas normais da mama, evitando a simulação de achados radiológicos inexistentes que simulem lesões;

XII - a imagem radiográfica deve estar livre de artefatos de qualquer origem; e

XIII - nas imagens digitais, deve haver:

a) visualização da linha da pele, dos ligamentos de Cooper e das estruturas vasculares nas áreas claras e escuras;

b) ausência de ruído perceptível nas áreas claras e escuras;

c) contraste suficiente nas áreas claras e escuras, com tecido glandular claro e área de fundo escura e sem saturação dos tons de cinza, tanto nas áreas claras como nas áreas escuras das imagens;

d) na incidência crânio-caudal, também devem-se observar os seguintes critérios:

1. as mamas devem estar simétricas, havendo boa visibilidade dos quadrantes mediais e laterais, sem favorecer um quadrante em detrimento do outro;

2. o músculo peitoral deve ser visto em cerca de 30% (trinta por cento) dos exames;

3. a gordura retromamária deve ser vista em todos os exames, demonstrando que a parte glandular da mama foi radiografada, as estruturas vasculares devem ser vistas em regiões de parênquima denso; e

4. a papila deve estar paralela ao filme e posicionada no raio de 12 (doze) horas; e

e) na incidência médio-lateral oblíqua, também devem-se observar os seguintes requisitos:

1. as mamas devem estar simétricas;

2. o músculo grande peitoral deve ser visto, no mínimo, até a altura da papila, com borda anterior convexa;

3. o sulco inframamário deve ser visto na borda inferior da imagem;

4. a gordura retromamária deve ser vista em todos os exames, demonstrando que a parte glandular da mama foi radiografada; e

5. a papila deve estar paralela ao filme, as estruturas vasculares devem ser vistas em regiões de parênquima denso e a mama não deve estar pêndula.

Do Laudo Radiográfico

Os serviços de diagnóstico por imagem que realizam mamografia devem atender aos critérios de qualidade para a leitura dos exames e a expedição dos laudos radiográficos, nos seguintes termos:

I a leitura dos exames em filmes fica reservada aos exames que não utilizam tecnologia digital e a leitura dos exames realizados em equipamentos com tecnologia digital deve ser feita, preferencialmente, em monitores específicos para interpretação das imagens das mamas; e

II o laudo radiográfico deve conter as seguintes informações:

a) identificação do serviço, da idade do examinado e data do exame;

b) se exame de rastreamento ou de diagnóstico;

c) número de filmes ou imagens;

d) padrão mamário;

e) achados radiográficos;

f) classificação BI-RADS®;

g) recomendação de conduta; e

h) nome e assinatura do médico interpretador do exame.

Anexo XXIX

INDICADORES PARA MONITORAMENTO DOS RESULTADOS REFERENTES À QUALIDADE DO EXAME MAMOGRÁFICO (Origem: PRT MS/GM 2898/2013, Anexo 4)

INDICADORES PARA MONITORAMENTO DOS RESULTADOS REFERENTES À QUALIDADE DO EXAME MAMOGRÁFICO

a) Percentual de mamografias de rastreamento positivas na população entre 50-69 anos.

Fórmula de cálculo:

Nº de mamografias de rastreamento (50-69 anos) BI-RADS® 0, 4, 5 / Nº total de mamografias de rastreamento (50-69 anos) X 100.

b) Percentual de mamografias diagnósticas positivas com achados no exame clínico.

Fórmulas de cálculo:

Nº de mamografias diagnósticas positivas BI-RADS® 4 ou 5/Nº total de mamografias diagnósticas com informação de "achados no exame clínico" X 100.

c) Taxa de detecção de câncer em mamografias de rastreamento

Fórmula de cálculo:

Nº de mulheres na faixa etária de 50-69 anos com exame histopatológico positivo com data posterior à realização da mamografia de rastreamento no período de 12 meses/ Nº de mulheres na faixa etária de 50-69 anos com mamografia de rastreamento no período de 12 meses p/ 1.000 mulheres.

d) Valor preditivo positivo em mamografias de rastreamento com recomendação de biópsia

Fórmula de cálculo:

Nº de mulheres com BI-RADS® 4 e 5 em mamografia de rastreamento na faixa etária de 50-69 anos com recomendação de biópsia e histopatológico positivo /Total de mulheres com mamografia de rastreamento com BI-RADS® 4 e 5 na faixa etária de 50-69 anos com recomendação de biópsia X 100.

e) Valor preditivo positivo em mamografias diagnósticas por "achados no exame clínico" com recomendação de biópsia.

Fórmula de cálculo:

Nº de mulheres com BI-RADS® 4 e 5 em mamografia diagnóstica por "achados no exame clínico" e histopatológico positivo / Total de mulheres com mamografia diagnóstica por "achados no exame clínico" e BI-RADS® 4 e 5 com recomendação de biópsia X 100.

Anexo XXX

INSTRUÇÕES NORMATIVAS PARA DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E CONTROLE DO PÊNFIGO FOLIÁCEO ENDÊMICO (FOGO SELVAGEM) (Origem: PRT MS/GM 1400/1991, Anexo 1)

O Controle de Pênfigo Foliáceo Endêmico, devido a sua endemicidade em algumas regiões do Brasil, baseia-se no:

1- DIAGNÓSTICO - O diagnóstico do Pênfigo Foliáceo Endêmico baseia-se em suas características clínicas e em exames laboratoriais.

1.1- Exame clínico - Deve-se valorizar as lesões bolhosas e erosivas e suas localizações preferenciais, o sinal de Nikolsky e a procedência do doente.

As lesões características estão representadas por bolhas de teto frouxo que rapidamente se rompem para deixar áreas erosadas, inicialmente eritematosas e que se tornam escamo-crostosas. É frequente o doente não perceber a existência de bolhas íntegras, mas, apenas o aparecimento das áreas erosadas, que determinam a sensação de prurido e ardência. As lesões podem permanecer localizadas por longo tempo, ou podem evoluir e invadir parte, ou mesmo, todo o tegumento (eritrodermia).

É frequente a ocorrência de infecção secundária sobre estas lesões, exalando odor característico.

As lesões iniciais distribuem-se preferencialmente pelas áreas ditas seborréicas, como couro cabeludo, face, região pré-esternal e interescapular.

O sinal de Nikolsky é precoce e de grande utilidade, e deve ser pesquisado em pele aparentemente sã, fazendo-se pressão digital e movimento de deslizamento - é positivo quando há erosão da área pesquisada.

Epidemiologicamente, a procedência do paciente de áreas reconhecidamente endêmicas é um dado muito importante para o diagnóstico.

1.2- Exames Laboratoriais - A confirmação diagnóstica deve ser feita através de exame histopatológico de material obtido de biópsia de pele, o qual deve ser colhido preferencialmente, em lesão bolhosa recente ou em sua ausência, na borda de uma lesão erosada.

Histopatologicamente a bolha está situada nas camadas mais superficiais da epiderme, logo abaixo da camada córnea, e, em seu interior, são encontradas células acantolíticas.

O citodiagnóstico e a imunofluorescência são úteis, porém representam recursos complementares somente utilizáveis em centros especializados.

2- TRATAMENTO - Baseia-se na corticoterapia por via oral, que representa, até o momento o principal recurso efetivo para a remissão clínica da doença, sendo de primeira escolha a prednisona e, de segunda escolha, a triancinolona na dose equivalente.

2.1- Prednisona

a) Dose de ataque - Se faz com 1 a 1,5mg/Kg/dia, em dose única, no café da manhã, até o desaparecimento do quadro erosivo bolhoso, o que ocorre na maioria das vezes, após 30 a 40 dias de tratamento.

b) Redução progressiva - Deve ser feita com a diminuição de 10mg de 10 em 10 dias, até conseguir a dose mínima que mantenha o doente sem lesão.

c) Dose de manutenção - Geralmente deve ser feita com dose em torno de 10 a 20mg ao dia, por um período de 3 meses. Mantendo-se a remissão dos sintomas, esta dose poderá ser dada em dias alternados. Após 6 a 12 meses, sem lesões, pode-se tentar administrar a dose de manutenção de 3 em 3 dias.

d) Retirada do corticosteróide - Somente quando o doente se mantém, pelo menos, de 1 a 3 anos livre de sintomas.

e) Em casos frustos (formas benignas ou localizadas da doença), a dose de ataque pode ser de 20 a 40mg de prednisona ao dia.

f) Tratamento local- deve ser feito com banhos de permanganato de potássio (KMnO4) na diluição de 1:30.000 para as exsudativas; a medida que as lesões vão se tornando menos úmidas, faz-se o uso de cremes de corticosteróides associados a antibióticos. Para as fases secas, usa-se pomadas de corticosteróides.

É de fundamental importância evitar complicações secundárias, que podem ser responsáveis pela evolução desfavorável do quadro clínico.

A antibioticoterapia deve ser instituída, em caso de ocorrência de infecção secundária.

2.2- Recomendações

a) na fase de diagnóstico e início da terapêutica, o doente deve permanecer internado, sob assistência de serviços especializados e rigorosa vigilância médica, exceto na forma frusta, quando o mesmo pode ser mantido em regime ambulatorial sob acompanhamento médico.

b) em zonas endêmicas dever-se-á capacitar hospitais gerais regionais para diagnóstico e tratamento.

c) os doentes em fase de remissão da moléstia, recebendo dose de manutenção do corticosteróide, deverão ser encaminhados para acompanhamento ambulatorial na unidade de saúde mais próxima ao seu domicílio.

3- PROFILAXIA

3.1- Ainda não se pode padronizar medidas de caráter preventivo, porque a etiopatogenia do Pênfigo Foliáceo Endêmico ainda está em fase de elucidação.

3.2- A doença não se transmite de homem para homem.

3.3- Sabe-se que a moléstia envolve a formação de autoanticorpos, dirigidos para os espaços intercelulares da epiderme (anticorpos antiepiteliais), o que parece filiar o Pênfigo Foliáceo Endêmico (fogo-selvagem) ao grupo das moléstias autoimunes.

3.4- Contudo, pouco se sabe e nada se pode afirmar seguintes aspectos:

a) a existência de algum agente infeccioso;

b) a participação de vetores alados borrachudo

c) o mecanismo pelo qual se deflagra o processo de auto-anticorpos.

3.5- Nos estados endêmicos, a notificação de casos diagnósticados à unidade sanitária mais próxima representa elemento fundamental para a avaliação da gravidade do problema, e, deverá ser feita no formulário próprio, já existente, para as doenças de notificação compulsória.

Estas instruções normativas estão detalhadas no guia para controle do Pênfigo Foliáceo.

Anexo XXXI

MODELO DE PLANO DE TRABALHO PARA APOIO À IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA E-SUS AB (Origem: PRT MS/GM 58/2015, Anexo 1)

I.Abrangência da Oferta

MUNICÍPIOS CONTEMPLADOS		Nº DE UNIDADES DE SAÚDE DE ACORDO COM OS POSSÍVEIS CENÁRIOS DE IMPLANTAÇÃO					Nº TOTAL DE EQUIPES CONTEMPLADAS	
Nº	% EM RELAÇÃO AO TOTAL	CDS-UBS	CDS-SMS	PEC CDS	PEC	TOTAL	Nº	% EM RELAÇÃO AO TOTAL

II.Planejamento detalhado das ações

EIXOS	RESULTADOS ESPERADOS	AÇÕES	DESCRIÇÃO/DETALHAMENTO	PRAZO DA ATIVIDADE	RESPONSÁVEIS	CRONOGRAMA
Materiais didáticos e de apoio à implantação						
Formação de Multiplicadores						
Apoio presencial						
Monitoramento de implantação						
Contratação de recursos humanos						
Outros						

III.Planejamento orçamentário

ITEM	QUANTIDADE	VALOR	CRITÉRIO	PRAZO	VALOR TOTAL
...					
...					
TOTAL					R$ 00000,00

Anexo XXXII

NORMAS TÉCNICAS PARA DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E CONTROLE DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA (Origem: PRT MS/GM 1402/1991, Anexo 1)

NORMAS TÉCNICAS PARA DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E CONTROLE DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

O controle da Leishmaniose Tegumentar será orientado para os seguintes objetivos:

- O diagnóstico do doente, através do atendimento de demanda, fornecimento de insumos para diagnóstico complementar, investigação de focos e recebimento de notificações;
- orientação terapêutica padronizada, com o fornecimento da medicação e acompanhamento do doente;
- a investigação epidemiológica dos focos e adoção de medidas profiláticas pertinentes;
- a educação em saúde, através da ação participativa envolvendo os usuários dos serviços de saúde, equipes técnicas e a população em geral, de modo a fomentar a percepção do problema e a necessidade dos recursos a serem aplicados em cada realidade.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300458

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

1. DIAGNÓSTICO - Para qualquer das formas deve ser clínico, epidemiológico e laboratorial, exceto nas áreas onde não se dispõe de recursos laboratoriais.

1.1- Diagnóstico clínico - A forma ulcerada franca é a mais comum, caracteriza-se por úlcera, com bordas elevadas em moldura, fundo granuloso com ou sem exsudação e indolor. Outras formas encontradas são a úlcero-crostosa, impetigoide, úlcero-vegetante, verrucosa, tuberosa, liquenóide ou framboesiforme. Na fase inicial é frequente a linfangite e/ou a adenopatia satélite às lesões. Quando existem lesões mucosas as queixas são de obstrução e eliminação de crostas nasais, epistaxes, e ao exame, ulceração de septo nasal.

1.2- Diagnóstico epidemiológico - Baseia-se em informações sobre residência e procedência do paciente, residências anteriores, e atividades profissionais relacionadas com desmatamento. Em presença de lesões suspeitas de mucosas deve-se investigar a preexistência de lesão cutânea, e a procedência e atividade profissional do paciente, naquela ocasião.

1.3- Diagnóstico laboratorial - Baseia-se na evidenciação do parasita e em provas imunológicas.

1.3.1- Diagnóstico parasitológico

A evidenciação do parasita é feita através de exames direto e indireto. Para a pesquisa direta são utilizados os seguintes procedimentos: escarificação, punção aspirativa, impressão por aposição e biopsia. O material deve ser colhido na superfície ou na borda interna de lesões novas; é raro o encontro de parasitas em lesões com mais do um ano. A identificação e tipagem do parasita através dos métodos abaixo é de grande utilidade na indicação terapêutica adequada. Entretanto, a tipagem só é possível em alguns centros de referência.

Para o cultivo o meio de escolha é o NNN, enriquecido com uma fase líquida de LIT-BHI, e o material pode ser obtido por punção-aspirativa ou por biopsia.

A inoculação em animais de laboratório é feita em hamster, principalmente nas patas posteriores.

Na histopatologia o diagnóstico de certeza só é dado quando se identifica o parasita nos tecidos.

1.3.2- O diagnóstico imunológico pode ser feito através de:

a) Intradermoreação de Montenegro, que traduz a resposta alérgica de hipersensibilidade celular retardada. É da grande valor presuntivo, dada a sua sensibilidade e especificidade, sendo positiva em mais de 90% dos casos de LTA. Nas lesões mucosas a reação é quase sempre positiva. Geralmente permanece positiva após o tratamento ou cicatrização espontânea da lesão, negativando nos indivíduos pouco reatores e nos precocemente tratados. Em áreas endêmicas deve ser valorizado, levando em consideração uma leishmaniose anterior ou, apenas exposição ao parasita sem doença.

Essa reação pode estar negativa de 1 a 4 meses após o inicia de lesão. É negativa na Leishmaniose anérgica.

b) Imunofluorescência indireta (IFI).

c) Testes imunoenzimáticos (ELISA).

As reações sorológicas de imunofluorescência indireta e os testes imunoenzimáticos (ELISA) são muitos úteis, principalmente nos casos com lesões extensas e múltiplas e no diagnóstico precoce das lesões mucosas secundárias ou primárias. A IFI apresenta reação cruzada com a leishmaniose visceral e a doença de Chagas.

Após o tratamento e cura clínica da forma cutânea, os títulos caem ou desaparecem com alguns meses, podendo ser de utilidade no critério de cura.

Estes testes, são exigíveis em alguns centros de referência.

2. TRATAMENTO - A droga de primeira escolha é o antimonial pentavalente - antimoniato de N. Metil-glucamina (Glucantime). Atualmente não se recomenda a interrupção do Glucantime.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a dose deste antimonial seja calculada em mg/SbV/Kg/dia,(SbV significa antimônio puro).

As apresentações comerciais são em ampolas de 5ml, que contém 425mg do antimônio puro. Portanto, cada ml contém 85mg do antimônio puro.

É indicado para tratamento de todas as formas de leishmanioese tegumentar, embora as formas mucosas e cutâneo-mucosa exijam maior cuidado, por apresentarem respostas mais lentas e maior possibilidade de recidivas.

Não havendo resposta satisfatória com o tratamento pelo antimonial pentavalente, as drogas de segunda escolha são as Anfotericina B e a Pentamidina, esta última em fase de introdução no Brasil.

2.1- Antimoniato de N-Metil-Glucamina (Glucantime)

a) Forma cutânea - a dose recomendada pela OMS varia entre 10mg a 20mg/SbV/Kg/dia - sugere-se 15mg SbV/Kg/dia (Ex.: 2amp. para um paciente de 60Kg) durante 20 dias seguidos, por via intramuscular ou endovenosa, no final do dia, para possibilitar o repouso após a aplicação. Se não houver cicatrização completa após duas semanas do término do tratamento, o esquema deverá ser repetido. Persistindo o insucesso, o diagnóstico deverá ser reavaliado em serviço especializado.

Não deve ser administrada em gestantes.

A administração do Glucantime em pacientes com mais de 50 anos, ou ainda em portadores de cardiopatias, nefropatias, hepatopatias e doença de Chagas, pode desencadear toxicidade, exigindo vigilância permanente quanto ao eletrocardiograma, provas de função renal e provas de função hepática. O tratamento deverá ser suspenso uma vez constatados alterações eletrocardiográficas persistentes ou progressivas, ou ainda alterações importantes nas provas de funções renal e hepática.

A medicação pode produzir alguns efeitos colaterais, as vezes exigindo a suspensão do tratamento. Entre eles temas: artralgia, mialgia, inapetência, náuseas, vômitos, plenitude gástrica, epigastralgia, pirose, dor abdominal, prurido, febre, fraqueza, cefaléia, tontura, palpitação, insônia, nervosismo, choque pirogênico, edema, herpes zoster e insuficiência renal aguda.

b) Forma mucosa deve ser tratada com 20mg SbV/Kg/dia durante 30 dias, ou pode prolongar-se até a cura clínica, com rigorosa vigilância do paciente, e sempre que possível deve ser feito em âmbito hospitalar.

- Não se obtendo resposta satisfatória, adotar uma das medicações alternativas - Anfotericina B ou Pentamidina.

2.2- Anfotericina B (Fungizon)

É a droga de segunda escolha, empregada quando não se obtém resposta ao tratamento com antimonial. É a mais eficaz nas manifestações mucosas da leishmaniose, sendo as recidivas menos freqüentes.

Apresentação: 1 frasco = 50mg

Dose/Modo de Aplicação

Inicia-se com 0,5mg/Kg/dia em dias alternados, aumentando gradualmente até a dose total de 1mg/Kg, sem ultrapassar 50mg. Administração é feita por via endovenosa, gota a gota, lentamente (4 horas de infusão) diluída em soro glicosado a 5%, utilizando equipo em Y, sendo um frasco com anfotericina e outro com 50 a 100mg de hidrocortizona, para evitar a flebite. Deve ser administrada em dias alternados até a cura clínica, o que deve ocorrer quando atingir as seguintes doses totais: na forma cutânea, 1 a 1,5gr; nas formas mucosas e cutâneo-mucosa, 2,5 a 3gr.

Se necessário, esta dose total poderá ser elevada desde que o paciente esteja sob vigilância clínica rigorosa, acompanhada das provas laboratoriais que permitam avaliar, principalmente, a função renal.

Recomenda-se realizar avaliação clínica e laboratorial antes do início do tratamento, fazendo-se avaliação cardiológica, exames bioquímicos para avaliação das funções renal (dosagem de uréia, creatinina e k). Avaliação da função hepática (dosagem de bilirrubinas, transaminases e fosfatase alcalina) e hemograma. Essas avaliações deverão ser feitas semanalmente.

Em idosos a reavaliação da função renal e cardíaca deve ser feita 2 vezes por semana, desde que haja alterações.

É importante enfatizar que a medicação deve ser feita sob vigilância em serviços especializados, com o paciente hospitalizado.

Os efeitos colaterais de ocorrência mais frequente (febre,anorexia, náuseas, vômitos e flebite) podem ser atenuados ou evitados com o uso de antipiréticos, antieméticos ou de 50 a 100mg de hidrocortisona, acrescentados ao soro.

É contra indicada para administração em gestantes, cardiopatas, nefropatas e hepatopatas.

2.3- Isotionato de Pentamidina (Pentacarinat)

Apresentação: cada frasco contém 200mg

A OMS recomenda, para todas as formas, administrar 4mg/Kg/dia, via intramuscular, durante 5 ou mais semanas, dependendo da resposta clínica.

Experiência brasileira tem mostrado que, para a forma cutânea, ocasionada por Leishmania guyanensis obtem-se bons resultados terapêuticos, com poucos efeitos colaterais, utilizando-se a mesma dose e via de administração, porém, com apenas 3 aplicações e intervalo de dois dias entre cada aplicação.

A Pentamidina, face o seu efeito hipoglicemiante, deverá ser administrada após uma refeição.

As reações adversas mais frequentes são dor, induração e abcessos estéreis no local da aplicação, além de náuseas, vômitos, tonturas, adinamias, mialgias, cefaléia, hipotensão, lipotímias, síncope, hiperglicemia e hipoglicemia. Diabetes mellitus pode ocorrer a partir da administração da dose total de 1 grama.

Nas doses recomendas pela OMS, sugere-se a realização do exame bioquímico para avaliação das funções renal (dosagem da uréia e da creatinina) hepática (dosagem das transaminases, bilirrubinas e fosfatase alcalina) e glicemia periodicamente, no curso do tratamento. O acompanhamento eletrocardiográfico, antes, durante e no final do tratamento é também recomendado.

É contra-indicada para gestantes, e para portadores de diabetes, insuficiência renal, insuficiência hepática, doenças cardíacas e crianças com menos de 8Kg de peso.

3- CONTROLE DO TRATAMENTO - é feito principalmente pelo aspecto clínico das lesões, reepitelização das lesões ulceradas e regressão, nas formas mucosas a regressão de todos os sinais deve se comprovada pelo exame otorrinolaringológico.

No tratamento com 3 doses de Pentamidina verifica-se a cicatrização das lesões, em média, 25 dias após a última injeção.

Laboratorialmente devemos considerar que a imunofluorescência indireta e útil para o diagnóstico, principalmente, na forma mucosa.

Títulos positivos persistentes são encontrados em pacientes com freqüentes recidivas, com potencialidade de desenvolver a forma secundária mucosa, ou em indivíduos que permanecem em áreas endêmicas.

Ainda não está suficientemente estabelecido um critério de cura parasitológica para a LTA.

4- MEDIDAS GERAIS DE CONTROLE DA LTA

4.1- Medidas de atuação na cadeia de transmissão

Para a elaboração de um programa de controle torna-se necessária a integração das diversas instituições que atuam na área, evitando-se duplicidade de ações e gastos desnecessários.

As características peculiares da LTA - a diversidade de agentes, reservatórios, vetores e situações epidemiológicas, indicam que as estratégias de controle devem ser flexíveis e distintas, de aplicação restrita, adequadas a cada região ou foco particular. A complexidade do controle se evidencia quando se consideram as inúmeras lacunas ainda existentes no conhecimento destes aspectos.

Para a seleção de estratégias adequadas a cada região geográfica deverá ser considerada a análise epidemiológica dos dados referentes a:

1) Notificação dos casos humanos quanto à forma clínica, sexo, idade, profissão e procedência;

2) Estudos entomológicos para definir as espécies vetoras, sua dispersão, graus de antropofilia e exofilia, infecção natural;

3) Estudos parasitológicos para definir a espécie do agente etiológico circulante no foco;

4) Estudos ecológicos para determinação dos reservatórios animais envolvidos.

Como resultados dessa análise, poderão ser desenvolvidas as seguintes ações:

a) Diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos humanos, cuja competência é da rede básica de saúde, através do atendimento à demanda passiva, notificações e busca ativa em áreas de maior morbidade ou onde o acesso da população à rede é dificultada por diversos fatores.

b) Diagnóstico animal precoce e seguro para controle e/ou eliminação dos infectados.

c) Medidas de redução do contato homem-vetor, através de:

- medidas educativas - educação da comunidade;
- ampliação de inseticidas;
- medidas de proteção individual; e
- controle de reservatórios.

4.2- Vacina

Com relação a utilização da vacina para Leishmaniose Tegumentar Americana quer para imunoprofilaxia quer para imunoterapia, em virtude dos resultadas apresentados até o momento não serem conclusivos, sua utilização no território nacional, fica condicionada à autorização prévia do Ministério da Saúde.

5- DEFINIÇÃO DE RESPONSABILIDADES DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE NOS DIFERENTES NÍVEIS

As ações de controle serão desenvolvidas a partir dos trabalhos conjunto entre a Fundação Nacional de Saúde (controle de vetores, reservatórios e busca ativa) e a Rede Básica de Saúde (controle de doentes e busca ativa).

Tradicionalmente a SUCAM se responsabilizou por todas as atividades de vigilância epidemiológica, não só da Leishmaniose Visceral como também da Leishmaniose Tegumentar, em todos os níveis; trabalho que hoje está incorporado à Fundação Nacional de Saúde (FNS).

Entretanto, o processo de descentralização em andamento no Sistema único de Saúde (SUS), impõe a revisão das atribuições de cada instituição, com vistas à atuação conjunta e hierarquizada de todas as instituições de saúde.

Considerando as interfaces das instâncias técnicas da Fundação Nacional de Saúde, no que tange à normalização para o controle da Leishmaniose Tegumentar, faz-se necessário o planejamento e acompanhamento conjunto a nível nacional, desempenhando as seguintes atribuições:

- Normalização da vigilância epidemiológica, investigação e controle dos focos, através de inquérito e intervenções na cadeia epidemiológica.
- Distribuição de insumos críticos.
- Normalização em diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos doentes de LTA, para a rede básica dos serviços de saúde.

Sendo assim, faz-se necessário que as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais assumam gradualmente as suas funções de vigilância epidemiológica, aos agravos prevalentes nas respectivas regiões e de assistência aos portadores de Leishmaniose Tegumentar.

Do mesmo modo, a atuação do Estado requer que as estratégias de controle sejam estabelecidas de acordo com realidade de cada Unidade Federada.

Implementar as atividades de referência da Leishmaniose Tegumentar Americana nos Centros de Zoonoses e Serviços de Referência de Dermatologia Sanitária com vistas a obtenção do impacto epidemiológico necessário.

Anexo XXXIII

INFORMAÇÕES SOBRE A SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA E SUAS MEDIDAS DE CONTROLE (Origem: PRT MS/GM 236/1985, Anexo 1)

I) CONCEITOS BÁSICOS:

a) Síndrome de Imunodeficiência Adquirida: Atualmente, para efeitos epidemiológicos, identifica-se a síndrome como o conjunto de alterações provocadas pela perda de imunidade medida por células, a partir da ação de um agente viral, provavelmente o HTLV-III ou LAV e que se manifestam pelo aparecimento de infecções oportunistas e/ou neoplasias, particularmente o Sarcoma de Kaposi.

b) Grupos em risco: São considerados grupos em risco para a doença:

. homossexuais e bissexuais masculinos;
. usuários de drogas injetáveis;
. hemofílicos ou politransfundidos.

c) Caso Suspeito: É aquele que, pertencendo a um grupo de risco, apresenta um ou mais dos sintomas prodrômicos de SIDA ou AIDS: poliadenopatia, diarréia , febre, cansaço e perda de peso.

d) Caso Confirmado: É o indívíduo que, pertencendo a algum grupo de risco, apresente uma ou mais das seguintes entidades mórbidas:

1- Sarcoma de Kaposi, em indivíduos com menos de sessenta anos de idade;

2- Linfoma limitado ao cérebro;

3- Pneumonia por Pneumocystis carinii;

4- Toxoplasmose, causando pneumonia, ou infecção do sistema nervoso central;

5- Strongiloidíase, causando pneumonia , infecção do sistema nervoso central, ou infecção generalizada;

6- Candidíase, causando esofagite;

7- Criptococose, causando infecção pulmonar, do sistema nervoso central, ou disseminada;

8- Micobacterioses atípicas, comprovadas através da cultura;

9- Infecções causadas por citomegalovirus no pulmão, no trato gastrointestinal, sistema nervoso central, suprarenal e pâncreas;

10- Infecções por virus herpes, tipo um ou dois, mucocutâneas (com úlceras que persistem por mais de um mês), pulmonares, do aparelho digestivo, ou disseminadas;

11- Leucoencefalopatia multifocal progressiva.

Devem-se usar como critérios de exclusão:

a)- História recente de terapia imunossupressora anterior ao aparecimento da doença.

b)- Presença de alguma outra enfermidade pré-existente associada com imunossuspenssão, como imunodeficiência congênita, processo de malignidade linfo-reticular ou subnutrição grave.

e) Comunicantes: Deverão ser considerados como tais os parceiros sexuais de casos confirmados de SIDA ou AIDS.

II- MEDIDAS DE CONTROLE

As medidas de controle e prevenção do AIDS consistem na execução de um conjunto de ações sobre os Casos confirmados, Casos suspeitos, Comunicantes, e Grupos em risco, quais sejam:

1) Os casos suspeitos ou confirmados devem ser submetidos a investigação epidemiológica, clínica, laboratorial e educação sanitária.

1.1 A investigação epidemiológica consta da identificação do grupo em risco, meio de transmissão e identificação de comunicantes.

1.2 A investigação clínica consta da identificação de sinais e sintomas de suspeita, tais como fadiga, febre persistente, sudorese noturna, calafrios, perda de peso acentuada, diarréia persistente, linfadenopatia generalizada, depressão e apatia, ou de confirmação, como infecção por germes oportunistas (pneumonia por Pneumocystis carinii, criptococose, candidíase, strongiloidíase, etc.), e/ou sarcoma de kaposi, e alguns tipos de linfomas de formas clínicas atípicas, quando à idade de incidência, ou gravidade e peculiaridade do quadro clínico.

1.3 A investigação laboratorial consiste na identificação, dos germes causadores das infecções oportunistas, realização de hemograma e de perfil imunológico, que consiste de testes intra-dérmicos (PPD, estreptoquinase, estreptodornase, candidina, tricofitina e DNCB), dosagem de linfócitos T e B, quantificação e relação dos linfócitos T-auxiliadores (OCT4) e T-surpressores (OKT8) e cultura de linfócitos.

A utilização de testes sorológicos, como dosagem da beta-dois-microglobulina anti-HTLV não tem indicação de utilização extensiva no País.

1.4 A educação sanitária constará de informação, aos pacientes, dos meios simples de diminuir a transmissibilidade da doença, tendentes a evitar a promiscuidade sexual e à doação de sangue.

2) Os comunicantes devem ser submetidos à investigação epidemiológica, clinica e educação sanitária conforme o descrito no parágrafo anterior.

3) Para os indivíduos pertencentes aos grupos em risco realizar-se-ão apenas programas de educação sanitária.

3.1 O AIDS, como doença sexualmente transmissível, deve ser prevenida através da informação aos indivíduos dos grupos em risco (homossexuais ou bissexuais do sexo masculino) sobre a maior incidência da doença com a multiplicidade de parceiros sexuais, esclarecendo-se que o risco aumenta proporcionalmente ao número de parceiros. Há indícios, de que o uso de preservativos, no ato sexual, diminue a transmissibilidade da síndrome.

3.2 Os viciados em drogas injetadas intravenosamente devem ser orientados para a interrupção desta prática ou, no mínimo, para a utilização de material descartável de uso exclusivo e individual.

3.3 A Prevenção do AIDS transfusional deve ser enfocada sob diversos aspectos:

- Orientação ao doador de sangue, submetendo-se previamente à leitura de material explicativo sobre ítens que impedem a doação de sangue, incluindo dados sobre AIDS.

- O item anterior deve ser seguido de todos os procedimentos habituais, prévios à doação de sangue (anamnese, exame clínico e hematimétrico).

- Após a realização de exames sorológicos para detecção de lues, doença de Chagas e hepatite, as unidades positivas devem ser desprezadas.

- No tratamento do hemofílico devem ser utilizados os crioprecipitados preparados a partir de unidades individuais de sangue coletado. Os concentrados de fator VIII ou IX, industrializados ou oficinais só devem ser utilizados, após tratamento pelo calor ou por método químicos que inviabilizem a sua infectividade, proibindo-se gradual e rapidamente a utilização daqueles não tratados (pelo seu maior risco potencial de transmitir AIDS).

- Visando a autosuficiência do país em homo-derivados, há que se incentivar as indústrias nacionais e produzirem produtos tratados, visando à eliminação do risco de transmissão do AIDS.

- Considerando que o AIDS é um problema recente , sobretudo no âmbito da Hemoterapia , inexistindo portanto normas sanitárias federais a respeito, devem-se estabelecer, no Ministério da Saúde, mecanismos para que se procedam a tais medidas.

- Deve-se incluir na tabela de procedimentos do INAMPS os concentrados de fator VIII e IX tratados.

3.4 A prevenção junto ao pessoal da área de saúde deve ser realizada através de normas de precaução no manejo de sangue, fluídos, secreções e excreções .

O pessoal da área de saúde deve estar ciente de que não há nenhuma evidência de contágio através de contatos puramente sociais e ocupacionais, bem como através do ar, da comida ou objetos. Estudos realizados em países com maior experiência com o gravo revelam que sua ocorrência entre profissionais de saúde é praticamente nula.

. A necessidade de se observar precauções apropriadas para prevenir a disseminação da doença deve ser contrabalançada pela necessidade de se assegurar ao paciente discrição sobre seu estado.

. As medidas a serem tomadas devem ser semelhantes às recomendadas para prevenção de hepatite B, ou seja:

. As pessoas que têm contato com sangue, tecido, secreções, excreções ou objetos e superfícies potencialmente por eles contaminados devem usar luvas e, em seguida, lavar bem as mãos com água e sabão.

. Antes de entrar e sair do quarto de um paciente com AIDS, ou suspeita de AIDS, a lavagem das mãos é indispensável. As amostras destes pacientes devem ter rótulo especiais de identificação, sem mencionar especificamente a doença, e devem ser transportados em sacos plásticos ou em outro tipo de recipiente fechado. As superfícies contaminadas com sangue ou secreções devem ser desinfetadas imediatamente com diluição 1:10 de solução de hipoclorito de sódio a 5% ou álcool a 25%.

. As pessoas que têm contato direto com o sangue, secreções ou excreções desses pacientes, devem usar aventais.

. Não é necessário o uso rotineiro de máscaras para os pacientes com AIDS, a não ser aqueles que têm tosse, e só quando deixam o quarto. Os funcionários e visitas, que têm contato direto com pacientes com tosse, devem também usar máscaras.

. Seringas e agulhas devem ser colocadas em recipiente rígidos, não passíveis de perfuração. Sempre que possível deve ser usado material descartável.

A descontaminação de equipamento clínico-cirúrgico deve ser feita com as mesmas técnicas de esterilização recomendadas para pacientes com hepatite B.

III - MEDIDAS OPERACIONAIS

O controle da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida no Brasil se fará através da execução das seguintes medidas operacionais:

1 . COORDENAÇÃO E EXECUÇÃO

A Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, coordenará as ações de controle do SIDA ou AIDS, com as seguintes atribuições:

a - Consolidação do mecanismo de obtenção, análise e difusão das informações técnicas, particularmente, as epidemiológicas;

b - Fomento ao desenvolvimento de ciência e tecnologia e de recursos humanos para a área;

c - Produção de materiais educativos e normativos;

d - Apoio de recursos técnicos humanos e logísticos ao nível executor;

e - Definição, conjuntamente com as Secretarias de Estado de Saúde, das instituições de saúde que darão suporte regional ao programa;

f - Definição das instituições públicas que atuarão como centros de referência para o programa.

De igual forma, o nível executor será assumido pelas Secretarias do Estado de Saúde, através de uma estratégia gradual que contemple, prioritariamente, as áreas metropolitanas das Unidades Federadas que já contam com casos notificados da moléstia.

2. ACOMPANHAMENTO DO PROBLEMA

2.1 - A notificação dos casos será realizada diretamente das Secretarias Estaduais de Saúde ao órgão coordenador nacional (DNDS/MS). Cabe-lhes, nas diversas UFS, coletar os dados em todas as fontes sob a sua jurisdição. A informação deverá ser remetida até quinto dia útil do mês seguinte ao que corresponde a informação. Em termos de notificação, deverão incluir-se os seguintes ítens: iniciais do nome, idade, sexo, município de residência e enquadramento do caso (suspeito ou confirmado). Ademais, se recomenda a elaboração de uma ficha de investigação epidemiológica, da qual deverá ser anexada uma cópia à informação mensal de cada caso confirmado. Recomenda-se também que, a nível de Secretarias Estaduais, estabeleçam-se os mecanismo adequados para a obtenção de dados necessários. Podem-se concluir:

a - Caracterização de um órgão coordenador responsável, a nível da Secretaria de Saúde;

b - Solicitação da notificação telefônica imediata de todo caso suspeito ou confirmado;

c - Procura de notificações de casos novos nos centros geradores de dados.

O Ministério da Saúde remeterá, com periodicidade trimestral, um relatório acerca da evolução e da situação epidemiológica da doença no país.

Esta informação será difundida para as instituições oficiais de saúde do país e seletivamente, à instituições privadas e para os órgãos internacionais de saúde.

2.2 - Todo óbito em cujo atestado médico constar (parte IV da Declaração de Óbito) um dos diagnósticos a seguir relacionados deverá ser informado, pelo setor da Secretaria que manipule inicialmente dados de mortalidade, ao setor que coordena as ações referentes a SIDA ou AIDS, para as seguintes medidas:

a - Verificar se o caso já era conhecido, investigando-o se for o caso;

b - Confirmação (ou alteração) do (s) diagnóstico (s) definitivo (s).

Da mesma forma, o setor que coordena as ações referentes a SIDA ou AIDS deverá informar ao setor de mortalidade todo o óbito por este síndrome que for conhecido, para que seja identificada a respectiva declaração de óbito (D.O.), para as seguintes medidas:

a - Verificar o procedimento da D.O., complementando-o se for o caso;

b - Verificar o (s) diagnóstico (s), corrigindo-o (s), se for o caso.

Relação de diagnósticos ou termos que devem ser considerados:

a. Pneumonia por Pneumocystis carini ;

b. Toxoplasmose provocado pneumonia ou infecção do sistema nervoso central;

c. Esofagite por cândida;

d. Pneumonia por cândida;

e. Criptococose pulmonar, do sistema nervoso central ou disseminada;

f. Aspergilose pulmonar;

g. Micobacterioses atípicas;

h. Turberculose disseminada;

i. Infecções por citomegalovirus;

j. Infecções prolongadas ou disseminadas por herpes simples;

l . Varicela em adultos;

m. Sarcoma de Kaposi;

n. Linfoma limitado ao cérebro;

o. Linfoma de Burkit;

p. SIDA;

q. AIDS;

r. Imonodeficiência;

s. Deficiência imunitária;

t. Deficiência de imunidade celular;

u. Infecção oportunista.

3. DIFUSÃO DA INFORMAÇÃO

3.1. Educação técnica continuada

Os Serviços de saúde implementarão medidas de educação continuada destinadas aos profissionais que atendem diretamente à população, nos diversos níveis de atuação. Nesse sentido o Ministério da Saúde acionará, para o seu enfrentamento, o envolvimento de todas as estruturas governamentais, e no aspecto educativo, a articulação interinstitucional MS/MEC é imperiosa.

3.2. EDUCAÇÃO SANITÁRIA

Os Serviços de Saúde aplicação, de modo amplo e permanente, medidas de Educação Sanitária aos grupos de riscos do SIDA ou AIDS (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida), de acordo com os seguintes princípios técnicos, respectivamente, para com:

a) Aspectos:

1 - Restringir a atividade sexual a um único parceiro;

2 - Evitar a doação de sangue;

3 - Procurar os serviços de saúde em caso de suspeita da doença.

b) Os comunicantes:

1 - Restringir a atividade sexual a um único parceiro;

2 - Evitar a doação de sangue;

3 - Procurar os serviços de saúde em caso de suspeita da doença.

c) Os homossexuais:

1 - Restringir a atividade sexual a um único parceiro;

2 - Evitar a doação de sangue;

3 - Procurar os serviços de saúde em caso de suspeita da doença.

d) Os tóxico-dependentes:

1 - Abandonar o uso de drogas;

2 - Utilizar, ao menos, seringas exclusivas ou descartáveis;

3 - Evitar a doação de sangue;

4 - Procurar os serviços de saúde em caso de suspeita da doença.

e) Os hemofílicos ou politransfundidos;

1 - Utilizar crioprecipitados artesanais ou concentrados industriais ou oficinais tratados;

2 - Procurar os serviços de saúde em caso de suspeita da doença.

§ 1. Os casos suspeitos ou confirmados serão submetidos a investigação epidemiológica, clínica, laboratorial e educação sanitária.

§ 2. Os comunicantes serão submetidos à investigação epidemiológica, clínica e educação sanitária.

§ 3. Os indivíduos pertencentes aos grupos em risco serão submetidos apenas à educação sanitária.

§ 4. Segundo o grupo em risco da síndrome, deve-se considerar a SIDA ou AIDS, sob os seguintes aspectos epidemiológicos.

a) doença sexualmente transmissível;

b) doença transmitida através de agulhas e seringas contaminadas, utilizadas em injeção intravenosa de drogas por tóxico-dependentes;

c) doença transmitida através de transfusão de sangue, componentes e derivados;

d) risco limitado para o pessoal da área de saúde.

Anexo XXXIV

PROGRAMA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS (Origem: PRT MS/GM 2080/2003, Anexo 1)

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

I - Compete ao Ministério da Saúde:

a)instituir o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, os princípios e diretrizes da implantação do Programa, bem como estabelecer critérios/exigências de habilitação de serviços, critérios de implantação das redes de assistência aos portadores de hepatites virais e os critérios técnicos de desenvolvimento do trabalho;

b)designar um Coordenador Nacional do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, subordinado ao Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV/SVS/MS);

c)definir e implementar, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde as ações de vigilância epidemiológica e sanitária no âmbito das hepatites virais;

d)elaborar e publicar sob coordenação do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV/SVS/MS) em parceria com a Secretaria de Atenção à Saúde e a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas a serem adotados pelo Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais;

e)definir e implementar planos e programas de treinamento e capacitação de recursos humanos nas áreas de prevenção, vigilância e assistência aos portadores de hepatites virais;

f)estabelecer as normas de funcionamento e cadastramento de serviços que integrarão as redes assistenciais, em seus respectivos níveis de complexidade;

g)articular com os estados, municípios e o Distrito Federal a implantação do Programa e o estabelecimento de mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo;

h)assessorar os estados e o Distrito Federal na implantação, em seus respectivos âmbitos de atuação, do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais e na organização de suas respectivas Redes Estaduais de Assistência aos Portadores de Hepatites Virais;

i)utilizar os sistemas de informação epidemiológica e assistencial para constituir um banco de dados que permita acompanhar e avaliar o desenvolvimento do Programa, definindo seus indicadores;

j)apoiar a realização de estudos de prevalência de base populacional para o conhecimento da distribuição das hepatites virais no País e outras pesquisas sobre a relevância de cada um dos fatores de risco;

k)alocar recursos financeiros destinados ao co-financiamento das atividades do Programa; e

l)divulgar o Programa de maneira a conscientizar e informar a população e os profissionais de saúde sobre a importância da realização das ações assistenciais previstas no Programa.

II - Compete às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal:

a)elaborar, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, as estratégias de implantação, em seu âmbito de atuação, do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais;

b)designar um Coordenador Estadual do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais;

c)instituir Comitê de Coordenação integrado pelos órgãos estaduais que possuem as atribuições, relativas às hepatites virais, de acompanhamento epidemiológico, prevenção, controle e assistência;

d)organizar a Rede Estadual de Assistência aos Portadores de Hepatites Virais, identificando os serviços dela integrantes, em seus respectivos níveis de complexidade, estabelecendo os fluxos de referência e contra-referência entre estes serviços e garantindo a execução de todas as fases do processo assistencial previsto no Programa;

e)criar as condições para a estruturação/criação/implantação/cadastramento dos Centros de Referência em Assistência aos Portadores de Hepatites Virais;

f)implementar ações de vigilância epidemiológica e sanitária no âmbito das hepatites virais;

g)desenvolver planos e programas de treinamento e capacitação de recursos humanos nas áreas de prevenção, vigilância e assistência aos portadores de hepatites virais;

h)articular com os demais gestores estaduais as eventuais referências interestaduais de pacientes cujas necessidades assistenciais não encontrem capacidade técnica instalada para o seu atendimento no Estado de origem;

i)assessorar os municípios no processo de implementação do Programa, no desenvolvimento das atividades e na adoção de mecanismos destinados ao controle, avaliação e acompanhamento do processo;

j)alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento /incremento do Programa;

k)monitorar o desempenho do Programa em seu Estado e os resultados alcançados; e

l)manter atualizados os bancos de dados que estejam sob a sua responsabilidade.

III - Compete às Secretarias Municipais de Saúde:

a)elaborar, em parceria com a respectiva Secretaria Estadual de Saúde, as estratégias de implantação, em seu âmbito de atuação, do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais;

b)criar as condições para a estruturação/criação/implantação/cadastramento de serviço(s) de Nível I e adotar as providencias necessárias para integrá-lo(s) à Rede Estadual Assistência aos Portadores de Hepatites Virais;

c)apoiar a estruturação/manutenção/funcionamento dos Serviços de Nível II e dos Centros de Referência em Assistência aos Portadores de Hepatites Virais que estejam instalados em seu Município;

d)alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento /incremento do Programa;

e)monitorar o desempenho do Programa em seu Município e os resultados alcançados;

f)executar ações de vigilância epidemiológica das hepatites virais;

g)realizar capacitação de recursos humanos nas áreas de prevenção, vigilância e assistência dos portadores de hepatites virais;

h)manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade, que deverão ser notificados ao gestor estadual do SUS; e

i)promover a mobilização da comunidade, dos grupos de risco e profissionais de saúde visando a efetiva participação nas ações de prevenção e controle das hepatites.

Anexo XXXV

CRITÉRIOS PARA PONTUAÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E RELAÇÃO DOS HOSPITAIS (Origem: PRT MS/GM 931/2012, Anexo 1)

Critérios para pontuação dos Hospitais	
1) Hospitais inseridos em UFs com capacidade instalada, em radioterapia, inferior a demanda estimada de casos novos de câncer (suboferta), sendo adotada a relação de um equipamento (acelerador linear ou unidade de telecobaltoterapia) para cada mil casos .novos de câncer, conforme parâmetro estabelecido pela Portaria SAS/MS nº 741/2005.	
Critério	Pontuação
Apresentar déficit em serviço de radioterapia, igual a 1 (um), na UF onde se encontra o hospital	1 (um) ponto
Apresentar déficit de radioterapia, igual a 2 (dois), na UF onde se encontra o hospital	2 (dois) pontos
Apresentar déficit de radioterapia, igual a 3 (três), na UF onde se encontra o hospital	3 (três) pontos
Apresentar déficit de radioterapia, maior que 3 (três), na UF onde se encontra o hospital	4 (quatro) pontos
2)As UFs que não apresentaram déficit em RT, porém em suas macrorregiões existe capacidade instalada, em radioterapia, inferior a demanda estimada de casos novos de câncer (suboferta), foi adotada a mesma relação de um equipamento (acelerador linear ou unidade de telecobaltoterapia) para cada mil casos novos de câncer, conforme parâmetro estabelecido pela Portaria SAS/MS nº 741/2005:	
Critério	Pontuação
Apresentar déficit em serviço de radioterapia, igual a 1 (um), na macrorregião onde se encontra o hospital	1 (um) ponto
Apresentar déficit de radioterapia, igual a 2 (dois), na macrorregião onde se encontra o hospital	2 (dois) pontos
Apresentar déficit de radioterapia, igual a 3 (três), na macrorregião onde se encontra o hospital	3 (três) pontos
Apresentar déficit de radioterapia, maior que 3 (três), na macrorregião onde se encontra o hospital	4 (quatro) pontos
3)Natureza jurídica da instituição:	
Critério	Pontuação
Ser hospital filantrópico	0 (zero) ponto
Ser hospital público	1 (um) ponto
4) Possuir número total de leitos, exceto os obstétricos, conforme intervalos	
Critério	Pontuação
0 a 50	0 (zero) ponto
51 a 100	3 (três) pontos
101 a 150	6 (seis) pontos
Maior que 151	10 (dez) pontos
5) Hospitais que atendam aos parâmetros mínimos de produção, estabelecidos pela Portaria SAS/MS nº 741/2005 para cada uma das principais modalidades terapêuticas, respeitada sua habilitação*	
5.1) Cirurgia oncológica (CO)	
Critério	Pontuação
Proporcional à capacidade instalada (0 a 25%)	0 (zero) ponto
Proporcional à capacidade instalada (26 a 50%)	3 (três) pontos
Proporcional à capacidade instalada (51 a 75%)	6 (seis) pontos
Proporcional à capacidade instalada (maior que 75%)	10 (dez) pontos
5.2) Quimioterapia (QT)	
Critério	Pontuação
Proporcional à capacidade instalada (0 a 25%)	0 (zero) ponto
Proporcional à capacidade instalada (26 a 50%)	3 (três) pontos
Proporcional à capacidade instalada (51 a 75%)	6 (seis) pontos
Proporcional à capacidade instalada (maior que 75%)	10 (dez) pontos
5.3) Radioterapia (RT)	
Proporcional à capacidade instalada (0 a 25%)	0 (zero) ponto
Proporcional à capacidade instalada (26 a 50%)	3 (três) pontos
Proporcional à capacidade instalada (51 a 75%)	6 (seis) pontos
Proporcional à capacidade instalada (maior que 75%)	10 (dez) pontos
6) Participação no Sistema de Registro Hospitalar de Câncer - SisRHC	
Critério	Pontuação
Não participar do sistema de informação SisRHC	0 (zero) ponto
Instituição participante do Sistema de Registro Hospitalar de Câncer e não enviando informações regulares ao SisRHC	5 (cinco) pontos
Instituição participante do Sistema de Registro Hospitalar de Câncer e enviando informações regulares ao SisRHC	10 (dez) pontos

Critérios para classificação dos Hospitais
Déficit macrorregional.
Pontuação hospitalar

Critérios para relacionar os Hospitais
Ampliação
Hospital com serviço de radioterapia com um só equipamento de megavoltagem
Obsolescência dos equipamentos existentes.
Produção radioterápica.
Estruturação em redes de atenção e produção dos serviços existentes, buscando o acesso assistencial.
Necessidade macrorregional - já computados os projetos em andamento.
Criação
Estruturação em redes de atenção, buscando o acesso assistencial.
Necessidade macrorregional - já computados os projetos em andamento

Critérios de desempate
Natureza Jurídica - Público
Estar em UF com déficit em serviço de radioterapia.
Uso racional de RH (ampliação > criação)**.

*Computada toda a produção para o hospital quando habilitado como complexo hospitalar ou terceiriza o serviço de radioterapia, quimioterapia ou cirurgia com outro estabelecimento.
**Utilização máxima dos recursos humanos especializados de nível técnico e superior disponíveis em um determinado município ou estado.

Anexo XXXVI

MODALIDADES DE EQUIPES DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Anexo 1)

Modalidade	Número de pessoas com internação acima de um ano deforma ininterrupta	Número de "Equipes de Desinstitucionalização"	Valor mensal do incentivo de custeio(R$)
A	08 a 19	02 profissionais	10.000,00
B.I	20 a 60	01	35.000,00
B.II	61 a 120	02	70.000,00
B.III	121 a 180	03	105.000,00
B.IV	181 a 240	04	140.000,00
B.V	241 a 300	05	175.000,00
B.VI	301 a 360	06	210.000,00
B.VII	A partir de 361	07	245.000,00

Anexo XXXVII

"AÇÕES DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E DE FORTALECIMENTO DA RAPS" (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Anexo 2)

EQUIPE DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO -
MODALIDADE: _____
VALOR DO PROJETO: _____
1. DADOS GERAIS:
1.1 ESTADO: _____
1.2 MUNICÍPIO: ____CNES Secretaria Municipal de Saúde: ___
1.3 HOSPITAL: _____CNES: _____
N. DE LEITOS SUS: _____PÚBLICO ( ) PRIVADO ( )
GESTÃO MUNICIPAL ( ) ESTADUAL ( )
1.4 NÚMERO DE PESSOAS COM INTERNAÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA: _____
2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL
2.1 RAPS EXISTENTE NO MUNICÍPIO
2.2 SITUAÇÃO E CONDIÇÕES GERAIS DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
2.3 SITUAÇÃO E CONDIÇÕES GERAIS DAS PESSOAS COM INTERNAÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA
2.4 LEVANTAMENTO INICIAL DA PROCEDÊNCIA E DOS MUNICÍPIOS DE RESIDÊNCIA ATUAL DAS FAMÍLIAS DAS PESSOAS, COM INTERNAÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA, A SER ATUALIZADO DURANTE O PROCESSO. (COM OBSERVAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DO PARAGRAFO ÚNICO DO ART 5º)
3. "AÇÕES DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E DE FORTALECIMENTO DA RAPS" (COM OBSERVAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DOS ART. 5º, 6º, 7º. 9º e 17º):
3.1 ATUAÇÃO DA EQUIPE DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: AÇÕES - META - CRONOGRAMA
3.2 ESTRATÉGIAS E PONTOS DE ATENÇÃO A SEREM DESENVOLVIDOS NA RAPS (DE ACORDO COM A MATRIZ DIAGNÓSTICA DA PORTARIA Nº 3.088/GM/MS DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011, REPUBLICADA NO DOU DE 21 DE MAIO DE 2013)
AÇÕES - META - CRONOGRAMA
3.3. PARCERIAS PROPOSTAS:
- OUTROS MUNICÍPIOS? ( ) SIM ( ) NÃO
DESCRIÇÃO RESUMIDA DA PROPOSTA:
_____
- UNIVERSIDADES? ( ) SIM ( ) NÃO
DESCRIÇÃO RESUMIDA DA PROPOSTA:
_____
- ENTIDADES DE DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS?
( ) SIM ( ) NÃO
DESCRIÇÃO RESUMIDA DA PROPOSTA:
_____
- MOVIMENTOS SOCIAIS? ( ) SIM ( ) NÃO
DESCRIÇÃO RESUMIDA DA PROPOSTA:
_____
- INSTITUIÇÕES DO CAMPO DO DIREITO E NÚCLEOS DE ASSESSORIA JURÍDICA VINCULADOS ÀS FACULDADES DE DIREITO? ( ) SIM ( ) NÃO
DESCRIÇÃO RESUMIDA DA PROPOSTA:
_____
4. ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS "AÇÕES DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E DE FORTALECIMENTO DA RAPS" (COM OBSERVAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DO ART 20º e 21º)
_____
5. PLANEJAMENTO DA REALOCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA(S) EQUIPE(S) DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PARA A QUALIFICAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO E COMPONENTES DA RAPS
_____

Anexo XXXVIII

OFICIO DE SOLICITAÇÃO DE INCENTIVO FINANCEIRO (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Anexo 3)

O MUNICÍPIO DE _____, através da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, representada pelo(a) Secretario(a) Municipal de Saúde, _____, vem por meio deste solicitar o recurso financeiro a ser incorporado no teto de média e alta complexidade para a implantação da modalidade _____ do Programa de Desinstitucionalização.

_____
Secretário(a) Municipal de Saúde

Anexo XXXIX

TERMO DE COMPROMISSO (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Anexo 4)

O MUNICÍPIO DE _____, através da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, representada pelo(a) Secretario(a) Municipal de Saúde, _____, vem por meio deste, assegurar a criação do Programa de Desinstitucionalização integrante do componente "Estratégias de Desinstitucionalização" da RAPS, e a realização de todas as etapas previstas nas "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS" conforme o cronograma apresentado, assim como o desenvolvimento dos investimentos necessários para a efetividade do trabalho proposto.

_____
Secretário(a) Municipal de Saúde

Anexo XL

OFÍCIO REFERENTE A REALOCAÇÃO DA EQUIPE DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Anexo 5)

O MUNICÍPIO DE _____, através da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, representada pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde, _____, vem por meio deste informar a realocação da Equipe de Desinstitucionalização para qualificação dos pontos de atenção da RAPS, de acordo com os Art. 7º e 17°, desta Portaria. A descrição da realocação da equipe será apresentada no Anexo VI.

_____
Secretário(a) Municipal de Saúde

Anexo XLI

DESCRIÇÃO DA REALOCAÇÃO FINAL DA(S) EQUIPE(S) DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Anexo 6)

NOME DO PROFISSIONAL	CNES DO PROFISSIONAL	CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORARIA SEMANAL QUE CUMPRIU NA EQUIPE DESISNTITUCIONALIZAÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	CNES PONTO DE ATENÇÃO	CARGA HORARIA SEMANAL QUE CUMPRIRA NO PONTO DE ATENÇÃO

Anexo XLII

OFICIO REFERENTE A REDUÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS E RECLASSIFICAÇÃO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Anexo 7)

O MUNICÍPIO DE _____, através da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, representada pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde, _____, vem por meio deste informar que foram fechados _____ leito(s) do Hospital Psiquiátrico _____ com CNES _____. Informo, ainda, que os referidos leitos foram excluídos do CNES do Hospital _____.

(Se necessário) Dessa forma, solicito a reclassificação do hospital psiquiátrico _____ de acordo com o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (PRH), instituído pela Portaria Nº 52/GM/MS de 20 de janeiro de 2004 e alterada pela Portaria N°2644 GM/MS de 28 de outubro de 2009 tendo em vista que o referido hospital apresenta, na atualidade _____ leitos.

_____
Secretário(a) Municipal de Saúde

Anexo XLIII

LISTA NACIONAL DE DOENÇAS E AGRAVOS A SEREM MONITORADOS PELA ESTRATÉGIA DE VIGILÂNCIA SENTINELA (Origem: PRT MS/GM 205/2016, Anexo 1)

ANEXO

Lista Nacional de Doenças e Agravos a serem monitorados pela Estratégia de Vigilância Sentinela

I.	Vigilância em Saúde do Trabalhador
1	Câncer relacionado
2	Dermatose ocupacionais
3	Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT)
4	Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR relacionada ao trabalho
5	Pneumoconioses relacionadas ao trabalho
6	Transtornos mentais relacionados ao trabalho
II.	Vigilância de doenças de transmissão respiratória

1	Doença pneumocócica invasiva
2	Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)
3	Síndrome Gripal (SG)
III.	Vigilância de doenças de transmissão hídrica e/ou alimentar
1	Rotavírus
2	Doença Diarreica Aguda
3	Síndrome Hemolítica Urêmica
IV.	Vigilância de doenças sexualmente transmissíveis
1	Síndrome de Corrimento Uretral Masculino
V.	Síndrome neurológica pós infecção febril exantemática

Anexo XLIV

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR - VEH (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Anexo 3)

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR - VEH

O montante do recurso a ser repassado para os entes federativos habilitados à Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar de interesse nacional, do qual será deduzido o montante de recursos dos hospitais de gestão federal que vierem a ser definidos pelo ente federado para compor a rede em seu território, será de:

UF	Nº DE UNIDADES	VALOR MENSAL (R$)	TOTAL ANO (R$)
AC	1	5.000,00	60.000,00
AL	3	15.000,00	180.000,00
AM	5	25.000,00	300.000,00
AP	1	5.000,00	60.000,00
BA	14	70.000,00	840.000,00
CE	8	40.000,00	480.000,00
DF	3	15.000,00	180.000,00
ES	4	20.000,00	240.000,00
GO	6	30.000,00	360.000,00
MA	7	35.000,00	420.000,00
MG	20	100.000,00	1.200.000,00
MS	3	15.000,00	180.000,00
MT	3	15.000,00	180.000,00
PA	8	40.000,00	480.000,00
PB	4	20.000,00	240.000,00
PE	9	45.000,00	540.000,00
PI	4	20.000,00	240.000,00
PR	10	50.000,00	600.000,00
RJ	16	80.000,00	960.000,00
RN	3	15.000,00	180.000,00
RO	2	10.000,00	120.000,00
RR	1	5.000,00	60.000,00
RS	11	55.000,00	660.000,00
SC	6	30.000,00	360.000,00
SE	2	10.000,00	120.000,00
SP	41	205.000,00	2.460.000,00
TO	2	10.000,00	120.000,00
TOTAL	197	985.000,00	11.820.000,00

Anexo XLV

REGISTRO DE CÂNCER DE BASE POLULACIONAL - RCBP (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Anexo 4)

REGISTRO DE CÂNCER DE BASE POLULACIONAL - RCBP

A habilitação ao recebimento do recurso referente ao Registro de Câncer de Base Populacional será destinado aos seguintes entes federativos:

UF	Nome do RCBP	Área de Cobertura do RCBP
SE	Aracaju	Aracaju
PA	Belém	Belém Ananindeua
MG	Belo Horizonte	Belo Horizonte
DF	Distrito Federal	Distrito Federal
SP	Campinas	Campinas
MS	Campo Grande	Campo Grande
MT	Cuiabá	Cuiabá Várzea Grande
PR	Curitiba	Curitiba
CE	Fortaleza	Fortaleza
GO	Goiânia	Goiânia
PB	João Pessoa	João Pessoa
SP	Jaú	Jaú
AM	Manaus	Manaus
RN	Natal	Natal
TO	Palmas	Palmas
RS	Porto Alegre	Porto Alegre
PE	Recife	Recife
BA	Salvador	Salvador
SP	São Paulo	São Paulo

Anexo XLVI

VIGILÂNCIA SENTINELA DA INFLUENZA (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Anexo 5)

VIGILÂNCIA SENTINELA DA INFLUENZA

O financiamento da Vigilância Sentinela da Influenza obedecerá ao seguinte parâmetro populacional:

População até 1 milhão:	1UTI pública e 1 UTI privada conveniada ou não ao SUS.	1 a 2 Vigilâncias da SG *
de 1 a 2 milhões:	2 UTI públicas e 2 UTI privada conveniada ou não ao SUS	3 a 4 VSG
de 2 a 3 milhões:	3 UTI públicas e 2 UTI privada conveniada ou não ao SUS	5 a 6 VSG
de 3 a 4 milhões:	4 UTI públicas e 3 UTI privada conveniada ou não ao SUS	7 a 8 VSG
de 4 a 5 milhões:	5 UTI públicas e 3 UTI privada conveniada ou não ao SUS	9 a 10 VSG
de 5 a 6 milhões:	6 UTI públicas e 4 UTI privada conveniada ou não ao SUS	11 a 12 VSG
de 6 a 7 milhões:	7 UTI públicas e 4 UTI privada conveniada ou não ao SUS	13 a 14 VSG
de 7 a 8 milhões:	8 UTI públicas e 5 UTI privada conveniada ou não ao SUS	15 a 16 VSG
de 8 a 9 milhões:	9 UTI públicas e 5 UTI privada conveniada ou não ao SUS	16 a 17 VSG
de 9 a 10 milhões:	10 UTI públicas e 6 UTI privada conveniada ou não ao SUS	18 a 19 VSG
de 10 a 11 milhões:	11 UTI públicas e 6 UTI privada conveniada ou não ao SUS	20 a 21 VSG
11 milhões e mais:	12 públicas e 6 privada conveniada ou não ao SUS	22 a 23 VSG

*A cada intervalo populacional de 500.000 habitantes deve-se implantar 01 Vigilância da SG

Anexo XLVII

INSUMOS ESSENCIAIS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA AIDPI (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Anexo 1)

1. Aparelho de pressão infantil
2. Espaçador infantil para inalação
3. Estetoscópio infantil
4. Hemoglobinômetro
5. Jarra e copos descartáveis para terapia de reidratação oral
6. Máscara infantil para inalação
7. Oxímetro de pulso
8. Abaixador de língua
9. Aparelho de nebulização
10. Balança infantil
11. Caderneta de Saúde da Criança
12. Fita métrica
13. Formulários de atendimento da criança
14. Otoscópio
15. Régua antropométrica
16. Termômetro clínico

Anexo XLVIII

MEDICAMENTOS ESSENCIAIS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA AIDPI (Origem: PRT MS/GM 1397/2017, Anexo 2)

1. Acetato de betametasona injetável 3mg/ml
2. Ácido fólico comprimido 5mg ou suspensão 0.2 mg/ml
3. Albendazol suspensão 40mg/ml
4. Amoxicílina comprimido de 250 mg ou suspensão 250mg/5m
5. Amoxixilina + clavulanato de potássio suspensão 250mg/5ml
6. Antimalárico oral, em áreas endémicas
7. Azitromicina suspensão 40mg/ml
8. Cefalexina suspensão 250mg/5ml
9. Dipirona comprimido de 500mg ou gotas
10. Eritromicina suspensão 250mg/5ml
11. Ibuprofeno suspensão 50mg/ml
12. Mebendazol comprimido de 100mg ou suspensão
13. Nistatina suspensão 100.000 UI
14. Ondansentrona comprimido de 4mg
15. Paracetamol comprimido de 500mg ou gotas
16. Penicilina benzatina 1.200.000 ou 600.000 UI
17. Penicilina G procaína frasco de 400 000 UI
18. Predinisolona suspensão 3mg/ml
19. Prednisona comprimidos 5mg e 20mg
20. Sais de reidratação oral (SRO)
21. Salbutamol ou Fenoterol 100 mcg/dose, aerossol (bombinha)
22. Solução de ringer + lactato
23. Solução Fisiológica 0,9%
24. Soro Glicosado 5%
25. Sulfametoxazol + Trimetoprima suspensão 40 mg/ml + 8mg/ml
26. Sulfato de zinco xarope 4mg/ml
27. Sulfato ferroso gotas 25mg/ml ou xarope 5mg/ml
28. Vitamina A cápsulas com 100.000UI e 200.000UI

Anexo XLIX

ROTEIRO (Origem: PRT MS/GM 1969/2001, Anexo 1)

ROTEIRO

A) PARA O REGISTRO DE CAUSAS EXTERNAS

Descrever o tipo de causa externa segundo a Classificação Estatística Internacional de Doencas e Problemas Relacionados à Saúde em vigor.

I - COMPREENDE-SE COMO CAUSAS EXTERNAS

Um conjunto de agravos à saúde decorrentes de acidentes de trânsito, quedas, envenenamentos, afogamentos e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais e causas acidentais ou intencionais tais como homicídios, agressões e lesões autoprovocadas e/ou acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

II - PREENCHIMENTO DO LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

O preenchimento de todas as informações solicitadas no Laudo Médico para emissão de AIH facilita a compreensão do agrave sofrido pela pessoa, dos dados a: partir do atendimento, da conduta, orientação; acompanhamento e destino dado ao paciente, apoiando o correto preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar - AIH, que será utilizada posteriormente para fins epidemiológicos, sanitários, administrativos e previdenciários.

O preenchimento completo e preciso do CID principal e do CID secundário representa uma síntese desse conjunto de informação de forma codificada.

III- RESPONSABILIDADES

1 - Quem registra a entrada do paciente: serviço de registro da unidade que prestou atendimento, que colhe o máximo possível de informações pessoais e sobre a ocorrência.

2 - Quem registra o atendimento: médico (a) que atende o paciente.

3 - Onde registrar: no Laudo Médico para Emissão de AIH conforme modelo disposto Anexo IV desta Portaria.

4 - Registrar no Laudo Médico para Emissão de AIH:

- o tipo de causa externa, a natureza da lesão,
- a parte do corpo atingida,

- o agente causador do agravo,
- o local de ocorrência,
- a atividade da vítima (no momento do ocorrido).

5 - O Laudo Médico para Emissão de AIH deverá ser preenchido em 03 (três) vias, sendo a primeira via anexada ao prontuário do paciente, a segunda via encaminhada ao gestor local de saúde e a terceira via, entregue ao paciente ou responsável, para fins previdenciários junto ao empregador, em casos de Acidentes ou Doenças relacionadas ao Trabalho.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

A notificação dos casos é responsabilidade da unidade como um todo, e não apenas dos profissionais que fizeram o atendimento, portanto todos devem estar atentos à identificação das causas e comprometidos com o acompanhamento do paciente.

E importante que a gerência local de saúde conheça o número e a natureza dos casos atendidos, de forma a definir as estratégias de intervenção adequadas.

E fundamental que todos os setores e profissionais da unidade recebam este roteiro instrutivo e compreendam a importância do adequado preenchimento das informações solicitadas.

B) PARA O REGISTRO DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO

O conjunto das informações sobre os agravos à saúde relacionados ao trabalho visa atender a especificidades e necessidades da área de saúde do trabalhador no que diz respeito ao SIH/SUS. A atenção integral à saúde do trabalhador requer articulação do SUS em todos os níveis de complexidade e nas três esferas de governo: União, Estados e Municípios, no sentido de aperfeiçoar o atendimento que já vem sendo realizado, e ao mesmo tempo comprovar as ações realizadas, disponibilizar informações necessárias à vigilância da saúde, à fiscalização do trabalho e à área previdenciária.

Informações Básicas que deverão constar da AIH - Autorização de Internação Hospitalar e do respectivo Laudo Médico para Emissão de AIH (ANEXO I)

- Acidente de Trabalho de trajeto - (ocorrido no trajeto de ida ou volta do trabalho)
- Acidente de Trabalho típico (ocorrido no próprio local de trabalho)
- Doença Relacionada ao trabalho?
- CID Principal?
- CID Secundário?
- Descrição da Natureza da Lesão?
- Classificação Brasileira de Ocupações - CBO-R?
- Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE-R

O referido Laudo Médico para Emissão de AIH - uma vez preenchido deverá ter uma cópia disponibilizada ao paciente e/ou familiares; possibilitando ao trabalhador acidentado ou portador de doença relacionada ao trabalho, comprovar o atendimento realizado no SUS e obter junto ao empregador, a emissão da CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho - a qual dará acesso ao benefício previdenciário a que tem, de acordo com a legislação vigente.

Preencher o campo - CID - com o(s) diagnóstico(s) correspondentes ao tipo de acidente ou doença relacionada ao trabalho, de acordo com a CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde em vigor.

Descrever no espaço destinado ao Laudo Técnico: o agente causador do agravo, a situação geradora do acidente ou doença, a natureza lesão; parte do corpo atingida (em caso e acidente) ou o sistema/aparelho atingido (em caso de doença relacionada ao trabalho) e o(s) respectivo(s) diagnóstico(s).

OBS. Caso não seja possível obter no momento da emissão do Laudo Médico para Emissão de AIH as informações sobre a CNAE do empregador e a CBO do trabalhador, tais informações deverão ser registradas posteriormente na própria AIH.

I - IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

a. Registro do nome completo do paciente, sem abreviaturas
b. Cadastro de Pessoa Física/CPF
c. Endereço completo, Município, UF, CEP, Telefone
d. Número do Cartão Nacional do SUS
e. Ocupação/CBO - Código Brasileiro de Atividades Econômicas
f. Número do Cartão Nacional do SUS do trabalhador

II - IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

a. Registro do Ramo de Atividade Econômica da Empresa segundo a CNAE - Classificação Nacional de Atividade Econômica

b. Registro do CGC/CNPJ da empresa

CNAE - informar o código relativo à atividade principal do estabelecimento em conformidade com aquela que determina o Grau de Risco para fins de contribuição para os benefícios concedidos em razão do grau de incidência da incapacidade laborativa decorrente dos riscos ambientais do trabalho. O código CNAE (Classificação Nacional de Atividade Econômica) encontra-se no documento de CGC ou CNPJ da empresa ou no Anexo I desta portaria.

CGC/CNPJ - informar o número da matrícula no Cadastro Geral de Contribuintes - CGC ou da mat. Área - informar a natureza da prestação de serviço, se urbana ou rural.

III - CARACTERIZAÇAO DO AGRAVO A SAÚDE RELACIONADO AO TRABALHO

Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, com o segurado empregado, trabalhador avulso, médico residente, bem como com o segurado especial no exercício de suas atividades, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, temporária ou permanente, da capacidade para o trabalho.

Consideram-se como acidente do trabalho:?

- doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social.

- doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente.

Equiparam-se também ao acidente do trabalho:

- o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;

- o acidente sofrido no local e no horário do trabalho em consequência de:

a. ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiros ou companheiros de trabalho;

b. ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho;

c. ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiros ou de companheiro de trabalho;

d. ato de pessoa privada do uso da razão;

e. desabamento, inundações, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior;

- a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade;

- o acidente sofrido pelo segurado, ainda que fora do local e horário de trabalho:

a. na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa;

b. na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;

c. em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo quando financiada por estar dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado;

d. no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado.

- A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita pela empresa, ou na falta desta o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico assistente ou qualquer autoridade pública.

- O prazo para a comunicação do acidente de trabalho é o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

?Relativas ao ACIDENTE OU DOENÇA

?Agente causador - informar o agente diretamente relacionado ao acidente, podendo ser máquina, equipamento ou ferramenta, como uma prensa ou uma injetora de plásticos; ou produtos químicos, agentes físicos ou biológicos como benzeno, sílica, ruído ou sal- monela. Pode ainda ser consignada uma situação específica como queda, choque elétrico, atropelamento (Tratando-se de acidente do trabalho, de doenças profissionais ou do trabalho).

Descrição da situação geradora do acidente ou doença - descrever a situação ou a atividade de trabalho desenvolvida pelo acidentado e por outros diretamente relacionados ao acidente. Tratando- se de acidente de trajeto, especificar o deslocamento e informar se o percurso foi ou não alterado ou interrompido por motivos alheios ao trabalho. No caso de doença, descrever a atividade de trabalho, o ambiente ou as condições em que o trabalho era realizado.

Obs.: Evitar consignar neste campo diagnóstico da doença ou lesão (Exemplo: indicar a exposição continuada a níveis acentuados de benzeno em função da atividade de pintar motores com tintas contendo solventes orgânicos, e não benzenismo).

LAUDO MÉDICO

Descrição e natureza da lesão - fazer relato claro e sucinto informando a natureza, tipo da lesão e/ou quadro clínico da doença citando a parte do corpo atingida, sistemas ou aparelhos.

Exemplos:

a) edema, equimose e limitação dos movimentos na articulação tíbio társica direita;

b) sinais flogísticos, edema no antebraço esquerdo e dor à movimentação da flexão do punho esquerdo.

Diagnóstico provável - informar, objetivamente, o diagnóstico.

Exemplos:?

a) entorse tornozelo. direito;?

b) tendinite dos flexores do carpo.?

CID - 10 - Classificar conforme a Classificação Internacional de Doenças - CID - 10.

Exemplos:

a) S93.4- entorse e distensão do tornozelo;

b) M65.9 - sinovite ou tendinite não especificada.

Observações - citar qualquer tipo de informação médica adicional, como condições patológicas pré-existentes, com causas, se há compatibilidade entre o estágio evolutivo das lesões e a data do acidentes declarada, se há recomendação especial para permanência no trabalho, etc.

Anexo L

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - ESTRUTURA AGREGADA NA ORDEM DE 3 DIGITOS (Origem: PRT MS/GM 1969/2001, Anexo 2)

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES ESTRUTURA AGREGADA NA ORDEM DE 3 DÍGITOS DESCRIÇÃO DOS GRANDES GRUPOS DE OCUPAÇÕES	
CÓDIGO MATRIZ	GRANDE GRUPO
1	TRABALHADORES DAS PROFISSÕES CIENTÍFICAS, TÉCNICAS, ARTÍSTICAS E TRABALHADORES ASSEMELHADOS Os trabalhadores deste grande grupo realizam pesquisas e aplicam conhecimentos científicos na solução de problemas de ordem técnica, econômica, artística, social e empresarial e desenvolvem outras atividades de caráter profissional nos campos da química e física; da engenharia e arquitetura; da aviação e marinha; da biologia e agronomia; da medicina, odontologia e veterinária; da estatística, das matemáticas e análises de sistemas; da economia, administração e ciências contábeis; do direito; do ensino; da literatura, artes e comunicação social e do esporte.
2	MEMBROS DOS PODERES LEGISLATIVO, EXECUTIVO E JUDICIÁRIO, FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS SUPERIORES, DIRETORES DE EMPRESAS E TRABALHADORES ASSEMELHADOS Os trabalhadores compreendidos neste grande grupo desempenham funções de caráter legislativo, desenvolvem atividades de direção e assessoramento do Poder Executivo e processam e julgam assuntos legais e jurídicos como membros do Poder Judiciário; exercem funções de caráter diplomático, desempenham, em empresas governamentais ou privadas, atividades diretivas de alto nível; planejam, organizam e controlam os trabalhos dessas empresas; dirigem e coordenam órgãos específicos da administração superior.
3	TRABALHADORES DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS E TRABALHADORES ASSEMELHADOS Os trabalhadores compreendidos neste grande grupo aplicam leis, decretos e regulamentos promulgados pelos governos federal, estaduais, municipais ou por autoridades locais; controlam o trabalho dos empregados de escritório e atividades afins e os serviços de transportes e comunicações; mantêm os registros das operações financeiras e outras transações comerciais realizadas pelas empresas; manejam fundos em nome da organização ou de sua clientela; reproduzem, em estenografia, datilografia ou por outros meios, textos orais ou escritos; operam máquina de escritório ou instalações telefônicas e telegráficas; chefiam os sistemas de transportes e comunicações e controlam as operações relativas aos mesmos; exercem funções nas empresas de serviços postais e telegráficos; realizam outras tarefas similares.

4	TRABALHADORES DE COMÉRCIO E TRABALHADORES ASSEMELHADOS Os trabalhadores compreendidos neste grande grupo exercem o comércio atacadista e varejista, por conta própria, em empresas de pequeno porte; dedicam-se à compra e venda de toda a classe de bens e serviços ou cumprem funções diretamente relacionadas com essas atividades. Os trabalhadores que dirigem, como representantes dos proprietários ou acionistas, as atividades de empresas que se dedicam ao comércio atacadista e varejista e ao ramo hoteleiro estão classificados no grupo de base 2-43, gerentes financeiros, comerciais e de publicidade.
5	TRABALHADORES DE SERVIÇOS DE TURISMO, HOSPEDAGEM, SERVENTIA, HIGIENE E EMBELEZAMENTO, SEGURANÇA AUXILIARES DE SAÚDE E TRABALHADORES ASSEMELHADOS Os trabalhadores compreendidos neste grande grupo administram, organizam, supervisionam ou desempenham serviços de turismo, hospedagem, doméstico, pessoais, de proteção e outros similares.
6	TRABALHADORES AGROPECUÁRIOS, FLORESTAIS, DA PESCA E TRABALHADORES ASSEMELHADOS Os trabalhadores compreendidos neste grande grupo chefiam unidades de explorações agropecuárias e florestais e grupos de trabalhadores encarregados da execução de atividades pertinentes a essas explorações; exploram, por conta própria, estabelecimentos agropecuários de tipo familiar; executam os trabalhos próprios dos cultivos agrícolas, da criação de animais e da exploração de florestas; pescam e realizam tarefas análogas; operam máquinas e implementos utilizados na agricultura, pecuária e explorações florestais.
7,8,9	TRABALHADORES DA PRODUÇÃO INDUSTRIAL, OPERADORES DE MÁQUINAS, CONDUTORES DE VEÍCULOS E TRABALHADORES ASSEMELHADOS Os trabalhadores deste grande grupo desempenham tarefas diretamente ligadas aos trabalhos de extração de minerais, petróleo e gás; beneficiamento e transformação de matérias-primas e fabricação e reparação de produtos industriais; construção, manutenção e reparação de edifícios, estradas e outras obras civis; operação de máquinas; condução de veículos de transporte e de equipamento de terraplanagem; manipulação de mercadorias e materiais, e outras tarefas relacionadas com produção industrial que requeiram, fundamentalmente, esforço físico.
10	MEMBROS DAS FORÇAS ARMADAS, POLICIAIS E BOMBEIROS MILITARES Estão compreendidas neste grande grupo as pessoas que servem voluntária ou obrigatoriamente às milícias e que, dedicando-se exclusivamente a esse serviço, não podem aceitar um emprego civil, só o fazendo no interesse público. Abrange os membros permanentes das Forças Armadas de terra, mar e ar, assim como o pessoal que se acha temporariamente em serviço ativo por período estabelecido nas leis ou regulamentos específicos, para seguir cursos e programas de treinamento ou prestar serviços auxiliares, bem como exercer outra atividade de conveniência nacional. Incluem-se ainda policiais e bombeiros militares que se dedicam à garantia de segurança municipal, estadual e nacional. Excluem-se deste grupo os empregados civis que trabalham nos departamentos administrativos do governo relacionados com questões de defesa; os membros das polícias civil e federal; os empregados de alfândegas e outros serviços civis das Forças Armadas; os membros da reserva militar que não estão integralmente dedicados ao serviço ativo e as pessoas que foram chamadas às Forças Armadas, provisoriamente, para efetuar um curto período de treinamento.

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES
ESTRUTURA AGREGADA NA ORDEM DE 3 DÍGITOS

CÓDIGO	GRUPO DE OCUPAÇÕES
0-11	Químicos
0-12	Físicos
0-19	Químicos, físicos e trabalhadores assemelhados não classificados sob outras epígrafes
0-20	Engenheiros agrônomos, florestais e de pesca
0-21	Engenheiros civis e arquitetos
0-22	Engenheiros de operações e desenhistas industriais
0-23	Engenheiros eletricistas e engenheiros eletrônicos
0-24	Engenheiros mecânicos
0-25	Engenheiros químicos
0-26	Engenheiros metalúrgicos
0-27	Engenheiros de minas e geólogos
0-28	Engenheiros de organização e métodos
0-29	Engenheiros, arquitetos e trabalhadores assemelhados não-classificados sob outras epígrafes
0-30	Técnicos de contabilidade, estatística, economia doméstica e administração
0-31	Técnicos de biologia, agronomia e trabalhadores assemelhados
0-32	Técnicos de mineração, metalurgia e geologia
0-33	Técnicos de obras civis, agrimensura, estradas, saneamento e trabalhadores assemelhados
0-34	Técnicos de eletricidade, eletrônica e telecomunicações
0-35	Técnicos de mecânica
0-36	Técnicos de química e trabalhadores assemelhados
0-37	Técnicos têxteis
0-38	Desenhistas técnicos
0-39	Técnicos e trabalhadores assemelhados não-classificados sob outras epígrafes
0-41	Pilotos de aviação comercial, navegadores, mecânicos de vôo e trabalhadores assemelhados
0-42	Oficiais de bordo, pilotos e trabalhadores assemelhados (navegação marítima e interior)
0-43	Oficiais-maquinistas (navegação marítima e interior)
0-51	Biologistas e trabalhadores assemelhados
0-52	Bacteriologistas, farmacologistas e trabalhadores assemelhados
0-61	Médicos
0-63	Cirurgiões-dentistas
0-65	Médicos veterinários e trabalhadores assemelhados
0-67	Farmacêuticos
0-68	Nutricionistas e trabalhadores assemelhados
0-71	Enfermeiros
0-72	Técnicos de enfermagem e trabalhadores assemelhados (exceto enfermeiros)
0-73	Assistentes sociais
0-74	Psicólogos
0-75	Ortoptistas e óticos
0-76	Terapeutas
0-77	Operadores de equipamentos médicos e odontológicos
0-79	Médicos, cirurgiões-dentistas, médicos veterinários, enfermeiros e trabalhadores assemelhados não-classificados sob outras epígrafes
0-81	Estatísticos
0-82	Matemáticos e atuários
0-83	Analistas de sistemas
0-84	Programadores de computador
0-91	Economistas
0-92	Administradores e trabalhadores assemelhados
0-93	Contadores
0-99	Economistas, administradores, contadores e trabalhadores assemelhados não-classificados sob outras epígrafes
1-21	Advogados
1-29	Juristas não classificados sobre outras epígrafes
1-31	Professores de disciplinas pedagógicas de ensino superior
1-32	Professores de ciências físicas e químicas de ensino superior
1-33	Professores de engenharia e arquitetura
1-34	Professores de matemática, estatística e ciências afins de ensino superior
1-35	Professores de ciências econômicas, administrativas e contábeis de ensino superior
1-36	Professores de ciências humanas de ensino superior
1-37	Professores de ciências biológicas e médicas de ensino superior
1-38	Professores de línguas e literaturas de ensino superior
1-39	Professores de ensino superior não-classificados sob outras epígrafes
1-41	Professores de ensino de 2º grau
1-42	Professores de ensino de 1º grau
1-43	Professores de ensino pré-escolar
1-44	Professores e instrutores de formação profissional
1-45	Professores de ensino especial
1-49	Professores não-classificados sob outras epígrafes
1-51	Escritores e críticos
1-52	Jornalistas e redatores
1-53	Locutores e comentaristas de rádio e televisão
1-59	Escritores, jornalistas, redatores, locutores e trabalhadores assemelhados não-classificados sob outras epígrafes
1-61	Escultores, pintores e trabalhadores assemelhados
1-63	Fotógrafos, operadores de câmeras de cinema e televisão e trabalhadores assemelhados
1-71	Compositores, músicos e cantores
1-72	Coreógrafos e bailarinos
1-73	Atores e diretores de espetáculos
1-74	Empresários e produtores de espetáculos
1-75	Artistas de circo
1-79	Músicos, artistas, empresários e produtores de espetáculos não-classificados sob outras epígrafes
1-81	Técnicos desportivos e trabalhadores assemelhados
1-82	Atletas profissionais
1-89	Técnicos desportivos, atletas profissionais e trabalhadores assemelhados não-classificados sob outras epígrafes
1-91	Bibliotecários, arquivologistas e museólogos
1-92	Sociólogos, antropólogos e trabalhadores assemelhados
1-95	Filólogos, tradutores e intérpretes
1-96	Membros de cultos religiosos e trabalhadores assemelhados
1-97	Analistas de ocupações e trabalhadores assemelhados
1-98	Técnicos, analistas de seguro, de importação e exportação e trabalhadores assemelhados
1-99	Trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas e trabalhadores assemelhados não-classificados sob outras epígrafes
2-11	Membros superiores do Poder Legislativo
2-12	Membros superiores do Poder Executivo

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300465

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

2-13	Membros superiores do Poder Judiciário
2-14	Funcionários públicos superiores
2-21	Diplomatas
2-31	Diretores de empresas manufatureiras
2-32	Diretores de empresas agropecuárias, pesqueiras e extrativas
2-33	Diretores de empresas de produção e distribuição de energia elétrica e gás e de serviço de água e esgoto
2-34	Diretores de empresas de construção civil
2-35	Diretores de empresas do comércio atacadista e varejista, de empresas hoteleiras e estabelecimentos similares
2-36	Diretores de empresas de transportes e comunicações
2-37	Diretores de empresas financeiras, imobiliárias, companhias de seguros, empresas de prestação de serviços e outras similares
2-38	Diretores de empresas de serviços comunitários e sociais
2-39	Diretores de empresas não-classificados sob outras epígrafes
2-41	Gerentes administrativos e assemelhados
2-42	Gerentes de produção, de planejamento e de pesquisa e desenvolvimento
2-43	Gerentes financeiros, comerciais, de marketing e de publicidade
2-49	Gerentes de empresas não-classificados sob outras epígrafe
3-01	Chefes intermediários administrativos
3-02	Chefes intermediários de contabilidade e finanças
3-09	Chefes intermediários administrativos, de contabilidade e finanças não-classificados sob outras epígrafes
3-11	Agentes administrativos, assistentes administrativos e trabalhadores assemelhados
3-12	Técnicos e fiscais de tributação e arrecadação
3-13	Agentes superiores de polícia
3-14	Serventuários da justiça e trabalhadores assemelhados
3-19	Agentes de administração de empresas públicas e privadas não-classificados sob outras epígrafes
3-21	Secretários
3-23	Datilógrafos, estenógrafos e trabalhadores assemelhados
3-31	Auxiliares de contabilidade, caixas e trabalhadores assemelhados
3-32	Atendentes de guichê, bilheteiros e trabalhadores assemelhados
3-39	Trabalhadores de serviços de contabilidade, caixas e trabalhadores assemelhados não-classificados sob outras epígrafes
3-41	Operadores de máquinas contábeis e de calcular
3-42	Operadores de máquinas de processamento automático de dados
3-43	Perfuradores e conferidores (cartões e fitas)
3-44	Técnicos de controle de produção e operação
3-51	Agentes de estação e de movimento (serviços ferroviários)
3-52	Chefes de serviços de correios e telecomunicações
3-53	Chefes de serviços aéreos, controladores de tráfego aéreo e trabalhadores assemelhados
3-54	Chefes e inspetores de serviços de transporte rodoviário
3-55	Chefes de serviços de transporte marítimo, fluvial e lacustre
3-60	Despachantes, fiscais e cobradores de transportes coletivos (exceto trem)
3-70	Classificadores de correspondência, carteiros e mensageiros
3-80	Telefonistas, telegrafistas e trabalhadores assemelhados
3-91	Trabalhadores de serviços de abastecimento e armazenagem
3-93	Auxiliares de escritório e trabalhadores assemelhados
3-94	Recepcionistas
3-95	Arquivistas e trabalhadores assemelhados
3-99	Trabalhadores de serviços administrativos e trabalhadores assemelhados não-classificados sob outras epígrafes
4-10	Comerciantes (comércio atacadista e varejista)
4-21	Supervisores de vendas e trabalhadores assemelhados
4-22	Supervisores de compras e compradores
4-31	Agentes e inspetores técnicos de vendas
4-32	Vendedores pracistas, representantes comerciais e trabalhadores assemelhados
4-41	Corretores de seguros, de imóveis e de títulos e valores
4-42	Agentes de venda de serviços às empresas
4-43	Leiloeiros, avaliadores e trabalhadores assemelhados
4-51	Vendedores de comércio atacadista, varejista e trabalhadores assemelhados
4-52	Vendedores ambulantes, vendedores a domicílio e jornaleiros
4-53	Demonstradores e trabalhadores assemelhados
4-54	Decoradores e trabalhadores assemelhados
4-90	Trabalhadores de comércio e trabalhadores assemelhados não-classificados sob outras epígrafes
5-00	Gerentes de hotéis, restaurantes, bares, estabelecimentos similares e trabalhadores assemelhados
5-20	Mordomos, governantas e trabalhadores assemelhados
5-31	Cozinheiros e trabalhadores assemelhados
5-32	Garçons, barmen e trabalhadores assemelhados
5-40	Trabalhadores de serventia (domicílios e hotéis) e trabalhadores assemelhados
5-41	Comissários (serviço de transporte de passageiros)
5-51	Trabalhadores de serviços de administração de edifícios
5-52	Trabalhadores de serviços de conservação, manutenção, limpeza de edifícios, empresas comerciais, indústrias, áreas verdes e logradouros públicos
5-60	Lavadeiros, tintureiros e trabalhadores assemelhados
5-70	Cabeleireiros, especialistas em tratamentos de beleza e trabalhadores assemelhados
5-72	Pessoal de enfermagem, parteiras, laboratórios e trabalhadores assemelhados (exceto enfermeiros)
5-81	Bombeiros
5-82	Policiais e trabalhadores assemelhados
5-83	Guardas de segurança e trabalhadores assemelhados
5-84	Guardas de trânsito
5-89	Trabalhadores de serviços de proteção e segurança não-classificados sob outras epígrafes
5-91	Agentes de viagem e guias de turismo
5-92	Agentes de serviços funerários e embalsamadores
5-99	Trabalhadores de serviços de turismo, hospedagem, serventia, higiene, embelezamento, segurança e trabalhadores assemelhados não-classificados sob outras epígrafes
6-00	Administradores de explorações agropecuárias e florestais
6-01	Capatazes de explorações agropecuárias e florestais
6-11	Produtores agropecuários polivalentes
6-12	Produtores agropecuários especializados
6-21	Trabalhadores agropecuários polivalentes e trabalhadores assemelhados
6-31	Trabalhadores da cultura de gramíneas
6-32	Trabalhadores da cultura de plantas fibrosas
6-33	Trabalhadores hortigranjeiros
6-34	Trabalhadores da floricultura
6-35	Trabalhadores da fruticultura
6-36	Trabalhadores da cultura de plantas produtoras de substâncias estimulantes e de especiarias (exceto as de extração florestal)
6-37	Trabalhadores da cultura de plantas oleaginosas
6-38	Trabalhadores da cultura de plantas produtoras de substâncias aromáticas, medicinais e tóxicas (exceto as de exploração florestal)
6-39	Trabalhadores agrícolas especializados não-classificados sob outras epígrafes
6-41	Trabalhadores da pecuária de grande porte
6-42	Trabalhadores da pecuária de médio porte
6-43	Trabalhadores da pecuária de pequeno porte
6-44	Trabalhadores da pecuária (insetos úteis)
6-49	Trabalhadores da pecuária não-classificados sob outras epígrafes
6-51	Trabalhadores florestais da exploração de espécies produtoras de madeiras
6-52	Trabalhadores florestais da exploração de espécies produtoras de gomas elásticas, não-elásticas e resinas
6-53	Trabalhadores florestais da exploração de espécies produtoras de fibras, ceras e óleos
6-54	Trabalhadores florestais da exploração de espécies produtoras de substâncias alimentícias
6-55	Trabalhadores florestais da exploração de espécies produtoras de substâncias aromáticas, medicinais e tóxicas
6-59	Trabalhadores florestais não-classificados sob outras epígrafes
6-61	Patrões de pesca
6-62	Pescadores industriais
6-63	Pescadores artesanais
6-64	Trabalhadores da aquicultura
6-69	Pescadores e trabalhadores assemelhados não-classificados sob outras epígrafes
6-71	Operadores de máquinas e implementos agrícolas
6-72	Operadores de máquinas e implementos de pecuária
6-73	Operadores de máquinas e implementos de exploração florestal
7-01	Mestres, contramestres, supervisores de empresas manufatureiras e de construção civil e trabalhadores assemelhados
7-02	Mestres (empresas de extração mineral)
7-03	Mestres (empresas de energia elétrica, gás, água e esgoto)
7-04	Contramestres da indústria têxtil
7-05	Mestres, contramestres, supervisores e operadores de manutenção de sistemas operacionais e trabalha dores assemelhados
7-11	Mineiros e canteiros
7-12	Operadores de máquinas de extração de minérios (minas e pedreiras)
7-13	Trabalhadores de beneficiamento de minérios e pedras
7-14	Sondadores de poços de petróleo e gás e trabalhadores assemelhados
7-15	Sondadores de poços (exceto de petróleo e gás)
7-16	Salineiros (sal marinho)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300466

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

7-19	Trabalhadores de minas e pedreiras, sondadores e trabalhadores assemelhados não-classificados sob outras epígrafes
7-20	Operadores de aciaria
7-21	Forneiros e operadores metalúrgicos (primeira fusão)
7-22	Operadores de laminação
7-23	Forneiros metalúrgicos (segunda fusão e reaquecimento)
7-24	Fundidores de metais
7-25	Moldadores e macheiros
7-26	Trabalhadores de tratamento térmico e termoquímico de metais
7-27	Trefiladores e estiradores de metais
7-28	Galvanizadores e recobridores de metais
7-29	Trabalhadores metalúrgicos e siderúrgicos não-classificados sob outras epígrafes
7-31	Trabalhadores de tratamento da madeira
7-32	Operadores de máquinas de desdobrar madeira
7-33	Preparadores de pasta para papel
7-34	Operadores de máquinas de fabricação de papel e papelão
7-35	Preparadores de compensados e aglomerados
7-39	Trabalhadores de tratamento da madeira e de fabricação de papel e papelão não-classificados sob outras epígrafes
7-41	Operadores de britadeiras, trituradoras e misturadeiras (tratamentos químicos e afins)
7-42	Operadores de instalações térmicas para processamentos químicos
7-43	Operadores de aparelhos de filtragem e separação (tratamentos químicos e afins)
7-44	Operadores de aparelhos de destilação e reação
7-45	Operadores de refinação de petróleo
7-46	Operadores de coqueria
7-47	Trabalhadores da produção e manipulação de medicamentos
7-49	Operadores de instalações de processamentos químicos e trabalhadores assemelhados não-classificados sob outras epígrafes
7-51	Trabalhadores de preparação de fibras
7-52	Fiandeiros e trabalhadores assemelhados
7-53	Trabalhadores de preparação de tecelagem
7-54	Tecelões
7-55	Tecelões de malhas
7-56	Trabalhadores de acabamento, tingimento e estamparia de produtos têxteis
7-59	Fiandeiros, tecelões, tingidores e trabalhadores assemelhados não-classificados sob outras epígrafes
7-71	Moleiros
7-72	Trabalhadores da fabricação e refinação de açúcar
7-73	Magarefes e trabalhadores assemelhados
7-74	Trabalhadores de industrialização e conservação de alimentos
7-75	Trabalhadores de tratamento do leite, fabricação de laticínios e de produtos similares
7-76	Padeiros, confeiteiros e trabalhadores assemelhados
7-77	Trabalhadores de preparação de café, cacau e produtos assemelhados
7-78	Trabalhadores de fabricação de cerveja, vinhos e outras bebidas
7-79	Trabalhadores de preparação de alimentos e bebidas não-classificados sob outras epígrafes
7-81	Preparadores de fumo
7-82	Charuteiros
7-83	Cigarreiros
7-91	Alfaiates, costureiros e modistas
7-93	Chapeleiros
7-94	Modelistas e cortadores (vestuário)
7-95	Costureiros (confecção em série)
7-96	Estofadores e trabalhadores assemelhados
7-97	Bordadores e cerzidores
7-99	Trabalhadores de costura, estofadores e trabalhadores assemelhados não-classificados sob outras epígrafes
8-01	Sapateiros
8-02	Trabalhadores de calçados
8-03	Trabalhadores de artefatos de couro (exceto roupas e calçados)
8-11	Marceneiros e trabalhadores assemelhados
8-12	Operadores de máquinas de lavrar madeira
8-19	Marceneiros, operadores de máquinas de lavrar madeira e trabalhadores assemelhados não-classificados sob outras epígrafes
8-20	Cortadores, polidores e gravadores de pedras
8-31	Forjadores
8-32	Ferramenteiros e modeladores de metais
8-33	Torneiros, fresadores, retificadores e trabalhadores assemelhados
8-34	Preparadores de máquinas-ferramentas (produção em série)
8-35	Operadores de máquinas-ferramentas (produção em série)
8-36	Polidores de metais e afiadores de ferramentas
8-37	Operadores de máquinas-ferramentas com comando numérico
8-39	Trabalhadores da usinagem de metais não-classificados sob outras epígrafes
8-40	Ajustadores mecânicos
8-41	Montadores de máquinas
8-42	Relojoeiros e montadores de instrumentos de precisão
8-43	Mecânicos de manutenção de veículos automotores
8-44	Mecânicos de manutenção de aeronaves
8-45	Mecânicos de manutenção de máquinas
8-49	Ajustadores mecânicos, montadores e mecânicos de máquinas, veículos e instrumentos de precisão não-classificados sob outras epígrafes
8-51	Montadores de equipamentos elétricos
8-52	Montadores de equipamentos eletrônicos
8-54	Reparadores de equipamentos elétricos e eletrônicos
8-55	Eletricistas de instalações
8-56	Instaladores e reparadores de equipamentos e aparelhos de telecomunicações
8-57	Instaladores e reparadores de linhas elétricas e de telecomunicações
8-59	Eletricistas, eletrônicos e trabalhadores assemelhados não-classificados sob outras epígrafes
8-61	Operadores de estações de rádio e televisão
8-62	Operadores de equipamentos de sonorização, cenografia e projeção
8-71	Encanadores e instaladores de tubulações
8-72	Soldadores e oxicortadores
8-73	Chapeadores e caldeireiros
8-74	Montadores de estruturas metálicas e trabalhadores assemelhados
8-80	Joalheiros e ourives
8-90	Sopradores e moldadores de vidros e trabalhadores assemelhados
8-91	Cortadores e polidores de vidros
8-92	Ceramistas e trabalhadores assemelhados
8-93	Forneiros (vidraria e cerâmica)
8-94	Gravadores de vidro
8-95	Pintores e decoradores de vidro e cerâmica
8-99	Vidreiros, ceramistas e trabalhadores assemelhados não-classificados sob outras epígrafes
9-01	Trabalhadores de fabricação de produtos de borracha (exceto pneumáticos)
9-02	Trabalhadores de fabricação, vulcanização e reparação de pneumáticos
9-03	Trabalhadores de fabricação de produtos de plástico
9-10	Confeccionadores de produtos de papel e papelão
9-21	Compositores tipográficos e trabalhadores assemelhados
9-22	Impressores
9-23	Estereotipistas e eletrotipistas
9-24	Gravadores e clicheristas (exceto fotogravadores)
9-25	Fotogravadores
9-26	Encadernadores e trabalhadores assemelhados
9-27	Trabalhadores de laboratórios fotográficos
9-29	Trabalhadores das artes gráficas não-classificados sob outras epígrafes
9-31	Pintores de obras e de estruturas metálicas
9-39	Pintores não-classificados sob outras epígrafes
9-41	Confeccionadores de instrumentos musicais e trabalhadores assemelhados
9-42	Cesteiros, confeccionadores de produtos de vime e similares e trabalhadores assemelhados
9-43	Trabalhadores da fabricação de produtos derivados de minerais não-metálicos
9-49	Trabalhadores da confecção de instrumentos musicais, de produtos de vime e similares, de derivados de minerais não-metálicos e trabalhadores assemelhados não-classificados sob outras epígrafes
9-51	Pedreiros e estucadores
9-52	Trabalhadores de concreto armado
9-53	Telhadores
9-54	Carpinteiros
9-55	Ladrilheiros, taqueiros e trabalhadores assemelhados
9-56	Instaladores de material isolante
9-57	Vidraceiros
9-59	Trabalhadores da construção civil e trabalhadores assemelhados não-classificados sob outras epígrafes
9-61	Operadores de instalações de produção de energia elétrica e nuclear
9-69	Operadores de máquinas fixas e de equipamentos similares não-classificados sob outras epígrafes
9-71	Trabalhadores da movimentação de cargas e descargas, estivagens e embalagens de mercadorias
9-72	Aparelhadores e emendadores de cabos (exceto cabos elétricos e de telecomunicações)
9-73	Operadores de guindastes e de equipamentos similares de elevação
9-74	Operadores de máquinas de construção civil, mineração e de equipamentos afins
9-79	Trabalhadores da movimentação e manipulação de mercadorias e materiais, operadores de máquinas de construção civil, mineração e trabalhadores assemelhados não-classificados sob outras epígrafes
9-81	Contramestres de embarcações, marinheiros de convés e barqueiros
9-82	Maquinistas e foguistas de embarcações
9-83	Maquinistas e foguistas de locomotivas e máquinas similares
9-84	Agentes e auxiliares de manobras e conservação (transportes ferroviários) e trabalhadores assemelhados

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300467

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

9-85	Condutores de automóveis, ônibus, caminhões e veículos similares
9-86	Condutores de animais e de veículos de tração animal
9-89	Condutores de veículos de transporte e trabalhadores assemelhados não-classificados sob outras epígrafes
9-91	Trabalhadores braçais não-classificados sob outras epígrafes
9-99	Trabalhadores que não podem ser classificados segundo a ocupação
104	Militares da Aeronáutica
105	Militares do Exército
106	Militares da Marinha
107	Policiais Militares
108	Bombeiros Militares

Anexo LI

CLASSIFICACÃO NACIONAL DE ATIVIDADES ECONÔMICAS RESUMIDA AGREGADA EM 3 DÍGITOS (Origem: PRT MS/GM 1969/2001, Anexo 3)

CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DE ATIVIDADES ECONÔMICAS RESUMIDA AGREGADA EM 3 DÍGITOS

INTERVALO	GRANDES GRUPOS
A 011 - 021	AGRICULTURA, PECUÁRIA, SILVICULTURA, EXPLORAÇÃO FLORESTAL E SERVIÇOS RELACIONADOS COM ESTAS ATIVIDADES
B 051	PESCA, AQUICULTURA E SERVIÇOS RELACIONADOS COM ESTAS ATIVIDADES
C 100 - 142	INDÚSTRIAS EXTRATIVAS
D 151 - 372	INDÚSTRIAS DE TRANSFORMAÇÃO
E 401 - 410	PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ELETRICIDADE, GÁS E ÁGUA ELETRICIDADE, GÁS E ÁGUA QUENTE
F 451 - 456	CONSTRUÇÃO
G 501 - 527	COMÉRCIO E REPARAÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES, OBJETOS PESSOAIS E DOMÉSTICOS
H 551 - 552	ALOJAMENTO E ALIMENTAÇÃO
I 601 - 642	TRANSPORTE, ARMAZENAGEM E COMUNICAÇÕES
J 651 - 672	INTERMEDIAÇÃO FINANCEIRA
K 701 - 749	ATIVIDADES IMOBILIÁRIAS, ALUGUÉIS E SERVIÇOS PRESTADOS ÀS EMPRESAS
L 751 - 753	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, DEFESA E SEGURIDADE SOCIAL
M 801 - 809	EDUCAÇÃO
N 851 - 853	SAÚDE E SERVIÇOS SOCIAIS
O 900 - 930	OUTROS SERVIÇOS COLETIVOS, SOCIAIS E PESSOAIS
P 950	SERVIÇOS DOMÉSTICOS
Q 990	ORGANISMOS INTERNACIONAIS E OUTRAS INSTITUIÇÕES EXTRATERRITORIAIS

A - AGRICULTURA, PECUÁRIA, SILVICULTURA.
EXPLORAÇÃO FLORESTAL
E SERVIÇOS RELACIONADOS COM ESTAS ATIVIDADES
011 - Produção de Lavouras Temporárias
Inclui cultivo de cereais; cultivo de algodão herbáceo; cultivo de cana-de-açúcar, cultivo de fumo; cultivo de soja; cultivo de outros produtos temporários.
012 - Horticultura e Produtos de Viveiro - Inclui cultivo de hortaliças; legumes e especiarias hortícolas; cultivo de flores e plantas ornamentais.
013 - Produção de Lavouras Permanentes
Inclui cultivo de frutas cítricas; cultivo de café; cultivo de cacau; cultivo de uva; cultivo de outras frutas, frutos secos; plantas para preparo de bebidas e para produção de condimentos
014 - Pecuária
Inclui criação de bovinos; criação de outros animais de grande porte; criação de ovinos; criação de suínos; criação de aves; criação de outros animais.
015 - Produção Mista: Lavoura e Pecuária
016 - Atividades de Serviços Relacionados com a Agricultura e Pecuária, Exceto Atividades Veterinárias
021 - Silvicultura, Exploração Florestal e Serviços Relacionados com estas Atividades
B - PESCA, AQUICULTURA E SERVIÇOS RELACIONADOS COM ESTAS ATIVIDADES
051 - Pesca, Aquicultura e Atividades dos Serviços Relacionados com estas Atividades
C - INDÚSTRIAS EXTRATIVAS
100 - Extração de Carvão Mineral
111 - Extração de Petróleo e Gás Natural
112 - Serviços Relacionados com a Extração de Petróleo e Gás, exceto a Prospecção Realizada por Terceiros
131 - Extração de Minério de Ferro
132 - Extração de Minérios Metálicos Não Ferrosos
Inclui alumínio, estanho, manganês, metais preciosos, minerais radioativos, minerais metálicos não ferrosos
141 - Extração de Pedra, Areia e Argila
142 - Extração de Outros Minerais Não Metálicos
Incluir minerais para fabricação de adubos; fertilizantes e produtos químicos, extração e refino de sal marinho e sal-gema; outros minerais não metálicos
D - INDÚSTRIA DE TRANSFORMAÇÃO
151 - Abate e Preparação de Produtos de Carne e de Pescado
Inclui abate reses; preparação de produtos de carne; abate de aves e outros pequenos animais e preparação de produtos de carne; preparação de carne, banha e produtos de salsicharia não-associadas ao abate; preparação e preservação do pescado e fabricação de conservas de peixes, crustáceos e moluscos.
152 - Processamento, Preservação e Produção de Conservas de Frutas, Legumes e outros vegetais
Inclui processamento, preservação e produção de· conservas frutas; processamento, preservação e produção de conservas de legumes e outros vegetais; produção de sucos de frutas e de legumes.
153 - Produção de Óleos e Gorduras Vegetais e Animais
Inclui produção de óleos vegetais em bruto; refino de óleos vegetais; preparação de margarina e outras gorduras vegetais e de óleos de origem animal não-comestíveis.
154 - Laticínios
Inclui preparação do leite; fabricação de produtos do laticínio; fabricação de sorvetes.
155 - Moagem, Fabricação de Produtos Amiláceos e de Raçoes Balanceadas para Animais
Inclui beneficiamento de arroz e fabricação de produtos do arroz; moagem de trigo e fabricação de derivados; fabricação de farinha de mandioca e derivados; fabricação de fubá e farinha de milho; fabricação de amidos e féculas de vegetais e fabricação de óleos de milho; fabricação de rações balanceadas para animais; beneficiamento, moagem e preparação de outros alimentos de origem vegetal.
156 - Fabricação e Refino de Açúcar
Inclui usinas de açúcar; refino e moagem de açúcar.?
157 - Torrefação e Moagem de Café
Inclui fabricação de café solúvel.?
158 - Fabricação de Outros Produtos Alimentícios
Inclui fabricação de produtos de padaria, confeitaria e pastelaria; fabricação de biscoitos e bolachas; produção de derivados de cacau e elaboração de chocolates, balas, gomas de mascar; fabricação de massas alimentícias; preparação de especiarias, molhos, temperos e condimentos; preparação de produtos dietéticos, alimentos para crianças e outros alimentos conservados; fabricação de outros produtos alimentícios.
159 - Fabricação de Bebidas
Inclui Fabricação, retificação, homogeneização e mistura de aguardentes e outras e bebidas destiladas; Fabricação de vinho; Fabricação de malte, cervejas e chopes; Engarrafamento e gaseificação de águas minerais; Fabricação de refrigerantes e refrescos.
FABRICAÇÃO DE PRODUTOS DO FUMO
160 - Fabricação de produtos do fumo
FABRICAÇÃO DE PRODUTOS TÊXTEIS
171 - Beneficiamento de Fibras Têxteis Naturais
Inclui algodão; outras fibras têxteis naturais.?
172 - Fiação
Inclui algodão; outras fibras têxteis naturais; fibras artificiais ou sintéticas; fabricação de linhas e fios para coser e bordar.?
173 - Tecelagem - Inclusive Fiação e Tecelagem?
Inclui algodão; fios de fibras têxteis naturais; fios e filamentos contínuos artificiais ou sintéticos.?
174 - Fabricação de Artefatos Têxteis Incluindo Tecelagem
Inclui de artigos de tecido de uso doméstico, incluindo tecelagem; outros artefatos têxteis, incluindo tecelagem
175 - Serviços de Acabamento em Fios, Tecidos e Artigos Têxteis
?Inclui os produzidos por terceiros.?
176 - Fabricação de Artefatos Têxteis a Partir de Tecidos - Exclusive Vestuário e de Outros Artigos. Têxteis?
Inclui artefatos de tapeçaria; artefatos de cordoaria; tecidos especiais; produzidos em malharias (tricotagens).?
177 - Fabricação de Tecidos e Artigos de Malhas de Vestuário
CONFECÇÃO DE ARTIGOS DO VESTUÁRIO E ACESSÓRIOS
181 - Confecção de artigo do vestuário e acessórios
Inclui peças interiores do vestuário; outras peças do ves-tuário; roupas profissionais.
182 - Fabricação de Acessórios do Vestuário e de Segurança Profissional
Inclui acessórios para segurança e industrial e pessoal.
PREPARAÇÃO DE COUROS E FABRICAÇÃO DE ARTEFATOS DE COURO, ARTIGOS DE VIAGEM E CALÇADOS
191 - Curtimento e outras preparações de couro
192 - Fabricação de Artigos para Viagem e de Artefatos Diversos de Couro
?Inclui fabricação de malas, bolsas, valises e outros artefatos para viagem de qualquer material; fabricação de outros artefatos de couro.
193 - Fabricação de Calçados
Inclui calçados de couro, tênis de qualquer material; calçados de plásticos; calçados de outros materiais.
FABRICAÇÃO DE PRODUTOS DE MADEIRA?
201 - Desdobramento de madeira
202 - Fabricação de Produtos de Madeira, Cortiça e Material Trançado
Exclusive Móveis. Inclui madeira laminada e de chapas de madeira compensada, prensada ou aglomerada; esquadrias de madeira, de casas de madeira pré-fabricadas, de estruturas de madeira e artigos de carpintaria; artefatos de tanoaria e embalagens de madeira; artefatos diversos de madeira, palha, cortiça e material trançado - exceto móveis
FABRICAÇÃO DE CELULOSE, PAPEL E PRODUTOS DE PAPEL
211 - Fabricação de celulose e outras pastas para a fabricação de papel
212 - Fabricação de papel, papelão liso, cartolina e cartão
213 - Fabricação de embalagens de papel ou de papelão - inclusive a fabricação de papelão corrugado
214 - Fabricação de artefatos diversos de papel, papelão, cartolina e cartão para escritório, fitas e formulários contínuos - impressos ou não
EDIÇÃO, IMPRESSÃO E REPRODUÇÃO DE GRAVAÇÕES
221 - Edição, edição e impressão de jornais; revistas; livros; discos, fitas e outros materiais gravados; edição e impressão de outros produtos gráficos
222 - Impressão e Serviços Conexos para Terceiros;
Inclui impressão de jornais, revistas e livros; serviço de impressão de material escolar e de material para usos industrial e comercial; Execução de outros serviços gráficos
223 - Reprodução de Materiais Gravados: discos e fitas; fitas de vídeos; filmes; programas de informática em disquete e fitas.
231 - Coquerias?
232 - Refino de Petróleo
233 - Elaboração de_Combustíveis Nucleares?
234 - Produção de Álcool
FABRICAÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS
241 - Fabricação de Produtos Químicos Inorgânicos
?Inclui cloro e álcalis; intermediários para fertilizantes; fertilizantes fosfatados, nitrogenados e potássicos; gases industriais; outros produtos inorgânicos.
242 - Fabricação de Produtos Químicos Orgânicos
Inclui produtos petroquímicos básicos; Fabricação de intermediários para resinas e fibras; e outros produtos químicos orgânicos.
243 - Fabricação de Resinas Termoplásticas e Termofixas e Elastômetros
244 - Fabricação de fibras, fios, cabos e filamentos contínuos artificiais e Sintéticos
(exclui cabos metálicos para condução de eletricidade).
245 - Fabricação de Produtos Farmacêuticos
Inclui produtos farmoquímicos; medicamentos para uso humano; medicamentos para uso veterinário; materiais para usos médicos, hospitalares e odontológicos.
246 - Fabricação de Defensivos Agrícolas (Agrotóxicos)

Inclui inseticidas; fungicidas; herbicidas; outros defensivos agrícolas

247 - Fabricação de sabões, Detergentes, Produtos de Limpeza e Artigos de Perfumaria

248 -Fabricação de Tintas, Tintas de Impressão, Vernizes, Esmaltes, Lacas Impermeabilizante, Solventes e Produtos afins

249 - Fabricação de Produtos e Preparados Químicos Diversos

Inclui adesivos e selantes; explosivos; catalisadores; aditivos de uso industrial; chapas, filmes, papéis e outros materiais e produtos químicos para fotografia; discos e fitas virgens; e outros produtos químicos não especificados ou não classificados

FABRICAÇÃO DE ARTIGOS DE BORRACHA E PLÁSTICO

251 - Fabricação de artigos de borracha, pneumáticos e câmaras de ar, recondicionamento de pneumáticos e artefatos diversos de borracha

252 - Fabricação de Produtos de Plástico

Inclui laminados planos e tubulares de plástico; embalagem de plástico; artefatos diversos de plástico

FABRICAÇÃO DE PRODUTOS MINERAIS NÃO-METÁLICOS

261 - Fabricação de vidro e produtos de vidro

Inclui vidro plano de segurança; vasilhames de vidro e artigos de vidro

262 - Fabricação de cimento

263 - Fabricação de artefatos de concreto, cimento, fibrocimento, gesso e estuque

264 - Fabricação de produtos cerâmicos

Incluir e produtos cerâmicos não-refratários para uso estrutural na construção civil; produtos cerâmicos refratários; produtos cerâmicos não-refratários para usos diversos

269 - Aparelhamento de Pedras e Fabricação De Cal e de Outros Produtos De Minerais Não-metálicos

Inclui Britamento, aparelhamento e outros trabalhos em pedras (não associado a extração); Fabricação de cal virgem, cal hidratada, gesso e outros produtos de minerais não-metálicos

METALURGIA BÁSICA

271 - Siderúrgicas Integradas

Inclui Produção de laminados planos e não planos de aço

272 - Fabricação de Produtos Siderúrgicos - Exclusive em Siderúrgicas Integradas

Inclui produção de gusa; produção de ferro, aço e ferro-ligas em formas primárias e semi-acabados; relaminados, trefilados e retrefilados de aço, exclusive tubos.

273 - Fabricação de Tubos - Exclusive em Siderúrgicas Integradas

Inclui tubos de aço com costura; outros tubos de ferro e aço

274 - Metalurgia de Metais Não-Ferrosos: Alumínio e suas ligas, Metais Preciosos e outros metais não-ferrosos e suas ligas

275 Fundição

Inclui fabricação de peças fundidas de ferro e aço e de peças fundidas de metais não-ferrosos e suas ligas

FABRICAÇÃO DE PRODUTOS DE METAL - EXCETO MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS

281 - Fabricação de estruturas metálicas e Obras de Caldeiraria Pesada

Inclui estruturas metálicas para edifícios, pontes, torres de transmissão, andaimes e outros fins; esquadrias de metal; obras de caldeiraria pesada

282 - Fabricação de tanques, Caldeiras e Reservatórios Metálicos

Inclui caldeiras para aquecimento central; caldeiras geradoras de vapor - exclusive para aquecimento central e para veículos

283 - Forjaria, Estamparia, Metalurgia do Pó e Serviços de Tratamento de Metais

Inclui produtos de forjados de aço e metais não-ferrosos e suas ligas; Fabricação de artefatos estampados de metal; Metalurgia do pó; Têmpera, cementação e tratamento térmico do aço, serviços de usinagem, galvanotécnica e solda.

284 - Fabricação de Artigos de Cutelaria, de Serralheria (exclusive esquadrias) e Ferramentas Manuais

Inclui embalagens metálicas; artefatos de trefilados; artigos de funilaria e de artigos de metal para usos doméstico e pessoal; outros produtos elaborados de metal.

FABRICAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS

291 - Fabricação de Motores, Bombas, Compressores e Equipamentos de Transmissão

Inclui motores estacionários de combustão interna, turbinas e outras máquinas motrizes não elétricas - exclusive para aviões e veículos rodoviários; bombas e carneiros hidráulicos; válvulas, torneiras e registros; compressores; equipamentos de transmissão para fins industriais - inclusive rolamentos

292 - Fabricação de Máquinas e Equipamentos de Uso Geral

Inclui fornos industriais, aparelhos e equipamentos não elétricos para instalações térmicas; estufas e fornos elétricas para fins industriais; máquinas, equipamentos e aparelhos para transporte e elevação de cargas e pessoas; máquinas e aparelhos de refrigeração e ventilação de usos industrial e comercial; aparelhos de ar condicionado; outras máquinas e equipamentos de uso geral

293 - Fabricação de Tratores e de Máquinas e Equipamentos para Agricultura, Avicultura e Obtenção de Produtos Animais

294 - Fabricação de máquinas-ferramentas

295 - Fabricação de Máquinas e Equipamentos de Usos na Extração Mineral e Construção

Inclui máquinas e equipamentos para a indústria de prospecção e extração de petróleo; outras máquinas e equipamentos de uso na extração mineral e construção; tratores de esteira e tratores de uso na extração mineral e construção e mineração; máquinas e equipamentos de terraplanagem e pavimentação.

296 - Fabricação de Outras Máquinas e Equipamentos de Uso Específico

Inclui máquinas para a indústria metalúrgica - exclusive máquinas - ferramentas; máquinas e equipamentos para as industrias alimentar, de bebidas e fumo; máquinas e equipamentos para a indústria têxtil; máquinas e equipamentos para as indústrias do vestuário e de couro e calçados; máquinas e equipamentos para indústrias de celulose, papel e papelão e artefatos; outras máquinas e equipamentos de uso específico

297 - Fabricação de Armas, Munições e Equipamentos Militares e Equipamento Bélico Pesado

298 - Fabricação de Eletrodomésticos

Inclui fogões, refrigeradores e máquinas de lavar e secar para uso doméstico; outros aparelhos eletrodomésticos.

FABRICAÇÃO DE MÁQUINAS PARA ESCRITÓRIO E EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA

301 - Fabricação de Máquinas Para Escritório

Inclui máquinas de escrever e calcular, copiadoras e outros equipamentos não-eletrônicos para escritório; máquinas de escrever e calcular, copiadoras e outros equipamentos eletrônicos destinados à automação gerencial e comercial

302 - Fabricação de Máquinas E Equipamentos de Sistemas Eletrônicos Para Processamento de Dados

Inclui computadores; equipamentos periféricos para máquinas eletrônicas para tratamento de informações.

FABRICAÇÃO DE MÁQUINAS, APARELHOS E MATERIAIS ELÉTRICOS

311 - Fabricação de geradores de corrente contínua ou alternada, transformadores, indutores, conversores, sincronizadores e semelhantes e motores elétricos

312 - Fabricação de Equipamentos para Distribuição e Controle de Energia Elétrica

Inclui subestações, quadros de comando, reguladores de voltagem e outros aparelhos e equipamentos para distribuição e controle de energia; material elétrico para instalações em circuito de consumo

313 - Fabricação de fios, cabos e condutores elétricos isolados

314 - Fabricação de pilhas, baterias e acumuladores elétricos

315 - Fabricação de luminárias e equipamentos de iluminação - exclusive para veículos

316 - Fabricação de material elétrico para veículos - exclusive baterias

319 - Fabricação de outros aparelhos ou equipamentos elétricos

Inclui eletrodos, contatos e outros artigos de carvão e grafita para uso elétrico, eletroimãs e isoladores; aparelho e utensílios para sinalização; outros aparelho ou equipamentos elétricos.

FABRICAÇÃO DE MATERIAL ELETRÔNICO E DE APARELHOS E EQUIPAMENTOS DE COMUNICAÇÕES

321 - Fabricação de material eletrônico básico

322 - Fabricação de Aparelhos e Equipamentos de Telefonia e Radiotelefonia e de Transmissores de Televisão e Rádio

Inclui equipamentos transmissores de rádio e televisão e de equipamentos para estações telefônicas, para radiotelefonia e radiotelegrafia - inclusive de microondas e repetidoras; aparelhos telefônicos, sistemas de intercomunicação e semelhantes

323 - Fabricação de aparelhos receptores de rádio e televisão e de reprodução, gravação ou amplificação de som e vídeo

FABRICAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE INSTRUMENTAÇÃO MÉDICOHOPITALARES, INSTRUMENTOS DE PRECISÃO E ÓPTICOS, EQUIPAMENTOS PARA AUTOMAÇÃO INSDUSTRIAL, CRONÔMETROS E RELÓGIOS

331 - Fabricação de aparelhos e instrumentos para usos médico-hospitalares, odontológicos e de laboratórios e aparelhos ortopédicos

332 - Fabricação de aparelhos e instrumentos de medida, teste e controle - exclusive equipamentos para controle de processos industriais

333 -

Fabricação de máquinas, aparelhos e equipamentos de sistemas eletrônicos dedicados a automação industrial e controle do processo produtivo

334 - Fabricação de aparelhos, instrumentos e materiais ópticos, fotográficos e cinematográficos

335 - Fabricação de cronômetros e relógios

FABRICAÇÃO E MONTAGEM DE VEÍCULOS AUTOMOTORES, REBOQUES E CARROCERIAS

341 - Fabricação de automóveis, camionetas e utilitários

342 - Fabricação de caminhões e ônibus

343 - Fabricação de cabines, carrocerias e reboques

344 - Fabricação de peças e acessórios para veículos automotores

Inclui peças e acessórios para o sistema motor; peças e acessórios para os sistemas de marcha e transmissão; peças e acessórios para o sistema de freios; peças e acessórios para o sistema de direção e suspensão; peças e acessórios de metal para veículos automotores não classificados em outra classe.

345 - Recondicionamento ou recuperação de motores para veículos automotores

346 - Construção e reparação de embarcações e estruturas flutuantes para esporte e lazer

352 - Construção, montagem e reparação de veículos ferroviários

Inclui construção e montagem de locomotivas, vagões e outros materiais rodantes; fabricação de peças e acessórios para veículos ferroviários; Reparação de veículos ferroviários

353 - Construção, montagem e reparação de aeronaves

359 - Fabricação de outros equipamentos de transporte

Inclui motocicletas; bicicletas e triciclos não-motorizados; outros equipamentos de transporte

FABRICAÇÃO DE MÓVEIS E INDÚSTRIAS DIVERSAS

361 - Fabricação de artigos do mobiliário

Inclui móveis com predominância de madeira; móveis com predominância de metal; móveis de outros materiais; colchões

369 Fabricação de Produtos Diversos

Inclui lapidação de pedras preciosas e semipreciosas, fabricação de artefatos de ourivesaria e joalheria; instrumentos musicais; artefatos para caça, pesca e esporte; brinquedos e de jogos recreativos; canetas, lápis, fitas impressoras para máquinas e outros artigos para escritório; aviamentos para costura; escovas, pincéis e vassouras; produtos diversos.

RECICLAGEM

371 - Reciclagem de sucatas metálicas

372 - Reciclagem de sucatas não-metálicas

E - PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ELETRICIDADE, GÁS E ÁGUA

ELETRICIDADE, GÁS E ÁGUA QUENTE

401 - Produção e distribuição de energia elétrica

402 - Produção e distribuição de gás através de tubulações

403 - Produção e distribuição de vapor e água quente

CAPTAÇÃO, TRATAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA

410 - Captação, tratamento e distribuição de água

F - CONSTRUÇÃO

451 - Preparação do terreno

Inclui demolição e preparação do terreno; perfurações e execução de fundações destinadas à construção civil; grandes movimentações de terra

452 - Construção de edifícios e obras de engenharia civil

Inclui edificações (residenciais, industriais, comerciais e de serviços) - inclusive ampliação e reformas completas; obras viárias - inclusive manutenção; grandes estruturas e obras de arte; obras de urbanização e paisagismo; montagens industriais; obras de outros tipos.

453 - Obras de infraestrutura para Engenharia Elétrica, Eletrônica e Engenharia Ambiental

Inclui construção de barragens e represas para geração de energia elétrica; construção de estações e redes de distribuição de energia elétrica; construção de estações e redes de telefonia e comunicação; obras de prevenção e recuperação do meio ambiente.

454 - Obras de instalações

Inclui instalações elétricas; sistemas de ar condicionado, de ventilação e refrigeração; instalações hidráulicas, sanitárias, de gás e de sistema de prevenção contra incêndio; de para-raios; de segurança e alarme; outras obras de instalações.

455 - Obras de acabamentos e serviços auxiliares da construção

Inclui alvenaria e reboco; impermeabilização e serviços de pintura em geral; outros serviços auxiliares da construção.

456 - Aluguel de equipamentos de construção e demolição com operários

G - COMÉRCIO; REPARAÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES

OBJETOS PESSOAIS E DOMÉSTICOS

COMÉRCIO E REPARAÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES E MOTOCICLETAS; E COMÉRCIO A VAREJO DE COMBUSTÍVEIS

501 - Comércio a varejo e por atacado de veículos automotores

502 - Manutenção e reparação de veículos automotores

503 - Comércio a varejo e por atacado de peças e acessórios para veículos automotores

504 - Comércio a varejo e por atacado de motocicletas, partes, peças e acessórios

505 - Comércio a varejo de combustíveis

COMÉRCIO POR ATACADO E INTERMEDIÁRIOS DO COMÉRCIO

511 - Intermediários do comércio

Inclui matérias-primas agrícolas, animais vivos, matérias primas têxteis e produtos semi-acabados; combustíveis, minerais, metais e produtos químicos industriais; madeira, material de construção e ferragens; máquinas, equipamentos industriais, embarcações e aeronaves; móveis e artigos de uso doméstico; têxteis, vestuário, calçados e artigos de couro; produtos alimentícios, bebidas e fumo; comércio especializado em produtos não especificados anteriormente.

512 - Comércio atacadista de produtos agropecuários "in natura; produtos alimentícios para animais e comércio atacadista de animais vivos

513- Comércio atacadista de produtos alimentícios, bebidas e fumo

Inclui leite e produtos do leite; cereais beneficiados, farinhas, amidos e féculas; hortifrutigranjeiros; carnes e produtos de carne; pescados; bebidas; produtos do fumo; outros produtos alimentícios não especificados anteriormente.

514 - Comércio atacadista de artigos de usos pessoal e doméstico

Inclui fios têxteis, tecidos, artefatos de tecidos e de armarinho; artigos do vestuário e complementos; calçados; eletrodomésticos e outros equipamentos de usos pessoal e doméstico; produtos farmacêuticos, médicos, ortopédicos e odontológicos; cosméticos e produtos de perfumaria; artigos de escritório e de papelaria; papelão e seus artefatos, livros, jornais, e outras publicações; outros artigos de usos pessoal e doméstico, não especificados anteriormente.

515 - Comércio atacadista de produtos intermediários não-agropecuários, resíduos e sucatas

Inclui combustíveis; produtos extrativos de origem mineral; madeira, material de construção, ferragens e ferramentas; produtos químicos; resíduos e sucatas; outros produtos intermediários não agropecuários, não especificados anteriormente

516 - Comércio atacadista de máquinas, aparelhos e equipamentos para usos agropecuário, comercial, de escritório, industrial, técnico e profissional

519 - Comércio atacadista de mercadorias em geral ou não compreendidas nos grupos anteriores

COMÉRCIO VAREJISTA E REPARAÇÃO DE OBJETOS PESSOAIS E DOMÉSTICOS

521 - Comércio varejista não especializado

Inclui mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios, com área de venda superior a 5000 metros quadrados - hipermercados; mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios, com área de venda entre 300 e 5000 metros quadrados - supermercados; mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios, com área de venda inferior a 300 metros quadrados; lojas de conveniência; comércio varejista não especializado, sem predominância de produtos alimentícios.

522 - comércio varejista de produtos alimentícios, bebidas e fumo em lojas especializadas

Inclui produtos de padaria, de laticínio, frios e conservas; doces, balas, bombons e semelhantes; carnes - açougues; bebidas; outros produtos alimentícios não especificados anteriormente e de produtos do fumo.

523 - Comércio varejista de tecidos e artigos de armarinho, vestuário e complementos, calçados, artigos de couro e viagem em lojas especializadas.

524 - Comércio varejista de outros produtos em lojas especializadas

Inclui produtos farmacêuticos, artigos médicos e ortopédicos, de perfumaria e cosméticos; máquinas e aparelhos de usos doméstico e pessoal, discos e instrumentos musicais; móveis, artigos de iluminação e outros artigos para residência; material de construção, ferragens e ferramentas manuais e produtos metalúrgicos; vidros, espelhos e vitrais; tintas e madeiras; equipamentos para escritório; informática e comunicação; livros, jornais, revistas e papelaria; gás liquefeito de petróleo (GLP); outros produtos não especificados anteriormente.

525 - Comércio varejista de artigos usados, em lojas

526 - Comércio varejista não realizado em lojas

Inclui comércio varejista de artigos em geral, por catálogo ou pedido pelo correio; realizado em vias públicas, postos móveis, através de máquinas automáticas e a domicílio

527 - Reparação de objetos pessoais e domésticos

Inclui reparação manutenção de máquinas e de aparelhos eletrodomésticos; reparação de calçados; reparação de outros objetos pessoais e domésticos.

H - ALOJAMENTO E ALIMENTAÇÃO

551 - Estabelecimentos hoteleiros com ou sem restaurante e outros tipos de alojamento temporário

552 - Restaurantes e outros estabelecimentos de serviços de alimentação

Inclui restaurante e estabelecimentos de bebidas, com serviço completo; lanchonetes e similares; cantinas (serviços de alimentação privativos); fornecimento de comida preparada; outros serviços de alimentação.

I - TRANSPORTE, ARMAZENAGEM E COMUNICAÇÕES

601 - Transporte ferroviário interurbano

602 - Outros transportes terrestres

Inclui transporte ferroviário de passageiros, urbano; transporte metroviário; transporte rodoviário de passageiros, regular, urbano; transporte rodoviário de passageiros, regular, não urbano; transporte rodoviário de passageiros, não regular; transporte rodoviário de cargas, em geral; transporte rodoviário de produtos perigosos; transporte rodoviário de mudanças; transporte regular em bondes, funiculares, teleféricos ou trens próprios para exploração de pontos turísticos

603 - Transporte dutoviário

611 - Transporte marítimo de cabotagem e longo curso

612 - Outros transportes aquaviários

Inclui navegação interior de passageiros; navegação interior de carga; transporte aquaviário urbano

621 - Transporte aéreo, regular

622 - Transporte aéreo, não regular

623 - Transporte espacial

ATIVIDADES ANEXAS E AUXILIARES DO TRANSPORTE E AGÊNCIAS DE VIAGEM

631 - Movimentação e armazenamento e depósitos de cargas e descarga

632 - Atividades auxiliares dos transportes terrestres, aquaviários e aéreos

633 - Atividades de agências de viagens e organizadores de viagem

634 - Atividades relacionadas a organização do transporte de cargas

CORREIO E TELECOMUNICAÇÕES

641 - Correio - atividades do Correio Nacional e outras atividades de correio

642 - Telecomunicações

J - INTERMEDIAÇÃO FINANCEIRA

INTERMEDIAÇÃO FINANCEIRA, EXCLUSIVE SEGUROS e PREVIDÊNCIA PRIVADA

651 - Banco Central

652 - Intermediação monetária - depósitos à vista

Inclui bancos comerciais; bancos múltiplos (com carteira comercial); caixas econômicas; cooperativas de crédito

653 - Intermediação monetária - outros tipos de depósitos

Inclui bancos múltiplos (sem carteira comercial); bancos de investimento; bancos de desenvolvimento; crédito imobiliário; sociedades de crédito, financiamento e investimento.

654 - Arredamento Mercantil

655 - Outras atividades de concessão de crédito

inclui agências de desenvolvimento; outras atividades de concessão de crédito.

659 - Outras atividade de intermediação financeira, não especificadas anteriormente

Inclui fundos mútuos, de investimento; sociedades de capitalização; outras atividades de intermediação financeira, não especificadas anteriormente.

SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA

661 - Seguros de vida e não vida e resseguros

662 - Previdência privada fechada e aberta

663 - Planos de saúde

ATIVIDADES AUXILIARES DA INTERMEDIAÇÃO FINANCEIRA

671 - Atividades auxiliares da intermediação financeira, exclusive seguros e previdência privada

Inclui administração de mercados bursáteis; atividades de intermediários em transações de títulos e valores mobiliários; outras atividades auxiliares da intermediação financeira, não especificadas anteriormente.

672 - Atividades auxiliares dos seguros e da previdência privada

K - ATIVIDADES IMOBILIÁRIAS, ALUGUÉIS E SERVIÇOS PRESTADOS ÀS EMPRESAS

ATIVIDADES IMOBILIÁRIAS

701 - Incorporação de imóveis por conta própria

702 - Aluguel de imóveis

7-3 - Atividades imobiliárias - incorporação e administração de imóveis por conta de terceiros

704 - Condomínios prediais

ALUGUEL DE VEÍCULOS, MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS SEM CONDUTORES OU OPERADORES E DE OBJETOS PESSOAIS E DOMÉSTICOS

711 - Aluguel de automóveis

712 - Aluguel de outros meios de transporte terrestre, embarcações e aeronaves

713 - Aluguel de máquinas e equipamentos

Inclui aluguel de máquinas e equipamentos agrícolas; máquinas e equipamentos para construção e engenharia civil; máquinas e equipamentos para escritórios; máquinas e equipamentos de outros tipos não especificados anteriormente

714 - Aluguel de objetos pessoais e domésticos

ATIVIDADES DE INFORMÁTICA E CONEXAS

721 - Consultoria em sistemas de informática

722 - Desenvolvimento de programas de informática

723 - Processamento de dados

724 - Atividades de Banco de Dados

725 - Manutenção e reparação de máquinas de escritório e de informática

729 - Outras atividades de informática, não especificadas anteriormente

PESQUISA E DESENVOLVIMENTO

731 - Pesquisa e desenvolvimento das ciências físicas e naturais

732 - Pesquisa e desenvolvimento das ciências sociais e humanas

SERVIÇOS PRESTADOS PRINCIPALMENTE ÀS EMPRESAS

741 - Atividades jurídicas, contábeis e de assessoria empresarial

Inclui atividades jurídicas; de contabilidade e auditoria; pesquisas de mercado e de opinião pública; gestão de participações societárias (holdings); sedes de empresas e unidades administrativas locais; atividades de assessoria em gestão empresarial.

742 - Serviços de arquitetura e engenharia e de assessoramento técnico especializado

743 - Ensaios de materiais e de produtos; análise de qualidade

744 - Publicidade

745 - Seleção, agenciamento e locação de mão-de-obra

746 - Atividades de investigação, vigilância e segurança

747 - Outras atividades de serviços prestados principalmente às empresas

Inclui atividades fotográficas; atividades de envasamento e empacotamento, por conta de terceiros; outras atividades de serviços prestados principalmente às empresas, não especificadas anteriormente.

L - ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, DEFESA E SEGURIDADE SOCIAL

751 - Administração do estado e da política econômica e social

Inclui administração pública em geral; regulação das atividades sociais e culturais; regulação das atividades econômicas; Atividades de apoio à administração pública

752 - Serviços coletivos prestados pela Administração Pública

Inclui relações exteriores; defesa, justiça, segurança e ordem pública; defesa civil

753 - Seguridade social

M- EDUCAÇÃO

801 - Educação pré-escola e fundamental

802 - Educação média de formação geral, profissionalizantes ou técnica

803 - Educação superior

809 - Formação permanente e outras atividades de ensino

Inclui ensino em autoescolas e cursos de pilotagem; educação supletiva; educação continuada ou permanente e aprendizagem profissional; ensino à distância; educação especial.

N - SAÚDE E SERVIÇOS SOCIAIS

851 - Atividades de atenção à saúde

Inclui atividades de atendimento hospitalar; de atendimento a urgências e emergências; de atenção ambulatorial; de serviços de complementação diagnóstica ou terapêutica; de outros profissionais da área de saúde; outras atividades relacionadas com a atenção à saúde

852 - Serviços veterinários

853 - Serviços sociais com ou sem alojamento

O - OUTROS SERVIÇOS COLETIVOS, SOCIAIS E PESSOAIS

900 - Limpeza urbana e esgoto; e atividades relacionadas

911 - Atividades de organizações empresariais, patronais e profissionais

912 - Atividades de organizações sindicais

919 - Outras Atividades Associativas

Inclui organizações religiosas; organizações políticas; outras atividades associativas, não-especificadas anteriormente?

921 - Atividades Cinematográficas e de Vídeo

Inclui produção, distribuição e projeção de filmes cinematográficos e fitas de vídeo.

922 - Atividades de Rádio e de Televisão

?923 - Outras Atividades Artísticas e de Espetáculos?Inclui atividades de teatro, música e outras atividades artísticas e literárias; gestão de salas de espetáculos; outras atividades de espetáculos, não-especificadas anteriormente

924 - Atividades de Agências de Notícias

925 - Atividades de Bibliotecas, Arquivos, Museus e Outras Atividades Culturais

Inclui conservação do patrimônio histórico; atividades de jardins botânicos, zoológicos, parques nacionais e reservas ecológicas.

926 - Atividades Desportivas e Outras Relacionadas ao Lazer

SERVIÇOS PESSOAIS

?930 - Serviços Pessoais?

Inclui lavanderias e tinturarias; cabeleireiros e outros tratamentos de beleza; atividades funerárias e conexas; atividades de manutenção do físico corporal; outras atividades de serviços pessoais, não especificadas anteriormente.

P - SERVIÇOS DOMÉSTICOS?

950 - Serviços Domésticos

?Q - ORGANISMOS INTERNACIONAIS E OUTRAS INSTITUIÇÕES EXTRATERRITORIAIS

990 - Organismos Internacionais e Outras Instituições Extraterritoriais

Anexo LII

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DA AIH - LAUDO MÉDICO PARA COMUNICAÇÃO DE AGRAVO RELACIONADO AO TRABALHO (Origem: PRT MS/GM 1969/2001, Anexo 4)

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

LAUDO MÉDICO PARA COMUNICAÇÃO DE AGRAVO RELACIONADO AO TRABALHO

UNIDADE DE ATENDIMENTO						
NOME			CÓDIGO/CNPJ			
ÓRGÃO EMISSOR						
NOME DO PACIENTE						
Nº DO CARTÃO SUS		CPF		PIS/PASEP/Nº INDIVIDUAL		
ENDEREÇO	BAIRRO		MUNICÍPIO		UF	
CEP	DATA DE NASCIMENTO	CBO/TRABALHADOR	SEXO	MASC.	FEM.	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS			TIPO DE CAUSA EXTERNA			
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO	CGC DA SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE			
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTES E/OU DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO						
PIS/PASEP/Nº INDIVIDUAL	VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
	EMPREGADO	EMPREGADOR	AUTÔNOMO	DESEMPREG.	APOSENTADO	NÃO SEGURADO
CNPJ/EMPRESA	CNAE/EMPRESA	ACIDENTE TRABAHO TIPICO	ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO						
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS						
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO						
PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICO						
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID (1)	CID (2)	CLÍNICA CIRÚRGICA	CLÍNICA OBSTÉTRICA	CLÍNICA MÉDICA	
			1	2	3	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	FPT/CRON	PSIQUIÁTRICO	PEDIÁTRICA	OUTRAS		
		4	5	7	9	
ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE (EXAMINADOR)	CRM	DATA				

Anexo LIII

ESPECIALIDADES E PRÉ-REQUISITOS PARA INSTITUIÇÕES PÚBLICAS ESTADUAIS, DISTRITAL E MUNICIPAIS DE SAÚDE E PARA OS HOSPITAIS PRIVADOS SEM FINS LUCRATIVOS, EXCETUANDO-SE ENTIDADES DE SAÚDE RECONHECIDAS COMO DE EXCELÊNCIA CONFORME LEI Nº 12.101/2009 E REGULAMENTOS. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Anexo 1)

ESPECIALIDADES E PRÉ-REQUISITOS PARA INSTITUIÇÕES PÚBLICAS ESTADUAIS, DISTRITAL E MUNICIPAIS DE SAÚDE E PARA OS HOSPITAIS PRIVADOS SEM FINS LUCRATIVOS, EXCETUANDO-SE ENTIDADES DE SAÚDE RECONHECIDAS COMO DE EXCELÊNCIA CONFORME LEI Nº 12.101/2009 E REGULAMENTOS.

ESPECIALIDADE	PRÉ-REQUISITOS
1. Anestesiologia	Hospital com mínimo de 100 leitos gerais, 2 salas cirúrgicas, 10 a 20 leitos de UTI adulto, serviço de urgência hospitalar, habilitado para ortopedia ou neurocirurgia ou cardiologia.
2. Clínica Médica	Hospital com mínimo de 100 leitos gerais; mínimo de 5 a 10 leitos UTI adulto e serviço de urgência hospitalar na rede.
3. Cirurgia Geral	Hospital com mínimo de 100 leitos gerais; mínimo de 2 salas cirúrgicas; 5 a 10 leitos de UTI adulto; serviço de urgência hospitalar na rede.
4. Cirurgia do Trauma	Hospital com mínimo de 100 leitos gerais; mínimo de 5 a 10 leitos UTI adulto; mínimo de duas salas cirúrgicas; serviço de urgência hospitalar na rede, possuir habilitação em Centro de Trauma.
5. Cancerologia Clínica	Hospital com mínimo de 100 leitos gerais; mínimo de 5 a 10 leitos de UTI adulto; habilitação em UNACON ou CACON.
6. Cancerologia Cirúrgica	Hospital com mínimo de 100 leitos gerais; mínimo de 5 a 10 leitos de UTI adulto; mínimo de 2 salas cirúrgicas; habilitação em UNACON ou CACON.
7. Cancerologia Pediátrica	Hospital com mínimo de 50 leitos, mínimo de 5 leitos de pediatria clínica por residente, mínimo de 5 leitos de UTI pediátrica; sala cirúrgica; habilitação em UNACON ou CACON.
8. Cardiologia	Hospital com mínimo de 100 leitos gerais; mínimo de 10 leitos de UTI adulto; serviço de urgência hospitalar na rede e possuir habilitação em Alta Complexidade Cardiovascular.
9. Ginecologia e Obstetrícia	Hospital com mínimo de 40 leitos gerais, mínimo de 5 leitos obstetrícia (clínica ou cirúrgica) por residente, 2 leitos ginecologia, 1 sala cirúrgica.
10. Geriatria	Hospital com mínimo de 100 leitos gerais; mínimo de 5 a 10 leitos UTI adulto.
11. Medicina de Família e Comunidade	Atender aos parâmetros estabelecidos na Portaria nº 3.147/2012
12. Medicina Intensiva	Hospital com mínimo de 100 leitos gerais; mínimo de 10 a 20 leitos UTI adulto, serviço de urgência hospitalar na rede de atenção à saúde.
13. Medicina de Urgência	Hospital com mínimo de 100 leitos gerais, 10 a 20 leitos UTI adulto, serviço de urgência hospitalar próprio.
14. Neonatologia	Hospital com mínimo de 100 leitos gerais e/ou 20 leitos especializados em neonatologia no caso de maternidades; mínimo de 5 a 10 leitos de UTI neonatal.
15. Nefrologia	Hospital com mínimo de mínimo 100 leitos gerais; mínimo 5 a 10 leitos de UTI adulto; serviço de urgência hospitalar na rede, possuir Serviço de Nefrologia ou Centro de Referência em Nefrologia habilitado.
16. Neurocirurgia	Hospital com mínimo de 100 leitos gerais; mínimo de 10 leitos de UTI adulto; mínimo de duas salas cirúrgicas; serviço de urgência hospitalar na rede e possuir habilitação em Alta Complexidade para Neurocirurgia.
17. Neurologia	Hospital com mínimo de 100 leitos gerais; mínimo de 10 leitos de UTI adulto; mínimo de duas salas cirúrgicas; serviço de urgência hospitalar na rede e possuir habilitação em Alta Complexidade para Neurologia.
18. Ortopedia e Traumatologia	Hospital com mínimo de 100 leitos gerais; mínimo de 5 a 10 leitos de UTI adulto; mínimo de duas salas cirúrgicas; serviço de urgência hospitalar na rede, possuir habilitação em Alta Complexidade para Ortopedia e Traumatologia
19. Pediatria	Hospital com mínimo de 40 leitos, mínimo de 5 leitos de pediatria clínica por residente; mínimo de 5 leitos de UTI pediátrica e serviço de urgência pediátrica na rede.
20. Psiquiatria	Hospital com mínimo de 100 leitos gerais com no mínimo 10 leitos especializados em saúde mental, além de CAPS II ou III e serviço de urgência hospitalar na rede de atenção à saúde. Rodízios em todos os equipamentos de atenção psicossocial do município.
21.Radiologia e Diagnóstico por Imagem	Hospital que realize atendimento adulto, pediátrico e em ginecologia-obstetrícia; hospital com mínimo de 100 leitos gerais; sala cirúrgica, mínimo de 5 a 10 leitos de UTI adulto; serviço de urgência hospitalar na rede; possuir serviço de diagnóstico por imagem compatível com a formação do especialista em radiologia.
22. Radioterapia	Hospital com mínimo de 100 leitos gerais; mínimo 5 a 10 leitos UTI adulto; habilitação em UNACON ou CACON com radioterapia no SUS.

Anexo LIV

ESPECIALIDADES E PRÉ-REQUISITOS PARA INSTITUIÇÕES FEDERAIS VINCULADAS AO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (MEC) (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Anexo 2)

ESPECIALIDADES E PRÉ-REQUISITOS PARA INSTITUIÇÕES FEDERAIS VINCULADAS AO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (MEC)

ESPECIALIDADE	PRÉ-REQUISITOS
1. Anestesiologia	Hospital com mínimo de 100 leitos gerais, 2 salas cirúrgicas, 10 a 20 leitos de UTI adulto, serviço de urgência hospitalar, habilitado para ortopedia ou neurocirurgia ou cardiologia
2. Cancerologia Clínica	Hospital com mínimo de 100 leitos gerais; mínimo de 5 a 10 leitos de UTI adulto; habilitação em UNACON ou CACON
3. Cancerologia Cirúrgica	Hospital com mínimo de 100 leitos gerais; mínimo de 5 a 10 leitos de UTI adulto; mínimo de 2 salas cirúrgicas; habilitação em UNACON ou CACON.
4. Cancerologia Pediátrica	Hospital com mínimo de 50 leitos, mínimo de 5 leitos de pediatria clínica por residente, mínimo de 5 leitos de UTI pediátrica; sala cirúrgica; habilitação em UNACON ou CACON.
5. Cardiologia Pediátrica	Hospital com mínimo de 50 leitos, mínimo de 5 leitos de pediatria clínica por residente, mínimo de 5 leitos de UTI pediátrica; serviço de urgência hospitalar na rede; possuir serviço de diagnóstico por imagem compatível com a formação do especialista em cardiologia; possuir hospital habilitado como unidade de assistência de alta complexidade cardiovascular na rede.
6. Cirurgia Cardiovascular	Hospital habilitado como unidade de assistência de alta complexidade cardiovascular
7. Medicina de Família e Comunidade	Atender aos parâmetros estabelecidos na Portaria nº 3.147/2012
8. Medicina Nuclear	Hospital com mínimo de 100 leitos gerais; mínimo 5 a 10 leitos UTI adulto; habilitação em UNACON ou CACON com radioterapia no SUS.
9. Neurocirurgia	Hospital com mínimo de 100 leitos gerais; mínimo de 10 leitos de UTI adulto; mínimo de duas salas cirúrgicas; serviço de urgência hospitalar na rede e possuir habilitação em Alta Complexidade para Neurocirurgia
10. Ortopedia e Traumatologia	Hospital com mínimo de 100 leitos gerais; mínimo de 5 a 10 leitos de UTI adulto; mínimo de duas salas cirúrgicas; serviço de urgência hospitalar na rede, possuir habilitação em Alta Complexidade para Ortopedia e Traumatologia.
11. Radioterapia	Hospital com mínimo de 100 leitos gerais; mínimo 5 a 10 leitos UTI adulto; habilitação em UNACON ou CACON com radioterapia no SUS
12. Patologia/Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	Hospital com no mínimo 100 leitos; serviço de verificação de óbitos; mínimo de duas salas cirúrgicas.
13. Transplantes	Habilitação em Transplantes

Anexo LV

SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E SUAS CLASSIFICAÇÕES NO SISTEMA DE CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 485/2014, Anexo 1)

CÓD. SERV	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	CÓD. CLASS	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO
165	SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL	001	SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL
		002	SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO INTEGRAL A ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL
		003	SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL
		004	SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO INTEGRAL AOS HOMENS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

		005	SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL
		006	SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ NOS CASOS PREVISTOS EM LEI
		008	SERVIÇOS AMBULATORIAIS COM ATENDIMENTO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL.

Anexo LVI
TERMO DE COMPROMISSO PARA GARANTIA DE ACESSO (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Anexo I)
TERMO DE COMPROMISSO PARA GARANTIA DE ACESSO
O município de (nome do município de referência) , representado pelo Secretário Municipal de Saúde (nome do Secretário), assume a garantia de acesso aos usuários do Sistema Único de Saúde procedentes dos municípios XXXXX, WWWWW, YYYYY, ZZZZZZZ, conforme a Programação Pactuada e Integrada , aprovada na reunião da Comissão Intergestores Bipartite - CIB realizada em ___/___/___. (anexar relatório das referências recebidas)

_____

Local e data

_____ _____

(nome do gestor do município de referência) (assinatura)

_____ _____

(nome do coordenador municipal da CIB) (assinatura)

_____ _____

(nome do coordenador estadual da CIB) (assinatura)

_____

(nome do coordenador estadual/municipal da CIB do estado encaminhador - no caso de PPI Interestadual)

Anexo LVII
QUADROS MODELOS DA PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 1097/2006, Anexo II)
QUADRO 01
PPI ASSISTENCIAL - DETALHAMENTO DA PPI EM TODOS OS MUNICÍPIOS DA UF (valores anuais)
Competência: UF:

IBGE	Município	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL		ASSISTÊNCIA HOSPITALAR		Incentivos permanentes de custeio *	Valores encaminhados a outras UFs	Valores recebidos de outras UFs	Ajustes	TOTAL PPI ASSISTENCIAL
		Pop. Própria	Pop. Referência	Pop. Própria	Pop. Referência					
Total quadro 01										

* Os incentivos desta coluna referem-se ao SAMU, Centro de Referencia Saúde do Trabalhador, Integra - SUS, IAPI, FIDEPS e Incentivo de Adesão à Contratualização . Os valores referentes ao custeio dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Hospitais de Pequeno Porte estão contemplados nas colunas de população própria e referenciada, e deverão ser compatibilizados com o valor do incentivo de custeio previsto para cada estabelecimento.

QUADRO 02
PPI ASSISTENCIAL - DETALHAMENTO DOS VALORES PROGRAMADOS NA SES (valores anuais)
Competência: UF:

Código da UF	ESPECIFICAÇÃO	TOTAL PPI ASSISTENCIAL
	Tratamento Fora do Domicílio Estadual	
	Hemorrede	
	Valores encaminhados a outras UFs	
	Valores recebidos de outras UFs	
	Outros.....(especificar)	
Total quadro 02		

OBS : total quadro 1 + total quadro 2 = total da UF Os valores recebidos pelos estabelecimentos da Rede Sarah não estão contemplados nestes quadros
QUADRO 03
PPI ASSISTENCIAL - DETALHAMENTO DOS VALORES ENCAMINHADOS A MUNICÍPIOS DE OUTRAS UFs DE REGIÕES INTERESTADUAIS (valores anuais)
Competência: UF:

IBGE	Município de origem	IBGE município executor	Município executor	Recursos encaminhados		Total PPI assistencial
				Gestão Estadual	Gestão Municipal	
Subtotal estado Y						
Subtotal estado X						
Total quadro 03						

QUADRO 04
PPI ASSISTENCIAL - DETALHAMENTO DOS VALORES A SEREM DESCONTADOS DA PPI DOS MUNICÍPIOS EM FUNÇÃO DE TCEP ENTRE OS GESTORES ESTADUAL e MUNICIPAL (valores anuais)
Competência: UF:

IBGE	Município	Nome da Unidade	Código CNES	Número do Termo	Data de Publicação do Extrato do Termo	Fundo (FMS ou FES) para o qual serão realizadas as transferências	Valor ANUAL a ser destinado ao Fundo de Saúde
Total quadro 04							

Os valores serão descontados da PPI dos municípios (quadro 1) quando as transferências forem realizadas ao FES.
Quando as transferências forem realizadas ao FMS os valores não serão descontados da PPI dos municípios

QUADRO 05

PPI ASSISTENCIAL - DETALHAMENTO DOS VALORES A SEREM DESCONTADOS DA PPI DOS MUNICÍPIOS EM FUNÇÃO DE ESTABELECIMENTOS SOB GESTÃO ESTADUAL (valores anuais)
Competência: UF:

IBGE	Município	Valor ANUAL a ser destinado ao Fundo Estadual de Saúde
	www	
	www	
subtotal do município WWW		
Total quadro 5		

QUADRO 06

PPI ASSISTENCIAL - DETALHAMENTO DOS VALORES A SEREM DESCONTADOS DA PPI DOS MUNICÍPIOS PARA RETENÇÃO DOS RECURSOS PELO FNS E TRANSFERÊNCIA DIRETA ÀS UNIDADES PRESTADORAS UNIVERSITÁRIAS FEDERAIS (valores anuais)
Competência: UF:

Gestão	IBGE	Municípios	Nome da Unidade	Código CNES	Nº do contrato	Data de Publicação do Extrato do Contrato	Valor ANUAL a ser retido no FNS e transferido diretamente a Unidade Prestadora
Gestão Municipal							
					subtotal 1ª parte do quadro 06		
Gestão Estadual							
					subtotal 2ª parte do quadro 06		

QUADRO 07

(totalizador) - PPI ASSISTENCIAL - VALORES DE REPASSE AOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (valores anuais)
Competência: UF:

IBGE	Município	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR	Incentivos permanentes de custeio	Ajustes	Valores de TCEP com transferências realizadas ao FES (-)	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual (-)	Valores retidos no Fundo Nacional da Saúde (-)	Valores encaminhados ou recebidos de outras UFs (+ ou-)	TOTAL FUNDO MUNICIPAL
Origem do dado		QUADRO 1			QUADRO 4	QUADRO 5	QUADRO 6 1ªparte	Quadro 1	
Valores transferidos aos FMS									

QUADRO 08

(totalizador) - PPI ASSISTENCIAL - VALORES DE REPASSE AO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE (valores anuais)
Competência: UF:

Código gestão estadual	ESPECIFICAÇÃO DOS RECURSOS	Origem do dado	Valor
999999	(+) Limites referentes aos recursos programados na SES	Quadro 2	
999999	(+) Valores a receber referentes a estabelecimentos sob gestão estadual	Quadro 5	
999999	(+) Valores a receber referentes à TCEP com transferências diretas ao FES	Quadro 4	
999999	(-) Valores a serem retidos pelo Fundo Nacional de Saúde e transferidos diretamente às unidades prestadoras universitárias federais	Quadro 6 - 2ª parte	
999999	(+ ou -) Valores encaminhados ou recebidos de outras UFs	Quadro 2	
	(-) Outros descontos (campo excluisvo do Ministério da Saúde)		
	(+) Recursos de Origem da PPI INTERESTADUAL (Valores recebidos)	Detalhamento no quadro QRI	
	(+) Outros Acrescimos (campo exclusivo do Ministério da Saúde)		
VALORES TRANSFERIDOS AO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE			

QUADRO 09

(totalizador) - PPI ASSISTENCIAL - CONSOLIDADO DA PROGRAMAÇÃO (valores anuais)
Competência: UF:

Especificação	Origem do dado	Valor
Total dos valores transferidos aos Fundos Municipais de Saúde	Quadro 7	
Total dos valores transferidos ao Fundo Estadual de Saúde	Quadro 8	
Total dos valores retidos do Fundo Nacional de Saúde	Quadro 6	
Total Geral da UF		

Anexo LVIII
CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Anexo 1)

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Grupo Alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Penta/DTP	VIP/VOP	Pneumocócica 10V (conjugada)	Rotavírus Humano	Meningocócica C (conjugada)	Febre Amarela	Hepatite A	Tríplice Viral	Tetra Viral**	HPV	Dupla Adulto	dTpa*
Crianças	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer												
	2 meses			1ª dose (com Penta)	1ª dose (com VIP)	1ª dose	1ª dose								
	3 meses							1ª dose							
	4 meses			2ª dose (com Penta)	2ª dose (com VIP)	2ª dose	2ª dose								
	5 meses							2ª dose							
	6 meses			3ª dose (com Penta)	3ª dose (com VIP)										
	9 meses								uma dose						
	12 meses					reforço		reforço			1ª dose				
	15 meses			1º reforço (com DTP)	1º reforço (com VOP)					uma dose		Uma dose			
	4 anos			2º reforço (com DTP)	2º reforço (com VOP)				reforço						
	9 anos														
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses (a depender da situação vacinal)						uma dose e um reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal		2 doses (a depender da situação vacinal)		2 doses (9 a 13 anos)	reforço a cada (10 anos)	
Adulto	20 a 59 anos		3 doses (a depender da situação vacinal)						uma dose e um reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal		1 dose (até 49 anos)			reforço a cada (10 anos)	
Idoso	60 anos ou mais		3 doses (a depender da situação vacinal)						uma dose e um reforço único após 10 anos, a depender da situação vacinal					reforço a cada (10 anos)	
Gestante			3 doses (a depender da situação vacinal)											3 doses (a depender da situação vacinal)	uma dose a cada gestação entre a 27ª e a 36ª semana

[redacted]

Anexo LIX
CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Anexo 2)

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO *dos Povos Indígenas*

Grupo Alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Penta/DTP	VIP/VOP	Pneumocócica 10V (conjugada)	Rotavírus Humano	Meningocoócica C (conjugada	Febre Amarela	Hepatite A	Triplice Viral	Tetra Viral**	HPV	Pneumocócica 23V	Varicela	Dupla Adulto	dTpa*
Crianças	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer														
	2 meses			1ª dose (com penta)	1ª dose (com VIP)	1ª dose	1ª dose										
	3 meses							1ª dose									
	4 meses			2ª dose (com penta)	2ª dose (com VIP)	2ª dose	2ª dose										
	5 meses							2ª dose									
	6 meses			3ª dose (com penta)	3ª dose (com VIP)												
	9 meses								Uma dose								
	12 meses					Reforço		Reforço			1ª dose						
	15 meses			1º reforço (com DTP)	1º reforço (com VOP)					Uma dose		Uma dose					
	4 anos			2º reforço (com DTP)	2º reforço (com VOP)				Reforço						Uma dose		
	5 anos													Uma dose			
	9 anos																
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses (a depender da situação vacinal anterior)						Uma dose e um reforço após 10 anos, a depender da situação vacinal		2 doses (a depender da situação vacinal)		2 doses (9 a 13 anos)	Uma dose (a depender da situação vacinal)		Reforço a cada 10 anos	
Adulto	20 a 59 anos		3 doses (a depender da situação vacinal anterior)						Uma dose e um reforço após 10 anos, a depender da situação vacinal		1 dose (até 49 anos)			Uma dose (a depender da situação vacinal)		Reforço a cada 10 anos	
Idoso	60 anos ou mais		3 doses (a depender da situação vacinal anterior)						Uma dose e um reforço após 10 anos, a depender da situação vacinal					Reforço		Reforço a cada 10 anos	
Gestante			3 doses (a depender da situação vacinal anterior)													3 doses (a depender da situação vacinal anterior)	Uma dose a cada gestação entre a 27ª e a 36ª semana

*** A vacina dTpa também será oferecida para profissionais de saúde que atuam em maternidade e em unidade de internação neonatal (UTI/UCI convencional e UCI canguru) atendendo recém-nascidos e crianças menores de 1 ano de idade.**

****1ª dose varicela e 2ª dose tríplice viral**

Para informações adicionais recomenda-se consultar a Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação disponível no seguinte endereço www.saude.gov.br

Anexo LX

CAMPANHAS NACIONAIS DE VACINAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Anexo 3)

Anexo III - Campanhas Nacionais de Vacinações	
Influenza	Crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade, gestantes, puérperas, pessoas com 60 anos e mais, povos indígenas, trabalhadores de saúde, população privada de liberdade, funcionários do sistema prisional e indivíduos com comorbidades.
Poliomielite	Crianças de 1 ano a menores de 5 anos de idade
Multivacinação (todas as vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança para atualização do esquema vacinal).	Crianças menores de 5 anos de idade
Seguimento contra o Sarampo (a cada 5 anos ou de acordo com a situação epidemiológica).	Crianças menores de 5 anos de idade

Anexo LXI

INSTRUÇÃO NORMATIVA REFERENTE AO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Anexo 4)

O presente instrumento estabelece as normatizações técnicas do Programa Nacional de Imunizações referentes ao Calendário Nacional de Vacinação, de que trata a Portaria GM/MS nº xx, de julho de 2016.

Vacina BCG

Esquema:

Administrar dose única, o mais precocemente possível, de preferência na maternidade, logo após o nascimento.

Dose: 0,1mL via intradérmica.

Particularidades:

A comprovação da vacinação com BCG se dá por meio do registro da vacinação no cartão ou caderneta de vacinação, da identificação da cicatriz vacinal ou da palpação de nódulo, no deltoide direito, na ausência de cicatriz.

Crianças nascidas com peso inferior a 2 Kg, adiar a vacinação até que atinjam este peso.

Na rotina dos serviços, a vacina é disponibilizada para crianças até 4 (quatro) anos 11 meses e 29 dias, ainda não vacinadas.

Crianças vacinadas na faixa etária preconizada que não apresentam cicatriz vacinal após 6 (seis) meses da administração da vacina, revacinar apenas uma vez.

Esta vacina é contraindicada para gestantes e pessoas imunodeprimidas.

Pessoas hospitalizadas com comprometimento do estado geral, a vacinação deve ser adiada até a resolução do quadro clinico.

Contatos prolongados de portadores de hanseníase: vacinação seletiva, nas seguintes situações:

Menores de 1 (um) ano de idade:

Não vacinados: administrar 1 (uma) dose de BCG.

Comprovadamente vacinados que apresentem cicatriz vacinal: não administrar outra dose de BCG.

Comprovadamente vacinados que não apresentem cicatriz vacinal: administrar uma dose de BCG seis meses após a última dose.

A partir de 1 (um) ano de idade:

Sem cicatriz: administrar 1 (uma) dose.

Vacinados com 1 (uma) dose: administrar outra dose de BCG, com intervalo mínimo de 6 (seis) meses após a dose anterior.

Vacinados com 2 (duas) doses: não administrar outra dose de BCG.

Pessoas expostas ao HIV:

Administrar ao nascimento ou o mais precocemente possível.

Criança que chega ao serviço, ainda não vacinada, poderá receber BCG se assintomática e sem sinais de imunodepressão.

A revacinação não é indicada.

A partir dos 5 (cinco) anos de idade, pessoas portadoras de HIV não devem ser vacinadas, mesmo que assintomáticas e sem sinais de imunodeficiência.

Vacina Hepatite B (recombinante)

Esquema:

Administrar 1 (uma) dose ao nascer, o mais precocemente possível, nas primeiras 24 horas, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o nascimento, ainda na maternidade. Esta dose pode ser administrada até 30 dias após o nascimento.

Completar o esquema de vacinação contra hepatite B com a vacina penta [vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae B (conjugada)], aos 2 (dois), 4 (quatro) e 6 (seis) meses de idade.

Crianças que perderam a oportunidade de receber a vacina hepatite B (recombinante) até 1 (um) mês de idade, não administrar mais essa vacina. Iniciar esquema vacinal a partir de 2 (dois) meses de idade até 4 (quatro) anos 11 meses e 29 dias, com a vacina penta (vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae B (conjugada), com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias, conforme esquema detalhado notópico da vacina penta.

Pessoas a partir de 7 (sete) anos de idade:

Sem comprovação vacinal: administrar 3 (três) doses da vacina hepatite B com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda dose e de 6 (seis) meses entre a primeira e a terceira dose (0, 1 e 6 meses).

Com esquema vacinal incompleto, não reiniciar o esquema, apenas completá-lo conforme situação encontrada.

Para gestantes em qualquer faixa etária e idade gestacional:

administrar 3 (três) doses da vacina hepatite B, considerando o histórico de vacinação anterior e os intervalos preconizados entre as doses. Caso não seja possível completar o esquema durante a gestação, deverá concluir após o parto.

Dose: 0,5 mL até os 19 anos de idade e 1 mL a partir de 20 anos de idade (Laboratório Butantan - nacional) e 0,5 mL até os 15 anos de idade e 1 mL a partir de 16 anos de idade (Laboratório Sanofi - internacional), via intramuscular.

Particularidades:

Em recém-nascidos de mães portadoras da hepatite B, administrar a vacina e a imunoglobulina humana anti-hepatite B, preferencialmente nas primeiras 12 horas, podendo a imunoglobulina ser administrada no máximo até 7 (sete) dias de vida.

Para pessoas com condições clínicas especiais recomenda-se consultar o Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) disponível em:

http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/09/manual-cries-9dez14-web.pdf.

Vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae B (conjugada) - Vacina Penta

Esquema:

Administrar 3 (três) doses, aos 2 (dois), 4 (quatro) e 6 (seis) meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias. A terceira dose não deverá ser dada antes dos 6 (seis) meses de idade.

Dose: 0,5 mL, via intramuscular.

Particularidades:

Na rotina dos serviços, a vacina penta está disponível para crianças até 6 (seis) anos 11 meses e 29 dias.

Crianças até 6 (seis) anos 11 meses e 29 dias, sem comprovação ou com esquema vacinal incompleto, iniciar ou complementar esquema com penta.

A vacina penta está contraindicada para crianças a partir de 7 (sete) anos de idade.

Vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis (DTP)

Reforço:

Administrar 2 (dois) reforços, o primeiro aos 15 meses de idade e o segundo aos 4 (quatro) anos de idade.

Dose: 0,5 mL, via intramuscular.

Particularidades:

Administrar o primeiro reforço com intervalo mínimo de 6 (seis) meses após a última dose do esquema primário (três doses de penta); intervalo mínimo de 6 (seis) meses entre os reforços.

Crianças com 4 anos de idade, sem nenhum reforço, administrar 2 reforços, considerando o intervalo de seis meses entre os reforços.

Crianças entre 5 (cinco) anos de idade e 6 (seis) anos 11 meses e 29 dias, que apresente um reforço, administrar um segundo reforço e crianças sem nenhum reforço, administrar apenas 1 (um) reforço.

Nos comunicantes domiciliares e escolares de casos de difteria ou coqueluche menores de 7 (sete) anos de idade, não vacinados ou com esquema incompleto ou com situação vacinal desconhecida, atualizar esquema, seguir orientações do esquema da vacina penta ou da DTP.

A vacina DTP é contraindicada para crianças a partir de 7 (sete) anos de idade.

Vacina Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - VIP

Esquema:

Administrar 3 (três) doses, aos 2 (dois), 4 (quatro) e 6 (seis) meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses. O intervalo mínimo é de 30 dias entre as doses.

Dose: 0,5 mL, via intramuscular.

Particularidades:

Crianças até 4 anos, 11 meses e 29 dias:

Sem comprovação vacinal: administrar 3 (três) doses da VIP, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias;

Com esquema incompleto: completar esquema com a VIP mesmo tendo iniciado esquema com VOP.

Vacina Poliomielite 1 e 3 (atenuada) - VOP

Reforço:

Administrar o primeiro reforço aos 15 meses e o segundo aos 4 (quatro) anos de idade.

Dose: duas gotas, exclusivamente por via oral.

Particularidades:

Administrar o primeiro reforço com intervalo mínimo de 6 (seis) meses após a última dose do esquema primário (três doses).

Administrar o segundo reforço com intervalo mínimo de 6 (seis) meses após o primeiro reforço.

Indivíduos com 5 (cinco) anos de idade ou mais:

Sem comprovação vacinal: administrar 3 (três) doses da VOP, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias;

Com esquema incompleto: completar esquema com a VOP;

Nesta faixa etária não há necessidade de reforço.

Repetir a dose imediatamente se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a administração da vacina.

Esta vacina é contraindicada para pessoas imunodeprimidas, contatos de pessoa HIV positiva ou com imunodeficiência, bem como aqueles que tenham histórico de paralisia flácida associada à dose anterior da VOP.

Indicada para viajantes que se deslocam para países com recomendação da vacina.

Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) - Pneumo10v

Esquema:

Administrar 2 (duas) doses aos 2 (dois) e 4 (quatro) meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias.

Reforço:

Administrar 1 (um) reforço aos 12 meses de idade.

Dose: 0,5 mL, via intramuscular.

Particularidades:

Crianças que iniciaram o esquema primário após 4 (quatro) meses de idade, devem completa-lo até 12 meses, com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses; administrar o reforço com intervalo mínimo de 60 dias após a última dose.

O reforço deve ser administrado entre 12 meses a 4 (quatro) anos, 11 meses e 29 dias.

Crianças sem comprovação vacinal, entre 12 meses e 4 anos, de idade, administrar dose única.

Para as crianças de 2 meses a menores de 5 (cinco) anos de idade, com indicação clínica especial (ver manual do Crie), manter esquema de três doses e reforço.

Vacina rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada) - VORH

Esquema:

Administrar 2 (duas) doses, aos 2 (dois) e 4 (quatro) meses de idade.

Dose: 1,5 mL - administrar todo o conteúdo da seringa exclusivamente por via oral.

Particularidades:

Para evitar a oportunidade perdida de vacinação, a primeira dose pode ser administrada a partir de 1 (um) mês e 15 dias até 3 (três) meses e 15 dias. A segunda dose pode ser administrada a partir de 3 (três) meses e 15 dias até 7 (sete) meses e 29 dias. Manter intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.

Se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a vacinação, não repetir a dose.

Esta vacina é contraindicada para crianças com histórico de invaginação intestinal ou com malformação congênita não corrigida do trato gastrointestinal.

Crianças com quadro agudo de gastroenterite (tais como: vômitos, diarreia, febre), adiar a vacinação até a resolução do quadro.

Crianças com imunodepressão deverão ser avaliadas e vacinadas mediante prescrição médica.

Vacina meningocócica C (conjugada) - Meningo C

Esquema:

Administrar 2 (duas) doses, aos 3 (três) e 5 (cinco) meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias.

Reforço:

Administrar o reforço aos 12 meses de idade.

Dose: 0,5 mL, via intramuscular.

Particularidades:

Crianças que iniciaram o esquema primário após 5 (cinco) meses de idade, devem completa-lo até 12 meses, com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses; administrar o reforço com intervalo mínimo de 60 dias após a última dose.

O reforço deve ser administrado entre 12 meses a 4 (quatro) anos, 11 meses e 29 dias.

Vacina febre amarela (atenuada) - Febre Amarela (FA)

Esquema: Administrar 1 (uma) dose aos 9 (nove) meses de idade.

Reforço: Administrar 1 (um) reforço aos 4 (quatro) anos de idade. O intervalo mínimo entre a dose do esquema e o reforço é de 30 dias.

Indicada para residentes ou viajantes para as Áreas com Recomendação da Vacina (ACRV).

Dose: 0,5 mL, via subcutânea.

Particularidades:

Pessoas a partir de 5 (cinco) anos de idade:

que receberam uma dose da vacina antes de completar 5 (cinco) anos de idade - administrar um reforço, com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.

que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação - administrar a primeira dose da vacina e 1 (um) reforço após10 (dez) anos.

que receberam 2 (duas) doses da vacina - considerar vacinado. Não administrar nenhuma dose.

Para pessoas com 60 anos e mais, que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação, o médico deverá avaliar o benefício/risco da vacinação, levando em conta os riscos da doença, comorbidades e eventos adversos nessa faixa etária.

Para gestantes, independente do estado vacinal, a vacinação não está indicada. Na impossibilidade de adiar a vacinação, em situações de emergência epidemiológica, vigência de surtos, epidemias ou viagem para área de risco de contrair a doença, o médico deverá avaliar o benefício/risco da vacinação.

Mulheres amamentando crianças com até 6 meses de idade, independentemente do estado vacinal: a vacinação não está indicada, devendo ser adiada até a criança completar 6 meses de idade. Na impossibilidade de adiar a vacinação, como em situações de emergência epidemiológica, vigência de surtos, epidemias ou viagem para área de risco de contrair a doença, o médico deverá avaliar o benefício/risco da vacinação.

Em caso de mulheres que estejam amamentando crianças menores de 6 (seis) meses de idade e receberam a vacina, o aleitamento materno deve ser suspenso preferencialmente por 28 dias após a vacinação (com um mínimo de 15 dias). Nessa situação a mãe e a criança deverão ser acompanhadas pelo serviço de saúde.

Pessoas com imunodepressão deverão ser avaliadas e vacinadas segundo orientações do manual do Crie.

Em crianças menores de 2 (dois) anos de idade não vacinadas contra a febre amarela, não administrar as vacinas tríplice viral ou tetra viral simultaneamente com a vacina febre amarela. O intervalo entre as vacinas é de 30 dias, salvo em situações especiais que impossibilitem manter este intervalo (com um mínimo de 15 dias).

A vacina febre amarela pode ser administrada simultaneamente ou com qualquer intervalo com todas as vacinas com exceção da primeira dose da vacina tríplice viral ou tetra viral em crianças menores de 2 (dois) anos de idade, como referido anteriormente.

Esta vacina é contraindicada para crianças abaixo dos 6 (seis) meses de idade.

Em situação de suspeita de surto de febre amarela, epizootia em primatas não humanos ou confirmação da circulação viral em vetores silvestres, uma dose deve ser administrada aos 6 (seis) meses de idade, não sendo considerada válida para rotina, devendo ser mantido o esquema vacinal aos 9 (nove) meses e aos 4 (quatro) anos de idade.

Viajantes:

Deverão ser vacinados os viajantes que:

Se deslocarem para áreas com recomendação de vacinação no Brasil (estados das regiões Norte e Centro Oeste, Minas Gerais e Maranhão, e alguns municípios dos estados do Piauí, Bahia, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul). Consultar a lista de municípios da ACRV no seguinte endereço: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/novembro/19/Lista-de-Municipios-ACRV-Febre-Amarela-Set-2015.pdf

Se deslocarem para Países com risco para a febre amarela:

Conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional (RSI) a vacinação é recomendada de acordo com a situação epidemiológica de risco do país. Consultar a lista de países de risco para febre amarela e a necessidade de apresentação do Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia (CIVP) para o ingresso em seu território, no seguinte endereço: www.anvisa.gov.br/viajante. Ressalta-se que para efeito de emissão do CIVP, a validade deste certificado terá início 10 dias a partir da aplicação da vacina em caso de primovacinação. Para mais informações sobre o CIVP, o consulado/embaixada de cada país deverá ser consultado.

A vacina é indicada para viajantes pelo menos 10 (dez) dias antes da viagem. O prazo de 10 dias não se aplica no caso de revacinação.

Estrangeiros que irão visitar o Brasil:

Recomenda-se que os viajantes atualizem a sua situação vacinal conforme as orientações do calendário de vacinação do país de origem ou residência, previamente à chegada ao Brasil.

Vacina sarampo, caxumba e rubéola - Tríplice Viral

Esquema:

Administrar a primeira dose aos 12 meses de idade.

Completar o esquema de vacinação contra o sarampo, caxumba e rubéola com a vacina tetra viral aos 15 meses de idade (corresponde à segunda dose da vacina tríplice viral e uma dose da vacina varicela).

Dose: 0,5 mL, via subcutânea.

Particularidades:

A vacina tetra viral está disponível na rotina de vacinação para crianças com idade entre 15 meses e 1 ano 11 meses e 29 dias.

Detalhamento no tópico da vacina tetra viral.

Pessoas de 2 a 19 anos de idade não vacinadas ou com esquema incompleto devem ser vacinadas com a vacina tríplice viral conforme situação encontrada, considerando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. Considerar vacinada a pessoa que comprovar 2 doses de vacina tríplice viral ou tetra viral;

Pessoas de 20 a 49 anos de idade não vacinadas devem receber uma dose de tríplice viral. Considerar vacinada a pessoa que comprovar 1 (uma) dose de vacina tríplice viral ou dupla viral;

Para profissionais de saúde independente da idade: administrar 2 (duas) doses, conforme situação vacinal encontrada, observando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. Considerar vacinada a pessoa que comprovar 2 (0064uas) dose de vacina dupla viral ou tríplice viral.

Esta vacina é contraindicada para gestantes e crianças abaixo dos 6 (seis) meses de idade.

Pessoas com imunodepressão deverão ser avaliadas e vacinadas segundo orientações do manual do Crie.

Mulheres em idade fértil devem evitar a gravidez até pelo menos 1 (um) mês após a vacinação.

Em crianças menores de 2 (dois) anos de idade não vacinadas com tríplice viral, não administrar esta vacina simultaneamente com a vacina febre amarela. O intervalo entre estas vacinas é de 30 dias, salvo em situações especiais que impossibilitem manter este intervalo (com um mínimo de 15 dias).

Em situações de emergência epidemiológica para sarampo ou rubéola:

administrar 1 (uma) dose de tríplice viral em crianças na faixa etária entre 6 (seis) a 11 meses, não sendo considerada válida para rotina, devendo ser mantido o esquema vacinal aos 12 meses e aos 15 meses de idade;

administrar 1 (uma) dose de dupla viral ou tríplice viral em pessoas acima de 50 anos de idade que não comprovarem nenhuma dose destas vacinas.

Vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela (atenuada) - Tetra viral

Esquema:

Administrar 1 (uma) dose aos 15 meses de idade em crianças que já tenham recebido a primeira dose da vacina tríplice viral.

Dose: 0,5 mL, subcutânea.

Particularidade:

Crianças que não foram vacinadas oportunamente aos 15 meses de idade, poderão ser vacinadas até 1 (um) ano 11 meses e 29 dias;

Em crianças menores de 2 (dois) anos de idade não vacinadas com tetra viral, não administrar esta vacina simultaneamente com a vacina febre amarela. O intervalo entre estas vacinas é de 30 dias, salvo em situações especiais que impossibilitem manter este intervalo (com um mínimo de 15 dias).

Em situações emergenciais e na indisponibilidade da vacina tetra viral, as vacinas tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) e varicela (atenuada) poderão ser utilizadas.

Vacina adsorvida hepatite A (inativada) - Hepatite A

Esquema:

Administrar uma dose aos 15 meses de idade. A idade máxima para administração é 1(um) ano, 11 meses, 29 dias.

Dose: 0,5mL, intramuscular.

Particularidades:

Crianças com imunodepressão deverão ser avaliadas e vacinadas segundo orientações do manual do Crie.

Vacina adsorvida difteria e tétano adulto - dT/ Dupla Adulto

Reforço:

Indivíduos a partir de 7 (sete) anos de idade, com esquema vacinal completo (3 [três] doses) para difteria e tétano, administrar 1 (uma) dose a cada 10 anos após a última dose;

Em todos os casos, após completar o esquema básico (DTP, tetra ou penta) e reforços, administrar reforço com a dT a cada 10 anos, após a última dose;

Em casos de ferimentos graves, comunicantes de casos de difteria, antecipar a dose quando a última foi administrada há mais de 5 (cinco) anos.

Dose: 0,5 mL, via intramuscular.

Particularidades:

Pessoas a partir de 7 (sete) anos de idade não vacinadas ou sem comprovação vacinal para difteria e tétano, administrar 3 (três) doses com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias. Indivíduos a partir de 7 (sete) anos de idade, com esquema incompleto para difteria e tétano, completar esquema de 3 (três) doses, considerando as doses anteriores, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias.

A vacina dupla adulto (dT) pode ser administrada a partir da comprovação da gravidez, em qualquer período gestacional, até 20 dias antes da data provável do parto.

Vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis (acelular) tipo adulto - dTpa

Esquema:

Gestantes: 1 (uma) dose a cada gestação

A vacina é indicada para as gestantes a partir da vigésima sétima semana (27ª) a trigésima sexta (36ª) semana de gestação, preferencialmente, podendo ser administrada até 20 dias antes da data provável do parto, considerando o histórico vacinal de difteria, tétano (dT).

As gestantes que residem em áreas de difícil acesso poderão ser vacinadas a partir da vigésima (20ª) semana de gestação. Esta recomendação visa não perder a oportunidade de vacinar estas gestantes.

Particularidades:

Gestantes NÃO vacinadas previamente, administrar três doses de vacinas contendo toxoides tetânico e diftérico com intervalo de60 dias entre as doses. Sendo 2 (duas) doses de dT e 1 (uma) dose de dTpa, preferencialmente entre 27ª e 36ª semanas de gestação.

Gestantes vacinadas com uma dose de dT, administrar uma dose de dT e uma dose de dTpa (entre 27ª e 36ª semanas de gestação) com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias.

Gestantes na 27ª a 36ª semanas de gestação, vacinada com duas doses de dT, administrar uma dose da dTpa.

Gestantes na 27ª a 36ª semanas de gestação, vacinada com três doses de dT, administrar uma dose de dTpa.

Gestantes na 27ª a 36ª semanas de gestação, vacinada com três doses de dT e com dose de reforço há menos de cinco anos, administrar uma dose de dTpa.

Gestantes na 27ª a 36ª semanas de gestação, vacinada com três doses de dT e com dose de reforço há mais de cinco anos, administrar uma dose de dTpa.

Gestantes em áreas de difícil acesso, administrar a vacina dTpa a partir da vigésima (20ª) semana de gestação adequando a administração das doses conforme quadro acima.

Gestantes que não foram vacinadas durante a gestação, aplicar uma dose de dTpa no puerpério o mais precoce possível.

Profissionais de Saúde e Parteiras tradicional:

Observação: Segundo o Ministério da Saúde parteira tradicional é aquela que presta assistência ao parto domiciliar baseada em saberes e práticas tradicionais e é reconhecida pela comunidade como parteira.

Administrar uma dose de dTpa para profissionais de saúde que atuam em maternidade e em unidade de internação neonatal (UTI/UCI convencional e UCI canguru) e parteiras que prestam atendimento a recém-nascidos, considerando o histórico vacinal de difteria, tétano.

Com esquema de vacinação primário completo:

Administração da dTpa como reforço a cada dez anos em substituição da dT.

Com esquema de vacinação primário incompleto:

Menos de três doses com a vacina dT: administrar uma dose de dTpa e completar o esquema com uma ou duas doses de dT (dupla adulto) de forma a totalizar três doses da vacina contendo o componente tetânico.

Dose: 0,5mL, intramuscular.

Vacina papilomavirus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) - HPV

Esquema:

Administrar 2 (duas) doses, com intervalo de 6 (seis) meses entre as doses, nas meninas de 9 a 13 anos 11 meses e 29 dias.

Meninas e mulheres de 9 a 26 anos 11 meses e 29 dias, vivendo com HIV/Aids administrar 3 (três) doses com intervalo de 2 (dois) meses entre a primeira e a segunda dose e 6 (seis) meses entre a primeira e a terceira dose. Para a vacinação deste grupo, mantém-se a necessidade de prescrição médica.

Dose: 0,5 mL, intramuscular.

Particularidades:

Meninas com 14 anos de idade com esquema vacinal incompleto, completar esquema conforme situação encontrada, considerando o intervalo mínimo de seis meses entre as doses;

Mulheres com 27 anos, vivendo com HIV/Aids com esquema vacinal incompleto, completar esquema conforme situação encontrada, considerando os intervalos entre as doses.

Caso a primeira dose tenha sido administrada há mais de 6 meses, administrar a segunda dose e agendar a terceira dose, respeitando o intervalo mínimo de 90 dias entre a segunda e a terceira dose.

Esta vacina é contraindicada durante a gestação. Caso a mulher engravide após a primeira dose da vacina HPV ou receba a vacina inadvertidamente durante a gravidez, suspender a dose subsequente e completar o esquema vacinal, preferencialmente em até 45 dias após o parto. Nestes casos nenhuma intervenção adicional é necessária, somente o acompanhamento do pré-natal.

Mulheres que estão amamentando podem ser vacinadas com a vacina HPV.

Recomenda-se que a pessoa vacinada deverá permanecer sentada, sob observação por aproximadamente 15 minutos após a vacinação.

Anexo LXII

INSTRUÇÃO NORMATIVA REFERENTE AO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS (Origem: PRT MS/GM 1533/2016, Anexo 5)

O presente instrumento estabelece as normatizações técnicas do Programa Nacional de Imunizações referentes ao Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas, de que trata a Portaria GM/MS nº xx de xx de xx de 2016.

Vacina BCG

Esquema:

Administrar dose única, o mais precoce possível, preferencialmente na maternidade, logo após nascimento.

Dose: 0,1mL, via intradérmica.

Particularidades:

A comprovação da vacinação com BCG se dá por meio do registro da vacinação no cartão ou caderneta de vacinação, por meio da identificação da cicatriz vacinal ou da palpação de nódulo na ausência de cicatriz.

Crianças nascidas com peso inferior a 2 Kg, adiar a vacinação até que atinjam este peso.

Na rotina dos serviços, a vacina é disponibilizada para crianças até 4(quatro) anos 11 meses e 29 dias, ainda não vacinadas.

Crianças vacinadas na faixa etária preconizada que não apresentam cicatriz vacinal após 6 (seis) meses da administração da vacina, revacinar apenas uma vez.

A realização do teste tuberculínico é dispensável antes ou depois da administração da vacina BCG, inclusive para os contatos de pacientes de hanseníase.

Contatos prolongados de portadores de hanseníase: vacinação seletiva, nas seguintes situações:

Menores de 1(um) ano de idade:

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Não vacinados: administrar 1(uma) dose de BCG.

Comprovadamente vacinados que apresentem cicatriz vacinal: não administrar outra dose de BCG.

Comprovadamente vacinados que não apresentem cicatriz vacinal: administrar uma dose de BCG seis meses após a última dose.

A partir de 1 (um) ano de idade:

Sem cicatriz: administrar 1 (uma) dose.

Vacinados com 1 (uma) dose: administrar outra dose de BCG, com intervalo mínimo de 6 (seis) meses após a dose anterior.

Vacinados com 2 (duas) doses: não administrar outra dose de BCG.

Pessoas expostas ao HIV:

Administrar ao nascimento ou o mais precocemente possível.

Criança que chega ao serviço, ainda não vacinada, poderá receber BCG se assintomática e sem sinais de imunodepressão.

A revacinação não é indicada.

A partir dos 5 (cinco) anos de idade, pessoas portadoras de HIV não devem ser vacinadas, mesmo que assintomáticas e sem sinais de imunodeficiência.

Vacina Hepatite B (recombinante)

Esquema:

Administrar 1 (uma) dose ao nascer, o mais precocemente possível, nas primeiras 24 horas, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o nascimento, ainda na maternidade. Esta dose pode ser administrada até 30 dias após o nascimento.

Completar o esquema de vacinação contra hepatite B com a vacina penta [vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae B (conjugada)], aos 2 (dois), 4 (quatro) e 6 (seis) meses deidade.

Crianças que perderam a oportunidade de receber a vacina hepatite B (recombinante) até 1 mês de idade, não administrar mais essa vacina. Iniciar esquema vacinal a partir de 2 (dois) meses de idade até 6 (seis) anos 11 meses e 29 dias, com a vacina penta (vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae B (conjugada), com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias, conforme esquema detalhado no tópico da vacina penta.

O presente instrumento estabelece as normatizações técnicas do Programa Nacional de Imunizações referentes ao Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas, de que trata a Portaria GM/MS nº xx de xx de xx de 2016.

Vacina BCG

Esquema:

Administrar dose única, o mais precoce possível, preferencialmente na maternidade, logo após o nascimento.

Dose: 0,1mL, via intradérmica.

Particularidades:

A comprovação da vacinação com BCG se dá por meio do registro da vacinação no cartão ou caderneta de vacinação, por meio da identificação da cicatriz vacinal ou da palpação de nódulo na ausência de cicatriz.

Crianças nascidas com peso inferior a 2 Kg, adiar a vacinação até que atinjam este peso.

Na rotina dos serviços, a vacina é disponibilizada para crianças até 4 (quatro) anos 11 meses e 29 dias, ainda não vacinadas.

Crianças vacinadas na faixa etária preconizada que não apresentam cicatriz vacinal após 6 (seis) meses da administração da vacina, revacinar apenas uma vez.

A realização do teste tuberculínico é dispensável antes ou depois da administração da vacina BCG, inclusive para os contatos de pacientes de hanseníase.

Contatos prolongados de portadores de hanseníase: vacinação seletiva, nas seguintes situações:

Menores de 1 (um) ano de idade:

Não vacinados: administrar 1 (uma) dose de BCG.

Comprovadamente vacinados que apresentem cicatriz vacinal: não administrar outra dose de BCG.

Comprovadamente vacinados que não apresentem cicatriz vacinal: administrar uma dose de BCG seis meses após a última dose.

A partir de 1 (um) ano de idade:

Sem cicatriz: administrar 1 (uma) dose.

Vacinados com 1 (uma) dose: administrar outra dose de BCG, com intervalo mínimo de 6 (seis) meses após a dose anterior.

Vacinados com 2 (duas) doses: não administrar outra dose de BCG.

Pessoas expostas ao HIV:

Administrar ao nascimento ou o mais precocemente possível.

Criança que chega ao serviço, ainda não vacinada, poderá receber BCG se assintomática e sem sinais de imunodepressão.

A revacinação não é indicada.

A partir dos 5 (cinco) anos de idade, pessoas portadoras de HIV não devem ser vacinadas, mesmo que assintomáticas e sem sinais de imunodeficiência.

Vacina Hepatite B (recombinante)

Esquema:

Administrar 1 (uma) dose ao nascer, o mais precocemente possível, nas primeiras 24 horas, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o nascimento, ainda na maternidade. Esta dose pode ser administrada até 30 dias após o nascimento.

Completar o esquema de vacinação contra hepatite B com a vacina penta [vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae B (conjugada)], aos 2 (dois), 4 (quatro) e 6 (seis) meses deidade.

Crianças que perderam a oportunidade de receber a vacina hepatite B (recombinante) até 1 mês de idade, não administrar mais essa vacina. Iniciar esquema vacinal a partir de 2 (dois) meses de idade até 6 (seis) anos 11 meses e 29 dias, com a vacina penta (vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae B (conjugada), com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias, conforme esquema detalhado no tópico da vacina penta.

Pessoas a partir de 7 (sete) anos de idade:

Sem comprovação vacinal: administrar 3 (três) doses da vacina hepatite B com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda dose e de 6 (seis) meses entre a primeira e a terceira dose (0, 1 e 6 meses).

Com esquema vacinal incompleto, não reiniciar o esquema, apenas completá-lo conforme situação encontrada.

Para gestantes em qualquer faixa etária e idade gestacional:

administrar 3 (três) doses da vacina hepatite B, considerando o histórico de vacinação anterior e os intervalos preconizados entre as doses. Caso não seja possível completar o esquema durante a gestação, deverá concluir após o parto.

Dose: 0,5 mL até os 19 anos de idade e 1 mL a partir de 20 anos de idade (Laboratório Butantan - nacional) e 0,5 mL até os 15 anos de idade e 1 mL a partir de 16 anos de idade (Laboratório Sanofi - internacional), via intramuscular.

Particularidades:

Em recém-nascidos de mães portadoras da hepatite B, administrar a vacina e a imunoglobulina humana anti-hepatite B, preferencialmente nas primeiras 12 horas, podendo a imunoglobulina ser administrada no máximo até 7 (sete) dias de vida.

Para pessoas com condições clínicas especiais recomenda-se consultar o Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) disponível em:

http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/09/manual-cries-9dez14-web.pdf.

Vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae B (conjugada) - Vacina Penta

Esquema:

Administrar 3 (três) doses, aos 2 (dois), 4 (quatro) e 6 (seis) meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias. A terceira dose não deverá ser dada antes dos 6 (seis) meses de idade.

Dose: 0,5 mL, via intramuscular.

Particularidades:

Na rotina dos serviços, a vacina penta está disponível para crianças até 6 (seis) anos 11 meses e 29 dias;

Crianças até 6 (seis) anos 11 meses e 29 dias, sem comprovação ou com esquema vacinal incompleto, iniciar ou complementar esquema com penta;

A vacina penta está contraindicada para crianças a partir de 7 (sete) anos de idade.

Vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis (DTP)

Reforço:

Administrar 2 (dois) reforços, o primeiro aos 15 meses de idade e o segundo aos 4 (quatro) anos de idade.

Dose: 0,5 mL, via intramuscular.

Particularidades:

Administrar o primeiro reforço com intervalo mínimo de 6 (seis) meses após a última dose do esquema primário (três doses de penta); intervalo mínimo de 6 (seis) meses entre os reforços. Crianças com 4 anos de idade, sem nenhum reforço, administrar 2 reforços, considerando o intervalo de seis meses entre os reforços.

Nos comunicantes domiciliares e escolares de casos de difteria ou coqueluche menores de 7 (sete) anos de idade, não vacinados ou com esquema incompleto ou com situação vacinal desconhecida, atualizar esquema, seguir orientações do esquema da vacina penta ou da DTP.

A vacina DTP é contraindicada para crianças a partir de 7 (sete) anos de idade.

Vacina Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada)- VIP

Esquema:

Administrar 3 (três) doses, aos 2 (dois), 4 (quatro) e 6 (seis) meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses. O intervalo mínimo é de 30 dias entre as doses.

Dose: 0,5 mL, via intramuscular.

Particularidades:

Crianças até 4 anos, 11 meses e 29 dias:

Sem comprovação vacinal: administrar 3 (três) doses da VIP, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias;

Com esquema incompleto: completar esquema com a VIP mesmo tendo iniciado esquema com VOP.

Vacina Poliomielite 1 e 3 (atenuada) - VOP

Reforço:

Administrar o primeiro reforço aos 15 meses e o segundo aos 4 (quatro) anos de idade.

Dose: duas gotas, exclusivamente por via oral.

Particularidades:

Administrar o primeiro reforço com intervalo mínimo de 6 (seis) meses após a última dose do esquema primário (três doses);

Administrar o segundo reforço com intervalo mínimo de 6 (seis) meses após o primeiro reforço;

Indivíduos com 5 (cinco) anos de idade ou mais:

Sem comprovação vacinal: administrar 3 (três) doses da VOP, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias;

Com esquema incompleto: completar esquema com a VOP;

Nesta faixa etária não há necessidade de reforço.

Repetir a dose imediatamente se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a administração da vacina.

Esta vacina é contraindicada para pessoas imunodeprimidas, contatos de pessoa HIV positiva ou com imunodeficiência, bem como aqueles que tenham histórico de paralisia flácida associada à dose anterior da VOP.

Indicada para viajantes que se deslocam para países com recomendação da vacina.

Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)- Pneumo10v

Esquema:

Administrar 2 (duas) doses aos 2 (dois) e 4 (quatro) meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias.

Reforço:

Administrar 1 (um) reforço aos 12 meses de idade.

Dose: 0,5 mL, via intramuscular.

Particularidades:

Crianças que iniciaram o esquema primário após 4 (quatro) meses de idade, devem completa-lo até 12 meses, com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses; administrar o reforço com intervalo mínimo de 60 dias após a última dose.

O reforço deve ser administrado entre 12 meses a 4 (quatro) anos, 11 meses e 29 dias

Crianças sem comprovação vacinal, entre 12 meses e 4 anos, de idade, administrar dose única.

Para as crianças de 2 meses a menores de 5 (cinco) anos de idade, com indicação clínica especial (ver manual do Crie), manter esquema de três doses e reforço.

Vacina rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada)- VORH

Esquema:

Administrar 2 (duas) doses, aos 2 (dois) e 4 (quatro) meses de idade.

Dose: 1,5 mL - administrar todo o conteúdo da seringa exclusivamente por via oral.

Particularidades:

Para evitar a oportunidade perdida de vacinação, a primeira dose pode ser administrada a partir de 1 (um) mês e 15 dias até 3 (três) meses e 15 dias. A segunda dose pode ser administrada a partir

de 3 (três) meses e 15 dias até 7 (sete) meses e 29 dias. Manter intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.

Se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a vacinação, não repetir a dose.

Esta vacina é contraindicada para crianças com histórico de invaginação intestinal ou com malformação congênita não corrigida do trato gastrointestinal.

Crianças com quadro agudo de gastroenterite (tais como: vômitos, diarreia, febre), adiar a vacinação até a resolução do quadro.

Crianças com imunodepressão deverão ser avaliadas e vacinadas mediante prescrição médica.

Vacina meningocócica C (conjugada) - Meningo C

Esquema:

Administrar 2 (duas) doses, aos 3 (três) e 5 (cinco) meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias.

Reforço:

Administrar o reforço aos 12 meses de idade.

Dose: 0,5 mL, via intramuscular.

Particularidades:

Crianças que iniciaram o esquema primário após 5 (cinco) meses de idade, devem completa-lo até 12 meses, com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses; administrar o reforço com intervalo mínimo de 60 dias após a última dose.

O reforço deve ser administrado entre 12 meses a 4 (quatro) anos, 11 meses e 29 dias.

Vacina febre amarela (atenuada) - Febre Amarela (FA)

Esquema: Administrar 1 (uma) dose aos 9 (nove) meses de idade.

Reforço: Administrar 1 (um) reforço aos 4 (quatro) anos de idade. O intervalo mínimo entre a dose do esquema e o reforço é de 30 dias.

Esta vacina é indicada para toda população indígena independente da Área com Recomendação para Vacinação (ACRV).

Dose: 0,5 mL, via subcutânea.

Particularidades:

Pessoas a partir de 5 (cinco) anos de idade:

que receberam uma dose da vacina antes de completar 5 (cinco) anos de idade - administrar um reforço, com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.

que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação - administrar a primeira dose da vacina e 1 (um) reforço após 10 (dez) anos.

que receberam 2 (duas) doses da vacina - considerar vacinado. Não administrar nenhuma dose.

Para pessoas com 60 anos e mais, que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação, o médico deverá avaliar o benefício/risco da vacinação, levando em conta os riscos da doença, comorbidades e eventos adversos nessa faixa etária.

Para gestantes, independente do estado vacinal, a vacinação não está indicada. Na impossibilidade de adiar a vacinação, em situações de emergência epidemiológica, vigência de surtos, epidemias ou viagem para área de risco de contrair a doença, o médico deverá avaliar o benefício/risco da vacinação.

Mulheres amamentando crianças com até 6 meses de idade, independentemente do estado vacinal: a vacinação não está indicada, devendo ser adiada até a criança completar 6 meses de idade. Na impossibilidade de adiar a vacinação, como em situações de emergência epidemiológica, vigência de surtos, epidemias ou viagem para área de risco de contrair a doença, o médico deverá avaliar o benefício/risco da vacinação.

Em caso de mulheres que estejam amamentando crianças menores de 6 (seis) meses de idade e receberam a vacina, o aleitamento materno deve ser suspenso preferencialmente por 28 dias após a vacinação (com um mínimo de 15 dias). Nessa situação a mãe e a criança deverão ser acompanhadas pelo serviço de saúde.

Pessoas com imunodepressão deverão ser avaliadas e vacinadas segundo orientações do manual do Crie.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300478

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Em crianças menores de 2 (dois) anos de idade não vacinadas contra a febre amarela, não administrar as vacinas tríplice viral ou tetra viral simultaneamente com a vacina febre amarela. O intervalo mínimo entre as vacinas é de 30 dias, salvo em situações especiais que impossibilitem manter este intervalo devido à especificidade da população indígena, o intervalo mínimo poderá ser de 15 dias.

A vacina febre amarela pode ser administrada simultaneamente ou com qualquer intervalo com todas as vacinas com exceção da primeira dose da vacina tríplice viral ou tetra viral em crianças menores de 2 (dois) anos de idade, como referido anteriormente.

Esta vacina é contraindicada para crianças abaixo dos 6 (seis) meses de idade.

Em situação de suspeita de surto de febre amarela, epizootia em primatas não humanos ou confirmação da circulação viral em vetores silvestres, uma dose deve ser administrada aos 6 (seis) meses de idade, não sendo considerada válida para rotina, devendo ser mantido o esquema vacinal aos 9 (nove) meses e aos 4 (quatro) anos de idade.

Vacina sarampo, caxumba e rubéola - Tríplice Viral

Esquema:

Administrar a primeira dose aos 12 meses de idade.

Completar o esquema de vacinação contra o sarampo, caxumba e rubéola com a vacina tetra viral aos 15 meses de idade (corresponde à segunda dose da vacina tríplice viral e uma dose da vacina varicela).

Dose: 0,5 mL, via subcutânea.

Particularidades:

A vacina tetra viral está disponível na rotina de vacinação para crianças com idade entre 15 meses e 1 ano 11 meses e 29 dias.

Detalhamento no tópico da vacina tetra viral.

Pessoas de 2 a 19 anos de idade não vacinadas ou com esquema incompleto devem ser vacinadas com a vacina tríplice viral conforme situação encontrada, considerando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. Considerar vacinada a pessoa que comprovar 2 doses de vacina tríplice viral ou tetra viral;

Pessoas de 20 a 49 anos de idade não vacinadas devem receber uma dose de tríplice viral. Considerar vacinada a pessoa que comprovar 1 (uma) dose de vacina tríplice viral ou dupla viral;

Para profissionais de saúde independente da idade: administrar 2 (duas) doses, conforme situação vacinal encontrada, observando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. Considerar vacinada a pessoa que comprovar 2 (duas) dose de vacina dupla viral ou tríplice viral.

Esta vacina é contraindicada para gestantes e crianças abaixo dos 6 (seis) meses de idade.

Pessoas com imunodepressão deverão ser avaliadas e vacinadas segundo orientações do manual do Crie.

Mulheres em idade fértil devem evitar a gravidez até pelo menos 1 (um) mês após a vacinação.

Em crianças menores de 2 (dois) anos de idade não vacinadas com tríplice viral, não administrar esta vacina simultaneamente com a vacina febre amarela. O intervalo entre estas vacinas é de 30 dias, salvo em situações especiais que impossibilitem manter este intervalo (com um mínimo de 15 dias).

Em situações de emergência epidemiológica para sarampo ou rubéola:

administrar 1 (uma) dose de tríplice viral em crianças na faixa etária entre 6 (seis) a 11 meses, não sendo considerada válida para rotina, devendo ser mantido o esquema vacinal aos 12 meses e aos 15 meses de idade;

administrar 1 (uma) dose de dupla viral ou tríplice viral em pessoas acima de 50 anos de idade que não comprovarem nenhuma dose destas vacinas.

Vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela (atenuada) - Tetra viral

Esquema:

Administrar 1 (uma) dose aos 15 meses de idade em crianças que já tenham recebido a primeira dose da vacina tríplice viral.

Dose: 0,5 mL, subcutânea.

Particularidade:

Crianças que não foram vacinadas oportunamente aos 15 meses de idade, poderão ser vacinadas até 1 (um) ano 11 meses e 29 dias;

Em crianças menores de 2 (dois) anos de idade não vacinadas com tetra viral, não administrar esta vacina simultaneamente com a vacina febre amarela. O intervalo entre estas vacinas é de 30 dias, salvo em situações especiais que impossibilitem manter este intervalo (com um mínimo de 15 dias).

Em situações emergenciais e na indisponibilidade da vacina tetra viral, as vacinas tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) e varicela (atenuada) poderão ser utilizadas.

Vacina adsorvida hepatite A (inativada) - Hepatite A

Esquema:

Administrar uma dose aos 15 meses de idade. A idade máxima para administração é 1(um) ano, 11 meses, 29 dias.

Dose: 0,5mL, intramuscular.

Particularidades:

Crianças com imunodepressão deverão ser avaliadas e vacinadas segundo orientações do manual do Crie.

Vacina adsorvida difteria e tétano adulto - dT/ Dupla Adulto

Reforço:

Indivíduos a partir de 7 (sete) anos de idade, com esquema vacinal completo (3 [três] doses) para difteria e tétano, administrar 1 (uma) dose a cada 10 anos após a última dose;

Em todos os casos, após completar o esquema básico (DTP, tetra ou penta) e reforços, administrar reforço com a dT a cada 10 anos, após a última dose;

Em casos de ferimentos graves, comunicantes de casos de difteria, antecipar a dose quando a última foi administrada há mais de 5 (cinco) anos.

Dose: 0,5 mL, via intramuscular.

Particularidades:

Indivíduos a partir de 7 (sete) anos de idade não vacinadas ou sem comprovação vacinal para difteria e tétano, administrar 3 (três) doses com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias.

Indivíduos a partir de 7 (sete) anos de idade, com esquema incompleto para difteria e tétano, completar esquema de 3 (três) doses, considerando as doses anteriores, com intervalo de 60 diasentre as doses, mínimo de 30 dias.

A vacina dupla adulto (dT) pode ser administrada a partir da comprovação da gravidez, em qualquer período gestacional. Completar esquema até 20 dias antes do parto.

Vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis (acelular) tipo adulto - dTpa

Esquema:

Gestantes: 1 (uma) dose a cada gestação

A vacina é indicada para as gestantes a partir da vigésima sétima semana (27ª) a trigésima sexta (36ª) semana de gestação, preferencialmente, podendo ser administrada até 20 dias antes da data provável do parto, considerando o histórico vacinal de difteria, tétano (dT).

As gestantes que residem em áreas de difícil acesso poderão ser vacinadas a partir da vigésima (20ª) semana de gestação. Esta recomendação visa não perder a oportunidade de vacinar estas gestantes.

Particularidades:

Gestantes NÃO vacinadas previamente, administrar três doses de vacinas contendo toxoides tetânico e diftérico com intervalo de 60 dias entre as doses. Sendo 2 (duas) doses de dT por uma dose de dTpa, preferencialmente entre 27ª e 36ª semanas de gestação.

Gestantes vacinadas com uma dose de dT, administrar uma dose de dT e uma dose de dTpa (entre 27ª e 36ª semanas de gestação) com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias.

Gestantes na 27ª a 36ª semanas de gestação, vacinada com duas doses de dT, administrar uma dose da dTpa.

Gestantes na 27ª a 36ª semanas de gestação, vacinada com três doses de dT, administrar uma dose de dTpa.

Gestantes na 27ª a 36ª semanas de gestação, vacinada com três doses de dT e com dose de reforço há menos de cinco anos, administrar uma dose de dTpa.

Gestantes na 27ª a 36ª semanas de gestação, vacinada com três doses de dT e com dose de reforço há mais de cinco anos, administrar uma dose de dTpa.

Gestantes em áreas de difícil acesso, administrar a vacina dTpa a partir da vigésima (20ª) semana de gestação adequando a administração das doses conforme quadro acima.

Gestantes que não foram vacinadas durante a gestação, aplicar uma dose de dTpa no puerpério o mais precoce possível.

Profissionais de Saúde e Parteiras tradicional:

Observação: Segundo o Ministério da Saúde parteira tradicional é aquela que presta assistência ao parto domiciliar baseada em saberes e práticas tradicionais e é reconhecida pela comunidade como parteira.

Administrar uma dose de dTpa para profissionais de saúde que atuam em maternidade e em unidade de internação neonatal (UTI/UCI convencional e UCI canguru) e parteiras que prestam atendimento a recém-nascidos, considerando o histórico vacinal de difteria, tétano.

Com esquema de vacinação primário completo:

Administração da dTpa como reforço a cada dez anos em substituição da dT.

Com esquema de vacinação primário incompleto:

Menos de três doses com a vacina dT: administrar uma dose de dTpa e completar o esquema com uma ou duas doses de dT (dupla adulto) de forma a totalizar três doses da vacina contendo o componente tetânico.

Dose: 0,5mL, intramuscular.

Vacina influenza (fracionada, inativada) - Gripe

Esquema:

Crianças entre 6 (seis) meses e 8 (oito) anos 11 meses 29 dias, primovacinadas (que tomarão a vacina pela primeira vez): administrar 2 (duas) doses, com intervalo de 30 dias entre as doses.

Para pessoas a partir de 9 (nove) anos: administrar 1 (uma) dose.

Dose:

Para crianças entre 6 (seis) meses e 2 (dois) anos 11 meses 29 dias: administrar 0,25 mL, via intramuscular ou subcutânea, a depender do país de origem do laboratório produtor (Verificar na bula que acompanha a vacina ou no informe da campanha anual).

Para pessoas a partir de 3 (três) anos de idade: 0,5 mL, via intramuscular ou subcutânea, a depender do país de origem do laboratório produtor.

Particularidades:

Em caso de mudança de faixa etária (de 2 para 3 anos de idade), manter a dose inicial do esquema, isto é, 0,25mL.

Gestantes: administrar esta vacina em qualquer idade gestacional.

Vacina pneumocócica 23-valente (polissacarídica) - Pneumo 23v

Esquema:

Administrar 1 (uma) dose em todos os indígenas a partir de 5 (cinco) anos de idade sem comprovação vacinal com as vacinas pneumocócicas conjugadas.

A partir dos 60 (sessenta) anos de idade, administrar 1 (uma) única dose adicional, respeitando o intervalo mínimo de 5 (cinco) anos da dose inicial.

Dose: 0,5 mL via intramuscular

Particularidades:

Contraindicada para as crianças menores de 2 (dois) anos de idade.

Não administrar em crianças menores de 5 (cinco) anos de idade.

Criança de 2 (dois) a 4 (quatro) anos, 11 meses e 29 dias que recebeu dose da vacina pneumocócica 23 valente e não tem histórico de vacinação com pneumocócica conjugada 10 valente, administrar uma dose desta vacina (pneumocócica conjugada 10 valente), não sendo necessárias doses adicionais.

Vacina papilomavirus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) - HPV

Esquema:

Administrar 2 (duas) doses, com intervalo de 6 (seis) meses entre as doses, nas meninas de 9 a 13 anos 11 meses e 29 dias.

Meninas e mulheres de 9 a 26 anos 11 meses e 29 dias, vivendo com HIV/Aids administrar 3 (três) doses com intervalo de 2 (dois) meses entre a primeira e a segunda dose e 6 (seis) meses entre a primeira e a terceira dose. Para a vacinação deste grupo, mantém-se a necessidade de prescrição médica.

Dose: 0,5 mL, intramuscular.

Particularidades:

Meninas com 14 anos de idade com esquema vacinal incompleto, completar esquema conforme situação encontrada, considerando o intervalo mínimo de seis meses entre as doses;

Mulheres com 27 anos, vivendo com HIV/Aids com esquema vacinal incompleto, completar esquema conforme situação encontrada, considerando os intervalos entre as doses.

Caso a primeira dose tenha sido administrada há mais de 6 meses, administrar a segunda dose e agendar a terceira dose, respeitando o intervalo mínimo de 90 dias entre a segunda e a terceira dose.

Esta vacina é contraindicada durante a gestação. Caso a mulher engravide após a primeira dose da vacina HPV ou receba a vacina inadvertidamente durante a gravidez, suspender a dose subsequente e completar o esquema vacinal, preferencialmente em até 45 dias após o parto. Nestes casos nenhuma intervenção adicional é necessária, somente o acompanhamento do pré-natal.

Mulheres que estão amamentando podem ser vacinadas com a vacina HPV.

Recomenda-se que a pessoa vacinada deverá permanecer sentada, sob observação por aproximadamente 15 minutos após a vacinação.

Vacina varicela (atenuada)

Esquema:

Administrar uma dose aos 4 (quatro) anos de idade (até 4 anos 11 meses e 29 dias). Corresponde à segunda dose da vacina varicela, considerando a dose de tetra viral aos 15 meses de idade.

Dose: 0,5mL via subcutânea.

Particularidades:

Crianças entre 2 anos a 4 anos 11 meses e 29 dias não vacinadas com tetra viral, administrar duas doses da vacina varicela (atenuada), com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses, sendo que a segunda dose deve ser administrada, preferencialmente, aos 4 (quatro) anos de idade.

Pessoas a partir dos 5 anos de idade não vacinadas ou sem comprovação vacinal, administrar 1 (uma) ou duas doses de vacina varicela (atenuada), a depender do laboratório produtor.

Mulheres em idade fértil devem evitar a gravidez até 1 (um) mês após a vacinação.

Esta vacina é contraindicada para gestantes, indivíduos imunodeprimidos ou que apresentaram anafilaxia à dose anterior.

A vacina varicela (atenuada) pode ser administrada simultaneamente com a vacina febre amarela. Na impossibilidade de realizar vacinação simultânea, adotar o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.

Em situações de emergência epidemiológica para varicela em área indígena:

Administrar a imunoglobulina anti-varicela zoster em crianças recém-nascidas até 8 (oito) meses de idade, gestantes e pessoas imunodeprimidas.

Administrar uma dose de vacina varicela (atenuada) em crianças entre 9 e 12 meses de idade (a depender do laboratório produtor). Não considerar esta dose como válida para a rotina e manter o esquema vacinal aos 15 meses com a tetra viral e aos 4 anos com a varicela.

Antecipar a dose de tetra viral em crianças entre 13 e 14 meses de idade e considerar como dose válida para a rotina de vacinação.

Vacinar com tetra viral as crianças entre 15 e 23 meses de idade, conforme as indicações da rotina de vacinação.

Antecipar a dose dos 4 anos em crianças entre 2 e 3 anos de idade e considerar como dose válida para a rotina.

Vacinar com varicela (atenuada) as crianças de 4 anos de idade, conforme as indicações do Calendário Nacional de Vacinação.

Vacinar as pessoas a partir dos 5 anos de idade, conforme histórico vacinal anterior.

Anexo LXIII

TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Anexo 1)

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO

Eu,_____, brasileira, _____anos, portadora do documento de identificação tipo _____, nº_____,declaro que no dia _____, do mês _____do ano de _____às _____, no endereço _____ (ou proximidades - indicar

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

ponto de referência) _____, bairro _____, cidade _____, fui vítima de crime de violência sexual, nas seguintes circunstâncias:_____
Em caso de agressor(s) desconhecido(os)
Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por _____homem(s) de aproximadamente _____anos, raça/cor _____cabelos _____, trajando (calça, camisa, camisetas, tênis e outros), outras informações (alcoolizado, drogado, condutor do veículo/tipo _____ etc.).
O crime foi presenciado por (se houver testemunha) _____
Em caso de agressor (a)(s) conhecido (a)(s)
Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por (informação opcional) _____, sendo meu/minha_____ (indicar grau de parentesco ou de relacionamento social e afetivo), com _____anos de idade e que no momento do crime encontrava-se/ ou não (alcoolizado, drogado)
O crime foi presenciado por (se houver testemunha) _____
É o que tenho/ temos a relatar
Local e data:_____
_____
Nome, identificação e assinatura
_____

Anexo LXIV
PARECER TÉCNICO (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Anexo 2)
(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)
PARECER TÉCNICO
Em face da análise dos resultados dos exames físico geral, ginecológico, de ultra-sonografia obstétrica e demais documentos anexados ao prontuário hospitalar nº_____ da paciente _____, documento tipo_____nº_____;manifesta-se pela compatibilidade entre a idade gestacional e a da data da violência sexual alegada.
Local e data:_____
Médico (assinatura e carimbo)

Anexo LXV
TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Anexo 3)
(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)
TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO
Nesta data, a Equipe de Saúde multidisciplinar do Serviço de_____ do Hospital _____ , avaliou o pedido de interrupção de gestação, fundamentado na declaração de violência sexual apresentada, pela usuária _____, portadora do documento de identificação tipo _____,nº _____, registro hospitalar nº_____com _____semanas de gestação. Atesta-se que o pedido se encontra em conformidade com o artigo 128 do inciso II do Código Penal, sem a presença de indicadores de falsa alegação de crime sexual. Portanto, APROVA-SE, de acordo com a conclusão do Parecer Técnico, a solicitação de interrupção de gestação formulada pela paciente e/ou por seu representante legal.
Local e data_____
RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO
Equipe multiprofissional:
_____
Carimbo e assinatura
_____
Carimbo e assinatura
_____
Carimbo e assinatura

Anexo LXVI
TERMO DE RESPONSABILIDADE (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Anexo 4)
(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)
TERMO DE RESPONSABILIDADE
Por meio deste instrumento, eu _____, portadora do documento de identificação tipo_____nº_____, ou legalmente representada por _____, portador (a) do documento de identificação tipo_____nº_____, assumo a responsabilidade penal decorrente da prática dos crimes de Falsidade Ideológica e de Aborto, previstos nos artigos 299 e 124 do Código Penal Brasileiro, caso as informações por mim prestadas ao serviço de atendimento às vítimas de violência sexual do Hospital_____ NÃO correspondam à legítima expressão da verdade.
Local e Data:_____
_____
Nome, identificação e assinatura.

Anexo LXVII
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ RESULTANTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Anexo 5)
(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ RESULTANTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL
Por meio deste instrumento eu,_____, documento de identificação tipo _____,nº_____registro hospitalar nº_____ e/ou meu representante legal/responsável_____ documento de identificação tipo _____ nº _____., em conformidade com o Artigo 128, inciso II do Código Penal Brasileiro, exerço o direito de escolha pela interrupção da gestação de forma livre, consciente e informada.
Declaro que estou informada da possibilidade de manter a gestação até o seu término, sendo-me garantido os cuidados de pré-natal e parto, apropriados para a situação; e das alternativas após o nascimento, que incluem a escolha de permanecer com a criança e inserila na família, ou de proceder com os mecanismos legais de doação.
Declaro, estar esclarecida (os) dos procedimentos médicos que serão adotados durante a realização da intervenção (abortamento previsto em Lei), bem como dos desconfortos e riscos possíveis à saúde, as formas de assistência e acompanhamentos posteriores e os profissionais responsáveis.
Declaro, que me é garantido o direito ao sigilo das informações prestadas, exceto em caso de requisição judicial.
Declaro, outrossim, que após convenientemente esclarecida pelos profissionais de saúde e ter entendido o que me foi explicado, solicito de forma livre e esclarecida a interrupção da gestação atual decorrente de violência sexual, e autorizo a equipe do Hospital _____aos procedimentos necessários.
Local e data:_____
_____
Nome, identificação e assinatura.
_____
Testemunha
Nome, identificação e assinatura
_____
Testemunha
Nome, identificação e assinatura

Anexo LXVIII
NORMAS DE VIGILÂNCIA À SAÚDE DOS TRABALHADORES EXPOSTOS AO BENZENO (Origem: PRT MS/GM 776/2004, Anexo 1)
NORMAS DE VIGILÂNCIA À SAÚDE DOS TRABALHADORES EXPOSTOS AO BENZENO
1 - Objetivo
Regulamentar os procedimentos relativos à vigilância da saúde dos trabalhadores expostos ao benzeno.
2 - CAMPO DE APLICAÇÃO
As empresas e respectivas contratadas que produzem, utilizam, transportam, armazenam e manipulam benzeno ou suas misturas líquidas para os serviços de saúde públicos e privados, laboratórios e outras instâncias institucionais do campo da saúde do trabalhador.
3 - CONCEITOS
Vigilância Epidemiológica - Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (Lei nº 8.080/90).
Vigilância Sanitária - Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde (Lei nº 8.080/90).
Vigilância em Saúde do Trabalhador - Entende-se por vigilância em saúde do trabalhador uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social e organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS - Portaria nº 3.120/GM, de 1º de julho de 1998).
Benzeno - É um hidrocarboneto aromático que se apresenta como um líquido incolor, lipossolúvel, volátil, inflamável, de odor característico, perceptível a concentrações da ordem de 12 ppm, cuja fórmula molecular é C6H6. Registro CAS n.71-43-2, registro ONU n.1114.
Benzenismo - Conjunto de sinais, sintomas e complicações decorrentes da exposição aguda ou crônica ao hidrocarboneto aromático, benzeno. As complicações podem ser agudas, quando houver exposição a altas concentrações com presença de sinais e sintomas neurológicos, ou crônicas, com sinais e sintomas clínicos diversos, podendo ocorrer complicações a médio ou a longo prazo, localizadas principalmente no sistema hematopoético.
4- DIRETRIZES
4.1- Diagnóstico da Intoxicação Ocupacional pelo Benzeno
4.1.1 - Introdução: O benzeno é um mielotóxico regular, leucemogênico e cancerígeno, mesmo em baixas concentrações. Outras alterações podem também ocorrer como descrito a seguir. Não existem sinais ou sintomas patognomônicos da intoxicação.
4.1.2- Síndrome Clínica da Intoxicação pelo Benzeno:
Quadro Clínico e Laboratorial da Toxicidade pelo Benzeno: Considera-se toxicidade do benzeno (ou benzenismo) quando a pessoa apresenta um conjunto de sinais e sintomas e que tenha sido exposta ao benzeno. O quadro clínico de toxicidade ao benzeno caracteriza-se por uma repercussão orgânica múltipla, em que o comprometimento da medula óssea é o componente mais freqüente e significativo, sendo a causa básica de diversas alterações hematológicas.
Os sinais e sintomas ocorrem em aproximadamente 60% dos casos. São eles: astenia, mialgia, sonolência, tontura e sinais infecciosos de repetição. Os dados laboratoriais hematológicos mais relevantes são representados pelo aparecimento de neutropenia, leucopenia, eosinofilia, linfocitopenia, monocitopenia, macrocitose, pontilhado basófilo, pseudo Pelger e plaquetopenia.
O diagnóstico de benzenismo, de natureza ocupacional, é eminentemente clínico e epidemiológico, fundamentando-se na história de exposição ocupacional e na observação de sintomas e sinais clínicos e laboratoriais descritos anteriormente.
Entende-se como exposição ocupacional a exposição acima de níveis populacionais, decorrente de atividades laborais.
Em pessoas potencialmente expostas ao benzeno, todas as alterações hematológicas devem ser valorizadas, investigadas e justificadas.
A toxicidade do benzeno pode ser aguda ou crônica. Em cada um desses casos há sinais e sintomas clínicos que descreveremos a seguir:

Efeitos Agudos: O benzeno é um irritante moderado das mucosas e sua aspiração em altas concentrações pode provocar edema pulmonar. Os vapores são, também, irritantes para as mucosas oculares e respiratórias.
A absorção do benzeno provoca efeitos tóxicos para o sistema nervoso central, causando, de acordo com a quantidade absorvida, narcose e excitação seguida de sonolência, tonturas, cefaléia, náuseas, taquicardia, dificuldade respiratória, tremores, convulsões, perda da consciência e morte.
Efeitos Crônicos: Principais Agravos À Saúde
Alterações Hematológicas: Vários tipos de alterações sangüíneas, isoladas ou associadas, estão relacionadas à exposição ao benzeno. Em virtude da lesão do tecido da medula óssea (local de produção de células sangüíneas), essas alterações correspondem, sobretudo, a hipoplasia, displasia e aplasia.
O aparecimento de macrocitose, pontilhado basófilo, hiposegmentação dos neutrófilos (pseudo Pelger), eosinofilia, linfocitopenia e macroplaquetas são alterações precocemente apreciadas na toxicidade benzênica.
A hipoplasia da medula óssea pode ocasionar, no sangue periférico, citopenia(s). A leucopenia com neutropenia corresponde à principal repercussão hematológica da hipoplasia secundária ao benzeno e, em menor freqüência, à plaquetopenia isolada ou associada à neutropenia. Estudos realizados em medula óssea de trabalhadores com benzenismo evidenciaram a relação entre a neutropenia periférica e a hipoplasia granulocítica, numa mediana de quatro anos de exposição. Estudo posterior, realizado com a mesma coorte de pacientes, após o afastamento da exposição, demonstrou um tempo médio de 5 anos para a recuperação hematológica periférica.
A aplasia da medula óssea, que corresponde à depressão de todas as linhagens hematológicas, expressa-se no sangue periférico através de pancitopenia (leucopenia, plaquetopenia e anemia).
O caráter leucemogênico do benzeno é amplamente reconhecido. As transformações leucêmicas, precedidas ou não por alterações mielodisplásicas, são objeto de diversas publicações, sendo a leucemia mielóide aguda, entre todas, a mais freqüente. Outras variantes são também descritas.
Além de leucemogênica, a toxicidade por benzeno está também relacionada ao surgimento de outras formas de doenças oncohematológicas, como linfoma não-Hodgkin, mieloma múltiplo e mielofibrose, embora em menor freqüência.
Alterações Neuro-Psicológicas e Neurológicas: São observadas alterações como: atenção, percepção, memória, habilidade motora, viso-espacial, viso-construtiva, função executiva, raciocínio lógico, linguagem, aprendizagem e humor.
Além dessas disfunções cognitivas, surgem outras alterações como: astenia, cefaléia, depressão, insônia, agitação e alterações de comportamento.
São também descritos quadros de polineuropatias periféricas e mielites transversas.
No sistema auditivo podem aparecer alterações periféricas como centrais, podendo ser observadas: perdas auditivas neurossensoriais, zumbidos, vertigens e dificuldades no processamento auditivo.
Outras Alterações: Foram observadas alterações cromossômicas numéricas e estruturais em linfócitos e células da medula óssea de trabalhadores expostos ao benzeno. É possível fazer avaliação de danos cromossomiais através de técnicas citogenéticas.
Podem ocorrer alterações dermatológicas tais como eritema e dermatite irritativa de contato por exposições ocupacionais repetidas e prolongadas ao benzeno.
Outras formas de câncer podem ser observadas devido a associação da exposição do benzeno com gás de coqueria e de vazamentos em indústrias que manipulam correntes de naftas ou produtos petroquímicos.
4.1.3 - Parâmetros Clínico-Laboratoriais
Parâmetros Clínicos: Durante a condução diagnóstica dos casos suspeitos de leucopenia secundária à toxicidade benzênica, alguns fatores devem ser considerados: as enfermidades ou as situações clínicas e fisiológicas que cursam com leucopenia, como, por exemplo, colagenoses, viroses, alcoolismo, exposição a medicamentos e a outros agentes mielotóxicos devem ser investigadas. As neutropenias constitucionais e as situações anteriormente descritas devem ser objeto de análise sistemática, sem, contudo, permitir que sua comprovação seja suficiente para afastar a hipótese de associação com a toxicidade benzênica, (veja principais causas de leucopenias no quadro 1).

QUADRO 1
PRINCIPAIS CAUSAS LEUCOPENIA:

Infecciosas	Virais	Gripe, Mononucleose, Hepatite, CMV, Sarampo Rubéola, Dengue, HIV e Febre Amarela
	Bacterianas	Tuberculose, Febre Tifóide, Septicemia e Brucelose.
	Outras	Histoplasmose, Sífilis, Ricketsioses, Psitacose, Malária e Calazar
Esplenomegalias	Hepatopatia Crônica, Hepatopatia Alcoólica, Esquistosomose, Esplenomegalia Congestiva, Doença de Gaucher e Síndrome de Felty	
Imunológicas	LES, Artrite Reumatóide, Periarterite Nodosa, Outras Colagenoses, Doença Hemolítica Auto-Imune e Choque Anafilático	
Outras	Pseudoneutropenia, Desnutrição, Hipervitaminose A e Alcoolismo	
Agentes Leuco Penizantes	Regulares	Colchicina, Irradiação, Citostáticos e Benzeno
	Ocasionais	Analgésicos, Antibióticos, Anticonvulsivantes, Sais de Ouro, Tranqüilizantes, Antitiroidianos, Diuréticos, Hipoglicemiantes, Antimaláricos, Anti-Histamínicos, Tuberculostáticos, Sulfonamidas e Barbitúricos.
Alterações da Medula Óssea	Infiltração	Metástase, Linfoma e Necrose MO
	Deficiências	Ferro, Vitamina B12, Vitamina B6 e Ácido Fólico
	Alteração do Parênquima	Leucemias, Síndrome Mielodisplásica, Síndrome de Fanconi, Hemoglobinúria Paroxística Noturna, Anemia Aplástica Idiopática, Neutropenia Cíclica Familiar, Hipoplasia Crônica e Agranulocitose Infantil

Por outro lado, uma série histórica evidenciando valores leucocitários baixos e constantes, na ausência de exames pré-admissionais, não deve ser suficiente para afastar neutropenia secundária ao benzenismo; o caso deve, portanto, permanecer em investigação.

Uma criteriosa análise do quadro clínico é insubstituível. Para se ter uma visão panorâmica, não se deve considerar apenas os resultados de exames, devendo ser valorizada também, a história ocupacional.

Hemograma: O hemograma é um dos principais instrumentos laboratoriais para detecção de alterações tardias da hematopoese em casos de toxicidade crônica por benzeno. Deve ser realizado pelo método automático com hemocitoscopia criteriosa. Deve-se salientar que a coleta deve ser realizada, na ausência de jejum.

Os valores referenciais para fins de análise devem ser os do próprio indivíduo em período prévio à exposição a qualquer agente mielotóxico. Do ponto de vista prático, caso seja desconhecido, admite-se como supostamente anormal toda leucopenia que, após ampla investigação, nenhuma causa reativa possa ser apontada que a justifique.

Os resultados de hemogramas devem ser organizados na forma de série histórica de forma a permitir a comparação sistemática e permanente dos dados e análise de alterações eventuais ou persistentes.

Deve-se salientar que todos os trabalhadores expostos ao benzeno, portadores de leucopenia isolada ou associada à outra alteração hematológica, são, a princípio, suspeitos de serem portadores de lesão da medula óssea mediada pelo benzeno. A partir desse ponto de vista, na ausência de outra causa, a leucopenia deve ser atribuída à toxicidade por essa substância.

Outros Exames: A análise clínica dos casos suspeitos deve nortear os passos seguintes até a conclusão destes. Pode ser necessária a realização de uma grande variedade de exames, como punção aspirativa e, ou biópsia de medula óssea, estudos citogenéticos, entre outros que ficam a critério de especialista.

4.1.4 - Protocolo de Investigação de Casos Suspeitos:

O protocolo de investigação de dano em expostos ao benzeno deve conter as seguintes informações e procedimentos:

a) História Clínica Atual e Pregressa, incluindo a investigação de exposição a agentes mielotóxicos (medicamentos, radiação ionizante, entre outros), interrogatório dos diversos aparelhos, antecedentes pessoais e familiares e exame físico completo;

b) História Ocupacional Atual (antecedentes profissionais) com informação sobre as empresas, setores, funções, tarefas e respectivos períodos de trabalho;

c) Levantamento dos Dados Hematológicos de que dispõe o trabalhador, inclusive os anteriores à admissão na empresa suspeita de causadora da toxicidade;

d) Exames Complementares:

- Hemograma com análise quantitativa e qualitativa das três séries sangüíneas e contagem de reticulócitos. Na ausência da série histórica, realizar três hemogramas com intervalo de 15 dias.

- Transaminases (AST e ALT), gama glutamil transferase, bilirrubinas totais e frações e LDH.

- Provas de atividades reumáticas ou inflamatórias: VHS, Proteína C reativa e FAN.

- Marcadores de Hepatite B e C (anti-HBS Ag, anti-HBc - IgM e anti-HCV).

- Anti-HIV.

e) Estudo da Medula Óssea (Biópsia de medula óssea e mielograma) - sempre que indicados clinicamente;

f) Outros Exames - poderão ser solicitados, de acordo com o exame clínico; e

g) Outras Investigações:

- Avaliação Sobre o Sistema Nervoso Central - Avaliação de queixas neuropsicológicas e neuropsiquiátricas, efeitos ototóxicos e alterações citogenéticas deverão ser realizados sempre que necessário.

- Avaliação Neuropsicológica / Neurocomportamental. É um instrumento para investigação dos efeitos que à exposição a substâncias neurotóxicas produz sobre os processos psíquicos no homem. Objetiva estabelecer a presença ou não de disfunção cognitiva e distúrbios afetivos e localizar alterações sutis, a fim de detectar as disfunções ainda em estágios iniciais.

- O benzeno, como os solventes, pode causar distúrbios de memória de curto prazo, raciocínio e resoluções de problemas, execução de tarefas viso-construtivas ou verbais e habilidade de planejar.

- A avaliação das alterações neuropsicológicas é feita por meio de bateria de testes específicos, padronizados e de entrevista clínica.

- Avaliação Neurológica - Para investigar os efeitos da exposição ao benzeno, bem como a solventes orgânicos no sistema auditivo, o uso de exames convencionais como a audiometria tonal por via aérea e óssea e a audiometria vocal podem não ser suficientes.

- O emprego de outros testes audiológicos como imitanciometria, exame vestibular, otoemissão acústica, audiometria de tronco cerebral e provas de processamento auditivo são importantes para complementar informações sobre o topodiagnóstico da lesão.

4.1.5 - Conclusão Diagnóstica:

O diagnóstico diferencial da intoxicação crônica pelo benzeno deverá ser conduzido pelo médico clínico responsável de acordo com o que lhe parecer adequado.

Do Caso Para Ser Investigado:

Critérios Para Iniciar a Investigação do Caso de Toxicidade Crônica do Benzeno - Alterações Hematológicas:

Para o reconhecimento de casos que serão investigados, deverão ser evidenciadas as seguintes situações em indivíduos expostos ocupacionalmente ao benzeno.

Embora estejam explícitos somente os critérios de alteração nos valores da contagem de leucócitos totais, todas as alterações hematológicas, consideradas relevantes, devem ser valorizadas e investigadas.

Constatação de alterações hematológicas - Instalação de leucopenia. Para análise da leucometria, recomenda-se:

4.1.5.1 - Para Trabalhadores sem História de Exposição:

A média de 3 hemogramas realizados com intervalo de 15 dias, sendo o primeiro realizado no processo de admissão no emprego. Esse será o parâmetro de comparação para verificação da instalação de leucopenia.

4.1.5.2 - Para Trabalhadores Antigos:

- O exame admissional anterior à exposição a agentes mielotóxicos servirá como referência.

- Caso não se localize o exame referido no item anterior, deve-se utilizar a média da contagem de leucócitos dos hemogramas anteriores à instalação da tendência decrescente.

- Quando, em juízo profissional, não for possível usar os dois critérios acima, adotar os valores de referência de Williams 2001, valores fixos populacionais contidos na Tabela 1 do anexo 1A destas Normas.

Devem ser alvo de investigação os trabalhadores que apresentarem:

(1) QUEDA RELEVANTE E PERSISTENTE DA LEUCOMETRIA, constatada através de 3 (três) exames com intervalo de 15 (quinze) dias, com ou sem outras alterações associadas.

Um índice arbitrário de 20% de redução da leucometria poderá ser usado para considerar queda significativa em relação aos critérios anteriores. Essa taxa poderá ser reavaliada, baseada em novos estudos. Variações menores e a presença de outras alterações hematológicas devem ser consideradas, quando suspeitada sua relevância.

Observação: na análise de séries históricas consolidadas com grandes períodos de acompanhamento, deve ser considerado o patamar pré-exposição ou o mais próximo possível desse período.

(2) PRESENÇA DE ALTERAÇÕES HEMATOLÓGICAS EM HEMOGRAMAS SERIADOS, sem outros achados clínicos que as justifiquem, como:

- AUMENTO DO VOLUME CORPUSCULAR MÉDIO (macrocitose), diminuição do número absoluto de linfócitos (linfopenia ou linfocitopenia);

- LEUCOCITOSE PERSISTENTE;

- ALTERAÇÕES NEUTROFÍLICAS: Pontilhado basófilo, hipossegmentação dos neutrófilos (pseudo Pelger) ;

- PRESENÇA DE MACROPLAQUETAS;

- LEUCOPENIA COM ASSOCIAÇÃO DE OUTRAS CITOPENIAS (plaquetopenia).

DO CASO CONSIDERADO SUSPEITO

Considera-se CASO SUSPEITO de toxidade crônica por benzeno a presença de alteração hematológica relevante e sustentada. A relevância foi definida nos critérios anteriores e a sustentabilidade considerada mínima é definida após a realização de 3 hemogramas com intervalos de 15 dias entre eles. Nas situações em que persistem as alterações nesse tempo mínimo de 45 dias, considera-se o CASO SUSPEITO.

Deve ser iniciada investigação segundo item protocolo de investigação de caso suspeito destas Normas.

DO CASO CONFIRMADO DE TOXICIDADE CRÔNICA DO BENZENO

Ao se realizar a avaliação clínico-laboratorial do caso suspeito e confirmada a ausência de enfermidades concomitantes que possam acarretar tais alterações além da exposição ao benzeno, fica estabelecido o diagnóstico de benzenismo.

4.2 - Tratamento de Intoxicação Ocupacional pelo Benzeno

Não existe tratamento medicamentoso específico para os casos de intoxicação pelo benzeno.

O acompanhamento médico para os casos confirmados de intoxicação deve ser regular e em longo prazo. As intercorrências clínicas devem ser tratadas com precocidade. As perturbações de ordem psíquica e social causadas aos indivíduos devem merecer atenção especializada em programas de saúde integrados sob o enfoque do trabalho.

4.3 - Prognóstico de Intoxicação Ocupacional pelo Benzeno

4.3.1 - Os trabalhadores que apresentaram alterações hematológicas devido à exposição ao benzeno devem ser considerados suscetíveis ou hipersensibilizados, sendo maior o risco de agravamento do quadro, em especial o desenvolvimento de neoplasias.

4.3.2 - É possível a reversão do quadro hematológico periférico que pode ocorrer após um período longo do afastamento do risco. Porém, a reversão para a "normalidade" do quadro hematimétrico, no sangue periférico, não deve ser considerada como estado de cura.

Todas as pessoas expostas e que manifestaram alterações hematológicas devem ter acompanhamento médico, devendo seu posto de trabalho e sua atividades serem analisados, no sentido de serem afastadas da exposição ocupacional ao benzeno, utilizando-se para tal o anexo 2 como critério. Tal procedimento deve ser assegurado pela empresa e aprovado pelo órgão competente da fiscalização do ambiente de trabalho (MTE/DRT e SUS).

4.3.3 - A reversão das alterações periféricas para níveis hematimétricos normais não exclui a possibilidade de evolução para o agravamento, como a manifestação de hemopatias malignas ou anemia aplástica tardia.

4.3.4 - Mesmo após a remissão das alterações hematológicas periféricas ou de outras manifestações clínicas, os casos deverão ser acompanhados clínica e laboratorialmente de forma permanente, com periodicidade pelo menos anual, através da realização de exames complementares propostos em um protocolo de acompanhamento pelo órgão de referência do SUS.

4.3.5 - A normalização ou estabilidade dos valores hematimétricos do sangue periférico, após afastamento do ambiente de trabalho, não descaracteriza a intoxicação e nem constitui critério para retorno a um ambiente ou função com risco de exposição.

4.4 - Consequências do Afastamento

4.4.1 - Alterações Psicossociais: A condição de incapaz, ainda que temporária ou circunstancial, para o trabalho, pode acarretar sérios transtornos psicossociais a esses indivíduos, entre os quais destacamos:

- Perda da Identidade Psicossocial: o indivíduo perde a sua referência social, ao deixar de ocupar o lugar que lhe era socialmente conferido, o que acarreta a conseqüente perda da identidade psíquica. O indivíduo não sabe mais quem é, nem que lugar ocupa.

- Estigmatização: o indivíduo se sente marcado - cabe lembrar que a palavra estigma é sinônimo de ferrete, instrumento que era usado para marcar os escravos - pela sua condição de não trabalhador.

Essas alterações psicossociais características dos trabalhadores, configuram um quadro psicopatológico peculiar do afastamento, onde uma alteração orgânica - por exemplo, uma leucopenia, propicia o desenvolvimento de outra, de ordem psíquica, ou seja, a necessidade de afastamento desses trabalhadores de áreas contaminadas pelo benzeno, somada à especificidade da qualificação da maioria desses trabalhadores, o que os impossibilita de trabalharem em outra atividade econômica, faz com que, mesmo afastados, ou mais precisamente em virtude desse afastamento, se produza um adoecimento de natureza psicossocial.

4.5 - Prevenção:

Considerando-se as características do produto como toxicidade e carcinogenicidade, as ações preventivas são as que se apresentam como sendo de maior relevância na proteção da saúde. Assim, o ambiente e o processo de trabalho devem assegurar sempre a menor exposição ocupacional possível.

Medidas de proteção coletiva adotadas no processo de trabalho, minimizando a exposição ou eliminando o agente, e medidas de proteção individual contribuem decididamente na prevenção da intoxicação.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300481

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

A avaliação quantitativa do nível de benzeno no ar, associada à avaliação individual da exposição e à análise do Índice Biológico de Exposição (IBE) em grupos homogêneos de risco de exposição, constituí ferramenta importante quando se objetiva a avaliação da exposição e a implantação de medidas de controle para diminuição e eliminação do risco (vide Instrução Normativa - IN-01 Acordo do Benzeno).

5. Procedimentos Operacionais

5.1.Procedimentos Administrativos: (Conforme o Acordo Nacional do Benzeno e normatizado na IN-02).

As empresas devem garantir ao trabalhador sob investigação de alteração do seu estado de saúde com suspeita de ser de etiologia ocupacional, os seguintes procedimentos:

- afastamento da exposição, de acordo com o anexo 2;
- emissão da CAT;
- encaminhamento ao INSS para avaliação previdenciária;
- encaminhamento ao SUS para investigação clínica e registro;
- custeio pleno de consultas, exames e pareceres necessários à elucidação diagnóstica de suspeita de danos à saúde provocados por benzeno;
- custeio pleno de medicamentos, materiais médicos, internações hospitalares e procedimentos médicos de tratamento de dano à saúde provocado por benzeno ou suas seqüelas e conseqüências; e
- desencadear ações imediatas de correção, prevenção e controle no ambiente, condições e processos de trabalho.

5.2 - Procedimento Retorno:

Consideram-se como área de retorno os critérios apresentados no anexo 2 devem ser notificados imediatamente as comissões regionais do Benzeno e, em caso da não existência dessas comissões, aos órgãos de vigilância da Saúde do Trabalhador e ao DRT para verificação do local de retorno.

5.3 - Procedimentos de Informação:

O Ministério da Saúde, a partir dos dados de cadastro de empresas da CNP-Bz, deverá encaminhar aos respectivos Estados a relação dessas empresas para fins de acompanhamento regional.

5.3.1 - Informações Decorrentes das Empresas:

Cabe aos serviços das empresas cadastradas no MTE encaminhar aos serviços de saúde do trabalhador de sua área de abrangência, em meio magnético padronizado pelo SIMPEAQ, anualmente, no mês de março:

- Nome e registro de trabalhadores com data de nascimento, sexo, função, setor de atividade e empresa em que está prestando serviço no caso de terceiros, com ou sem sinais e sintomas de benzenismo, afastados ou não do trabalho, incluindo os demitidos a contar de um período de 20 anos passados.
- A série histórica de hemogramas realizados em exames admissional, periódicos e demissional, anualmente, no mês de março, em meio magnético padronizado pelo SIMPEAQ.
- Cópia dos resultados das alterações clínicas e dos exames de indicador biológico de exposição realizados em exames periódicos e demissional, bem como avaliações citoquímicas, imunológicas, citogenéticas, histológicas, neuropsicológicas e neuropsiquiátricas, realizadas em trabalhadores expostos ao benzeno, em meio magnético padronizado pelo SIMPEAQ.
- Dados de monitorização ambiental do benzeno (exposição individual e de área; média ponderada pelo tempo, curta duração, instantâneas de emergência ou não) realizada nos diversos setores da empresa, a cada semestre.
- As informações de acidentes com vazamentos, em 24 horas, e o registro permanente de modificações operacionais e estruturais das plantas.

Observações:

- É de responsabilidade solidária de contratantes e contratadas o envio e a padronização das informações contidas nos itens 1 a 7.
- Os prontuários médicos dos trabalhadores e dos intoxicados devem ser mantidos à disposição daqueles, dos seus representantes legalmente constituídos e dos órgãos públicos por, no mínimo, 20 (vinte) anos após o desligamento do trabalhador.

5.3.2 - Informações Decorrentes de Outras Instâncias:

As instâncias e serviços que atuam na área de saúde do trabalhador deverão realizar a vigilância epidemiológica de morbimortalidade de casos de aplasia de medula e câncer do sistema hematopoético, ocorridos em maiores de 18 anos de idade. Esse sistema deve ser gerenciado pelos serviços de saúde do trabalhador responsáveis por cada região, que terão as seguintes atribuições:

- analisar dos os dados das companhias de seguros das empresas cadastradas no MTE relativas a estes dados;
- identificar regionalmente os serviços de hematologia e oncologia que notificarão, conforme ficha de notificação anexa, os serviços de saúde do trabalhador da região. Por sua vez, esses serviços de saúde do trabalhador deverão investigar o nexo com a exposição ao benzeno em cada um desses casos;
- os dados confirmados de nexo com a exposição ao benzeno deverão ser comunicados pelos serviços de saúde via SINAN.

Os laboratórios de análises clínicas deverão notificar ao responsável pela vigilância em saúde do trabalhador de sua área todos os resultados de indicadores biológicos de exposição do benzeno, anualmente, em meio magnético, conforme padronização pelo SIMPEAQ.

Todos os dados constantes do Sistema de Informação deverão ser analisados e compilados nos diversos níveis do sistema (região/Município, Estado, Ministério da Saúde) e gerenciados pelas comissões regionais de acompanhamento do acordo do benzeno. O Ministério da Saúde deverá fazer a publicação anual dos dados analisados e compilados a esse nível.

5.4. Procedimentos de Intervenção:

Os serviços de saúde do trabalhador realizarão a vigilância dos ambientes e processos de trabalho, compreendendo a análise, a investigação, a orientação, a fiscalização e a aplicação de penalidades nas empresas, por meio de inspeções sanitárias.

A notificação, a intimação, a autuação, a multa, a suspensão de atividades e a interdição seguirão legislação da área de abrangência do serviço, de acordo com as legislações e portarias pertinentes, tais como Códigos Sanitários, Lei nº 8080/90 e Portaria nº 3120/GM, de 1º de julho de 1998.

Critérios para priorização da vigilância dos ambientes de trabalho:

- estatísticas geradas pelos Sistemas de Informação (SINAN, SIMPEAQ entre outros);
- o não-cumprimento de qualquer norma estabelecida para o benzeno;
- denúncia de trabalhadores, meios de comunicação ou sociedades civis;
- solicitação do sindicato de trabalhadores; e
- investigações sistemáticas.

Os serviços de saúde do trabalhador deverão privilegiar na intervenção nos ambientes de trabalho:

Análise das informações existentes (atas de CIPA, ROAS, PPEOB, PPRA, PCMSO, programas de saúde, ambiente e segurança, informações de outras instituições).

Análise e observação das situações potenciais de risco.

Estabelecimento de propostas de eliminação, controle e redução de risco.

Participação dos trabalhadores e seus representantes em todas as etapas da intervenção.

Processos de discussão, de negociação e de formalização de acordos envolvendo empregadores, governo, trabalhadores e sociedade civil para estabelecimento de medidas de eliminação, controle e redução da exposição ao benzeno além do previsto na legislação.

Ações de integração interinstitucionais com o Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência Social, os Ministérios Públicos, as Secretarias de Meio Ambiente, e as Instituições de ensino e pesquisa, entre outras.

Os serviços de saúde do trabalhador deverão manter atualizado o cadastro das empresas de produção, utilização, manipulação, armazenamento ou transporte de benzeno na sua área de abrangência.

As instâncias estaduais do SUS deverão assessorar os serviços municipais e regionais de saúde do trabalhador nas ações de vigilância dos ambientes de trabalho e realizá-las em caráter complementar.

Deverão ser incentivadas a criação e as ações de instâncias regionais de acompanhamento do acordo nacional do benzeno.

O Ministério da Saúde estabelecerá estratégias de integração entre os pólos de vigilância visando o reforço da municipalização e à comunicação entre os níveis do sistema.

Valores de referência em hematologia:

TABELA 1: TABELA DE LEUCÓCITOS, SEGUNDO WILLIAMS - 6ª EDIÇÃO - 2001

IDADE	LEUCÓCITOS (X 10^3/µL)	NEUTRÓFILOS (X 103/µL)		EOSINÓFILOS (X 10^3/µL)	BASÓFILOS (X 10^3/µL)	LINFÓCITOS (X 10^3/µL)	MONÓCITOS (X 10^3/µL)
		SEGMENTADOS	BASTÕES				
1	6.0 - 17.5	1.0 - 8.5	0,35	0,05 - 0,7	0 - 0,2	4,0 - 10,5	0,05 - 1,1
4	5.5 - 15.5	1.5 - 7.5	0 - 1,0	0,02 - 0,65	0 - 0,2	2,0 - 8,0	0 - 0,8
6	5.0 - 14.5	1.5 - 7.0	0 - 1,0	0 - 0,65	0 - 0,2	1,5 - 7,0	0 - 0,8
10	4.5 - 13.5	1.8 - 7.0	0 - 1,0	0 - 0,60	0 - 0,2	1,5 - 6,5	0 - 0,8
21	4.5 - 11.0	1.8 - 7.0	0 - 0,7	0 - 0,45	0 - 0,2	1,0 - 4,8	0 - 0,8

VARIAÇÕES DOS VALORES DOS HEMOGRAMAS:

TABELA 2: DIFERENÇAS ÉTNICAS NO HEMOGRA, SEGUNDO WILLIAMS - 6ª EDIÇÃO - 2001

	HOMENS			MULHERES		
	CAUCASIANOS	AFROCARIBENHOS	AFRICANOS	CAUCASIANOS	AFROCARIBENHOS	AFRICANOS
LEUCOMETRIA(X 10^3/µL)	5,7 (3,6 - 9,2)	5,2 (2,8 - 9,5)	4,5 (2,8 - 7,2)	6,2 (3,5 - 10,8)	5,7 (3,3 - 9,9)	5,0 (3,2- 7,8)
NEUTRÓFILOS (X 10^3/µL)	3,2 (1,7 - 6,1)	2,5 (1,0 - 5,8)	2,0 (0,9 - 4,2)	3,6 (1,7 - 7,5)	3,0 (1,4 - 6,5)	2,4 (1,3 - 4,2)
LINFÓCITOS (X 10^3/µL)	1,7 (1,0 - 2,9)	1,9 (1,0 - 3,6)	1,8 (1,0 - 3,2)	1,8 (1,0 - 3,5)	2,0 (1,2 - 3,4)	2,0 (1,1 - 3,6)
MONÓCITOS (X 10^3/µL)	0,34 (0,18 - 0,62)	0,33 (0,18 - 0,52)	0,29 (0,15 - 0,58)	0,30 (0,14 - 0,61)	0,31 (0,16 - 0,59)	0,28 (0,15 - 0,39)
EOSINÓFILOS (X 10^3/µL)	0,12 (0,03 - 0,48)	0,13 (0,03 - 0,58)	0,12 (0,02 - 0,79)	0,13 (0,04 - 0,44)	0,10 (0,03 - 0,33)	0,10 (0,02 - 0,41)
PLAQUETAS (X 10^3/µL)	218 (143 - 332)	196 (122 - 313)	183 (115 - 290)	246 (169 - 358)	236 (149 - 374)	207 (125 - 342)

TABELA 3: DIFERENÇAS ÉTNICAS E DE HORÁRIO DE COLETA NO HEMOGRA, SEGUNDO WINTROBE - 10ª EDIÇÃO - 1999.

HOMENS ADULTOS

Horário de coleta	Europeus CAUCASIANOS Idade média 25 9:30-11:30/ 14:30-16/30		Americanos CAUCASIANOS 16-44 anos Antes do meio dia ou à tarde próximo ao meio dia	AFROAMERICANOS Antes do meio dia ou à tarde próximo ao meio dia	AFRICANOS 09:00-12:00
LEUCOMETRIA(X 10^3/µL)	3,487-9,206	3,722-9,828	4,550-10,100	3,600-10,200	2,587-9,075
NEUTRÓFILOS (X 10^3/µL)	1,539-5,641	1,775-6,508	2,050-6,800	1,300-7,400	0,775-4,131
LINFÓCITOS (X 10^3/µL)			1,500-4,000	1,450-3,750	1,012-3,876
MONÓCITOS (X 10^3/µL)			0,220-0,950	0,210-1,050	0,062-0,688
EOSINÓFILOS (X 10^3/µL)			0,030-0,860	0,030-0,720	0,047-3,371

Nota: Os valores das tabelas 1, 2 e 3 demonstram que as variações são diferentes segundo a base populacional e as variabilidades decorrentes de métodos de coleta diversificados. Cabe destacar a necessidade de serem estabelecidos valores a partir da experiência brasileira e que estes deverão estar disponíveis assim que forem definidos.

Anexo LXIX

CRITÉRIOS DE RETORNO DE TRABALHADORES AFASTADOS DO TRABALHO POR AGRAVOS À SAÚDE DECORRENTES DA EXPOSIÇÃO AO BENZENO (Origem: PRT MS/GM 776/2004, Anexo 2)

CRITÉRIOS DE RETORNO DE TRABALHADORES AFASTADOS DO TRABALHO POR AGRAVOS À SAÚDE DECORRENTES DA EXPOSIÇÃO AO BENZENO

1 - Objetivo: Definir parâmetros para o retorno seguro de trabalhadores afastados por agravos à saúde decorrentes da exposição ao benzeno.

2 - Critérios: O local de trabalho deve ser avaliado quanto aos seguintes critérios:

- avaliação da exposição - qualitativa e quantitativa; e
- avaliação epidemiológica de agravos à saúde dos trabalhadores.

3 - Critérios de Avaliação da Exposição:

Qualitativa: O trabalhador em situação de retorno, independentemente da área ou setor para onde for lotado, não deve participar de atividades que representam risco de exposição acima de 0.1 ppm, tais como (lista exemplificativa):

Paradas, emergências, vazamentos;

Leitura de nível de tanque com trena (e temperatura);

Transferências e carregamento de produtos;

Comando de evasões;

Coletas de amostras de produtos, insumos, matérias-primas, etc., para fins de controle de qualidade de processo;

Limpeza de equipamentos;

Acompanhamento de serviços de manutenção ou de liberação de equipamentos;

Atividade envolvendo outros mielotóxicos; e

A empresa deve possuir procedimento escrito que garanta o cumprimento deste critério e deve orientar seus trabalhadores quanto a esse procedimento.

Quantitativa: O trabalhador somente poderá ser lotado em área ou setor onde esteja ocorrendo controle rigoroso das concentrações de benzeno, de acordo com a IN-01.

Os resultados de avaliação da concentração de benzeno na área e na atividade não devem ultrapassar 0,1 ppmv MPT.

Para avaliação da conformidade com o valor de referência para retorno (0,1 ppm), serão considerados os resultados das concentrações obtidas no processo de avaliação realizado pela empresa, devendo ser submetidos à avaliação e validação das autoridades públicas competentes, TEM e/ou SUS, tanto o processo de coleta e análise quanto os valores obtidos.

4 - Critério de Avaliação Epidemiológica:

Realizar comparação das séries históricas de hemogramas de pelo menos 30 trabalhadores do setor/atividade escolhida para o retorno. Analisar a existência de casos de alterações hematológicas possivelmente relacionadas ao benzeno. Quando o setor tiver menos que 30 trabalhadores, considerar a população total dos trabalhadores do setor e a sua história epidemiológica para agravos à saúde decorrentes da exposição ao benzeno. É recomendado que o (s) grupos (s) homogêneos (s) de referência para avaliação seja (m) constituído (s) por empregados com cinco anos ou mais na atividade ou local de trabalho.

Na ocorrência de pelo menos um caso de diminuição persistente de, no mínimo, 20% da média dos parâmetros hematológicos considerados pela IN-02, sem justificativa clínica, deve ser caracterizada a existência de suspeitos de mielotoxidade ocupacional no grupo avaliado.

A presença de suspeitos de mielotoxicidade no setor ou atividade implica setor inadequado para o retorno do trabalhador.

Observações:

Caso o empregado tenha sido remanejado de área com exposição, o seu histórico deve ser avaliado à luz das atividades na nova área.

Na ausência de série histórica, recomenda-se a utilização dos seguintes parâmetros:

- realização do indicador biológico adotado pela empresa para avaliação de exposições a benzeno até 1 ppm (ácido trans, trans - mucônico urinário, por exemplo) no (s) grupo(s) homogêneo (s) de referência;
- comparação do hemograma atual com o exame admissional; e
- na ausência de exame admissional deve ser considerado como referência o critério de Williams (IN-02) para avaliação.

Validação: O GTB deverá participar do processo de seleção das áreas/atividades para o retorno dos trabalhadores, observando o item 9.7.1 nos casos de discordância.

A liberação da área/atividade para retorno deverá ser realizada pelas autoridades competentes na área de saúde e segurança.

Anexo LXX

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO INDICADOR BIOLÓGICO DE EXPOSIÇÃO DO BENZENO ACIMA DA NORMALIDADE (Origem: PRT MS/GM 776/2004, Anexo 3)

Ficha de notificação de elevação do indicador biológico de exposição do benzeno acima da normalidade:

Nome da empresa	
Endereço	
Município	Estado
CEP	Tel.:
Data da anormalidade verificada:	
Tipo de indicador biológico de exposição utilizado	
Valor encontrado	Valor de normalidade
Nome do trabalhador	
Função do trabalhador	
Setor de atividade	
Atividade realizada previamente o achado de anormalidade	
Investigações proferidas ao caso para sua avaliação pelo setor competente	
Nome dos demais trabalhadores envolvidos nesta mesma atividade	
Condutas estabelecidas para os trabalhadores envolvidos na atividade de risco	
Condutas estabelecidas ou a serem estabelecidas no ambiente de trabalho para melhoria das condições de exposição ao benzeno	
Observações	
Data - __/__/__	Assinatura do profissional responsável carimbo legível

Anexo LXXI

SIGLAS (Origem: PRT MS/GM 776/2004, Anexo 4)

Siglas:

Anti-HBs Ag - marcador da Hepatite B

Anti-HBc -IgM - marcador da Hepatite B

BMO - Biópsia de Medula Óssea

CAS - Código Internacional de Substâncias Químicas

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

CMV - Citomegalovirus

DRT - Delegacia Regional do Trabalho

FAN - Fator Anti-Nuclear

HIV - Virus da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

HCV - Vírus da Hepatite C

IBE - Indicador Biológico de Exposição

IgM - Imunoglobulina M

INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social

MO - Medula Óssea

MS - Ministério da Saúde

MTE - Ministério do Trabalho e Emprego

LES - Lupus Eritematoso Sistêmico

ONU - Organização das Nações Unidas

PCMSO - Plano de Controle Médico de Saúde Ocupacional

PPEOB - Plano de Prevenção da Exposição Ocupacional ao Benzeno

PPRA - Plano de Prevenção de Riscos Ambientais

SIMPEAQ - Sistema de Informações de Populações Expostas a Agentes Químicos

SUS - Sistema Único de Saúde

VHS - Velocidade de Hemossedimentação

Anexo LXXII

NORMAS PARA CADASTRAMENTO DE TRABALHADORES EXPOSTOS E EX-EXPOSTOS AO ASBESTO/AMIANTO (Origem: PRT MS/GM 1851/2006, Anexo 1)

ANEXO

NORMAS PARA CADASTRAMENTO DE TRABALHADORES EXPOSTOS E EX-EXPOSTOS AO ASBESTO/AMIANTO

Empresa:_____

Endereço: _____

CNPJ:_____TEL.:_____FAX: _____

Ramo de Atividade: _____CNAE: _____

Nome do trabalhador:_____

Data de Nascimento:___/___/___ Sexo:___Nome da Mãe_____

Cartão SUS(opcional): _____CPF:_____

RG:_____Órgão emisor:_____

Endereço:_____Cidade: _____ Estado: _____

Setor: _____Cargo: _____

Ocupação: _____CBO:_____

Data de Admissão: ____/____/___

Em caso de trabalhador ex-exposto Data Demissão: ____/____/____

Exames:

1. Radiografia de tórax

Data	Nº	Resultado

2. Prova de Função Pulmonar (Espirometria)

Data: __/__/__	Predito	Medido	%	Limite Inferior da Normalidade
CVF				
VEF_1/CVF				
FEF 25-75%				

Diagnóstico:_____

_____

_____

Outras informações:_____

_____

_____

Responsável pelo preenchimento: _____

Nome completo e RG ou CRM: _____

Anexo LXXIII

PROGRAMA TELESSAÚDE BRASIL - TIPOS DE ESTABELECIMENTO E DESCRIÇÕES DE SERVIÇO (Origem: PRT MS/GM 2546/2011, Anexo 1)

Tabela 1

CÓD.	TIPO DE ESTABELECIMENTO	CÓD.	SUBTIPOS
75	TELESSAÚDE	75.1	NÚCLEO TÉCNICO-CIENTÍFICO DO PROGRAMA NACIONAL TELES-SAÚDE BRASIL REDES
		75.2	UNIDADE DE TELESSAÚDE

Tabela 2

CÓD SERV	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	CÓD CLASS	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	CBO	DESCRIÇÃO
160	TELECONSULORIA	001	TELECONSULTORIA ASSÍNCRONA	1	2251*	MÉDICOS CLÍNICOS
				2	2252*	MÉDICOS EM ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS
				3	2253	MÉDICOS EM MEDICINA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA
				4	2232*	CIRURGIÃO DENTISTA
				5	2234	FARMACÊUTICO
				6	2516*	ASSISTENTE SOCIAL
				7	2235*	ENFERMEIRO
				8	2236	PROF. FISIOTERAPIA E AFINS
				9	2237*	NUTRICIONISTA
				10	2238*	FONOAUDIÓLOGO
				11	2515*	PSICÓLOGOS E PSICANALISTAS
		002	TELECONSULTORIA SÍNCRONA	1	2251*	MÉDICOS CLÍNICOS
				2	2252*	MÉDICOS EM ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS
				3	2253*	MÉDICOS EM MEDICINA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA
				4	2232*	CIRURGIÃO DENTISTA
				5	2234*	FARMACÊUTICO
				6	2516*	ASSISTENTE SOCIAL
				7	2235*	ENFERMEIROS
				8	2236*	PROF. FISIOTERAPIA E AFINS
				9	2237*	NUTRICIONISTA
				10	2238*	FONOAUDIÓLOGO
				11	2515*	PSICÓLOGOS E PSICANALISTAS
		003	SEGUNDA OPINIÃO FORMATIVA	1	2251*	MÉDICOS CLÍNICOS
				2	2252*	MÉDICOS EM ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS
				3	2253*	MÉDICOS EM MEDICINA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA
				4	2232*	CIRURGIÃO DENTISTA
				5	2234*	FARMACÊUTICO
				6	2516*	ASSISTENTE SOCIAL
				7	2235*	ENFERMEIROS
				8	2236*	PROF. FISIOTERAPIA E AFINS
				9	2237*	NUTRICIONISTA
				10	2238*	FONOAUDIÓLOGO
				11	2515*	PSICÓLOGOS E PSICANALISTAS

* Qualquer CBO dentro desta família de CBO.

Tabela 3

CÓD SERV	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	CÓD CLASS	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	CBO	DESCRIÇÃO
107	SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA	007	DIAGNÓSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA POR TELEMEDICINA	1	2252-75	MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA
				2	2238-10	FONOAUDIOLÓGO
				3	2251-24	MÉDICO PEDIATRA
122	SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR MÉTODOS GRÁFICOS DINÂMICOS	011	POTENCIAIS EVOCADOS	1	2251-12	MÉDICO NEUROLOGISTA
				2	2238-10	FONOAUDIÓLOGO
				3	2252-75	MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA
		012	POTENCIAIS EVOCADOS POR TELEMEDICINA	1	2251-12	MÉDICO NEUROLOGISTA
				2	2238-10	FONOAUDIÓLOGO
				3	2252-75	MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA

Anexo LXXIV

NÚMERO DE HOSPITAIS PARA RECEBIMENTO DO INTEGRASUS (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Anexo 1)

UF	Nº de Hospitais previstos para recebimento do INTEGRASUS Níveis B e C	Nº de Hospitais Filantrópicos Estratégicos sem FIDEPS - Nível C	Nº de Hospitais elegíveis pelo Gestor Estadual - Nível B
ACRE	2	0	2
ALAGOAS	4	1	3
AMAPÁ	2	0	2
AMAZONAS	4	0	4
BAHIA	11	2	9
CEARÁ	10	3	7
DISTRITO FEDERAL	0	0	0
ESPÍRITO SANTO	5	2	3
GOIÁS	7	1	6
MARANHÃO	4	0	4
MATO GROSSO	4	2	2
MATO GROSSO DO SUL	4	2	2
MINAS GERAIS	15	8	7
PARÁ	4	0	4
PARAÍBA	4	0	4
PARANÁ	13	3	10
PERNAMBUCO	7	0	7
PIAUÍ	4	0	4
RIO DE JANEIRO	10	3	7
RIO GRANDE DO NORTE	4	1	3
RIO GRANDE DO SUL	13	1	12
RONDÔNIA	3	0	3
RORAIMA	0	0	0
SANTA CATARINA	12	10	2
SÃO PAULO	47	20	27
SERGIPE	3	1	2
TOCANTINS	4	2	2
TOTAL	200	62	138

Obs: Os gestores deverão descontar do número de hospitais elegíveis os já habilitados pelo INTEGRASUS I, constantes do Anexo III.

Anexo LXXV
HOSPITAIS ESTRATÉGICOS - INTEGRASUS NIVEL C (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Anexo 2)

UF	Município	CGC	Nome	Valor Mensal (R$)
AL	MACEIÓ	12291290000159	FUNDACAO HOSPITAL AGRO-INDUSTRIA DO ACUCAR DE ALAGOAS	83.678,06
BA	ITABUNA	14349740000304	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITABUNA HOSPITAL MANOEL NOVAES	56.539,30
BA	SALVADOR	13926639000144	FUNDACAO MONTE TABOR / HOSPITAL SAO RAFAEL	42.477,14
CE	BARBALHA	03284505000113	HOSP. MAT. SÃO VICENTE DE PAULO	37.049,99
CE	QUIXADÁ	07718372000105	SOCIED Q E A A M INF H MATERNIDADE	20.177,96
CE	SOBRAL	07818313000109	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL	172.588,30
ES	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	27187087000104	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	42.314,95
ES	VITÓRIA	28137925000106	AFECC - HOSPITAL SANTA RITA DE CASSIA	49.629,80
GO	ITUMBIARA	02198539000122	HOSMAT SAO MARCOS	19.124,47
MG	CARANGOLA	19274091000181	CASA DE CARIDADE DE CARANGOLA	57.717,05
MG	DIVINÓPOLIS	20146064000102	FUNDACAO GERALDO CORREA HOSPITAL SAO JOAO DE DEUS	128.510,33
MG	IPATINGA	19878404000100	FUNDACAO SÃO FRANCISCO XAVIER HOSPITAL MARCIO CUNHA	162.172,42
MG	BELO HORIZONTE	17214149000176	FUNDACAO FELICE ROSSO HOSPITAL FELICIO ROCHO	59.365,20
MG	JUIZ DE FORA	21575709000195	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JUIZ DE FORA	205.603,85
MG	MONTES CLAROS	22669931000110	IRMANDADE N SRA MERCES SANTA CASA CARIDADE MONTES CLAROS	210.450,72
MG	PONTE NOVA	26150979000178	FUNDACAO FILANTROPICA E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO	35.444,66
MG	TEÓFILO OTÓN	25104902000107	ASSOC HOSSTA ROSALIA	72.575,24
MS	DOURADOS	03604782000166	ASSOCIACAO BENEFICENTE DOURADENSE/HOSEVAN DR E SRA G KING	108.235,44
MS	TRÊS LAGOAS	03873593000199	SOC BENEF DO HOSN SRA AUXILIADORA HOSN SRA AUXILIADORA	44.769,93
MT	CUIABÁ	03468485000130	SOCIEDADE DE PROTECAO A MATERNIDADE E A INFANCIA DE CUIABA	87.557,25
MT	RONDONÓPOLIS	03099157000104	SANTA CASA M E MATER DE RONDONOPOLIS	70.136,80
PR	APUCARANA	76578137006392	PROV B DA C I F C S VICENTE DE PAULO HOSS VICENTE DE PAULO	56.906,35
PR	LONDRINA	78614971000119	IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA	160.732,95
PR	SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	81308868000155	HOSPITAL E MATERNIDADE DE SAO JOSE DOS PINHAIS	55.438,45
RJ	ANGRA DOS REIS	28503308000179	HOSPITAL E MATERNIDADE CODRATO DE VILHENA	40.555,29
RJ	ITAPERUNA	29640612000120	CONFERENCIA SÃO JOSE DO AVAI HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI	112.380,48
RJ	RESENDE	31460108000190	ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E A INFANCIA DE RESENDE	15.831,87
RN	MOSSORÓ	08256240000163	ASSOC A A MAT INFANCIA MOSSORO	43.125,75
RS	CAXIAS DO SUL	88633227000115	PIO SODAL DAMAS CARIDADE MANTENEDORA HOSN S DE POMPEIA	99.793,20
SC	CHAPECÓ	02122913000106	CONSORCIO REGIONAL DE SAUDE DO HOSPITAL LENOIR V. FERREIRA	105.560,01
SC	CRICIÚMA	92736040000890	HOSPITAL SÃO JOSÉ - SOCIEDADE CARITATIVA	130.535,61
SC	FLORIANÓPOLIS	83884999000106	IRMANDADE DO SENHOR JESUS DOS PASSOS E HOSPITAL DE CARIDADE	51.395,28
SC	ITAJAÍ	60194990002200	IPMMI-HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN	91.481,93
SC	SÃO JOSÉ	82951245001130	INSTITUTO DE CARDIOLOGIA SÃO JOSÉ	72.710,11
SC	JOAÇABA	84588391000105	HOSPITAL SANTA TEREZINHA	30.047,03
SC	LAGES	84942887000127	HOSCAR NOSSA SENHORA PRAZER	73.770,35
SC	LAGES	84947167000154	ASSOCIACAO BENEFICENTE SEARA DO BEM	26.345,38
SC	RIO DO SUL	73433427000157	FUNDACAO DE SAUDE DO ALTO VALE DO ITAJAI	57.453,67
SC	TUBARÃO	83883306001213	SOC DIV PROV HOSPITAL NOSSA SRA DA CONCEICAO	131.749,33
SE	ARACAJU	13016332000106	FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA	116.646,71
SP	ARAÇATUBA	43751502000167	SANTA CASA DE MIS DE ARACATUBA-HOSSAGRADO CORACAO DE JESUS	162.376,83
SP	ARARAQUARA	43964931000112	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ARARAQUARA	99.514,69
SP	ARARAS	44215341000150	IRMANDADE STA CASA MIS. DE ARARAS	74.153,29
SP	BARRETOS	44782779000110	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRETOS	92.489,33
SP	BAURU	48374680000130	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE BAURU	266.540,77
SP	CAMPINAS	46043980000100	MATERNIDADE DE CAMPINAS	62.184,24
SP	FERNANDÓPOLIS	47844287000108	SANTA CASA MISERICORDIA DE FERNANDOPOLIS	59.772,88
SP	FRANCA	47969134000189	FUNDACAO CIVIL CASA DE MISERICORDIA DE FRANCA	189.122,34
SP	ITAPEVA	49797293000179	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAPEVA	63.841,33
SP	LIMEIRA	51473692000126	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE LIMEIRA	177.776,06
SP	MARÍLIA	52049244000162	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MARILIA	81.817,79
SP	MOJI DAS CRUZES	52543766000116	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI DAS CRUZES	118.392,97
SP	MOJI-GUAÇU	52739950000136	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU	64.912,78
SP	PIRACICABA	54370630000187	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PIRACICABA	116.269,91
SP	PIRACICABA	54384631000261	ASSOC FORN CANA PIRACICABA SECCAO HOSPITAL	78.770,51
SP	PRESIDENTE PRUDENTE	44860740000254	ASSOCIACAO PRUDENTINA DE EDUCACAO E CULTURA APEC - HOSPITAL	53.385,26
SP	PRESIDENTE PRUDENTE	55344337000108	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PRESIDENTE PRUDENTE	101.885,62
SP	SANTOS	58198524000119	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SANTOS	220.926,60
SP	SÃO CARLOS	59610394000142	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO CARLOS	90.045,80
SP	SÃO PAULO	61904678000193	AMPARO MATERNAL	79.222,20
TO	ARAGUAÍNA	01368232000160	CASA DE CARIDADE DOM ORIONE	78.388,52
TO	ARAGUAÍNA	24232886003778	PRO-SAUDE - ASSOC. BENEF. DE ASSIST. SOCIAL E HOSPITALAR	117.103,62
Total				5.687.471,95

Anexo LXXVI
HOSPITAIS HABILITADOS PELO INTEGRASUS I - RECLASSIFICADOS COMO NÍVEL B (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Anexo 3)

UF	Município	CGC	Nome	Valor Mensal (R$)
AL	São Miguel Dos Campos	12737680000100	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO MIGUEL DOS CAMPOS	43.000,00
PE	Recife	10667814000138	FUNDACAO ALTINO VENTURA	3.783,34
RS	Ijui	90730508000138	ASSOCIACAO HOSPITAL DE CARIDADE IJUI	94.050,94
RS	Lajeado	91162511000165	SOC BENEF E CARIDADE DE LAJEADO	49.638,85
RS	Porto Alegre	92713825000171	SANATORIO BELEM	90.900,99
RS	Porto Alegre	92740539000103	SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	55.998,42
RS	Santo Angelo	96210471000101	ASSOCIACAO HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ANGELO	46.444,97
RS	São Borja	96488598000189	FUNDACAO IVAN GOULART HOSPITAL INFANTIL	29.245,56
RS	Torres	88625686003504	SEBS HOSPITAL BENEF.NOSSA SRA.NAVEGANTES	26.294,73
SP	Avaré	44584019000106	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE AVARÉ	27.085,29
SP	Barretos	49150352000112	FUNDACAO PIO XII	30.098,29
SP	Campinas	50046887000127	CENTRO INF DE INVESTIGACOES HEMAT DR DOMINGOS A BOLDRINI	22.209,76
SP	Capivari	46925111000100	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAPIVARI	18.180,47
SP	Cruzeiro	47431697000119	SANTA CASA DE MISRICORDIA DE CRUZEIRO	21.597,05
SP	Dracena	47617584000102	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA E MATERNIDADE DE DRACENA	14.587,72
SP	Jacareí	50460351000153	ASSOCIACAO CASA FONTE DA VIDA	15.019,93
SP	Jaú	50753631000150	IRMANDADE DE MISERICORDIA DE JAU	52.062,60
SP	Jundiaí	50944198000130	HOSPITAL DE CARIDADE SAO VICENTE DE PAULO	88.595,17

Anexo LXXVII
DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL (PFPB) (Origem: PRT MS/GM 111/2016)
Art. 1º Fica instituído o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 1º)
CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 111/2016, CAPÍTULO I)
Art. 2º O PFPB consiste na disponibilização de medicamentos e/ou correlatos à população, pelo Ministério da Saúde, através dos seguintes meios: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 2º)
I - a "Rede Própria", constituída por Farmácias Populares, em parceria com os Estados, Distrito Federal e Municípios; e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 2º, I)
II - o "Aqui Tem Farmácia Popular", constituído por meio de convênios com a rede privada de farmácias e drogarias. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 2º, II)
Parágrafo Único. O PFPB Aqui Tem Farmácia Popular tem por objetivo disponibilizar à população, por meio da rede privada de farmácias e drogarias, os medicamentos e correlatos previamente definidos pelo Ministério da Saúde, nos termos Anexo 1 do Anexo LXXVII . (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 2º, Parágrafo Único)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300485
Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 3º Para os efeitos deste Anexo, consideram-se as seguintes definições: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 3º)

I - medicamento: produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, que contém um ou mais fármacos juntamente com outras substâncias, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 3º, I)

II - correlato: a substância, produto, aparelho ou acessório não enquadrado nos conceitos de droga, medicamento ou insumo farmacêutico, cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, à higiene pessoal ou de ambientes, ou a fins diagnósticos e analíticos, os cosméticos e perfumes, e, ainda, os produtos dietéticos, óticos, de acústica médica, odontológicos e veterinários; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 3º, II)

III - documento fiscal: documento de emissão obrigatória que comprova a venda de mercadoria ou a prestação de serviços de acordo com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 3º, III)

IV - cupom vinculado: documento não-fiscal emitido em papel por equipamento eletrônico adequado, nas operações realizadas pelo Programa; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 3º, IV)

V - Denominação Comum Brasileira (DCB): denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo aprovada pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 3º, V)

VI - princípio ativo: substância quimicamente caracterizada, cuja ação farmacológica é conhecida e responsável total ou parcialmente pelos efeitos terapêuticos do medicamento; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 3º, VI)

VII - Unidade de Produto (UP): fração unitária corresponde a uma unidade farmacotécnica do medicamento ou a fração unitária de produtos correlatos; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 3º, VII)

VIII - Valor de Referência (VR): preço referencial fixado pelo Ministério da Saúde para cada princípio ativo e correlato constante do Programa e definido para cada unidade de produto (UP); (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 3º, VIII)

IX - Preço de Dispensação - Rede Própria (PD-RP):valor do medicamento e correlato fixado para as farmácias da rede própria do PFPB; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 3º, IX)

X - Preço de Venda - Aqui Tem (PV-AT): valor do medicamento e correlato praticado pelas farmácias e drogarias no ato da venda ao paciente, inclusive com eventuais descontos; e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 3º, X)

XI - Código de barras: código constante na embalagem do produto que indicam informações relevantes, tais como o fabricante e apresentação. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 3º, XI)

CAPÍTULO II

DA OPERACIONALIZAÇÃO E DO FUNCIONAMENTO DO PFPB

(Origem: PRT MS/GM 111/2016, CAPÍTULO II)

Art. 4º Na "Rede Própria", a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) será a executora das ações inerentes à aquisição, estocagem, e dispensação dos medicamentos, podendo para tanto firmar convênios com a União, Estados, Distrito Federal, Municípios e instituições, sob a supervisão direta e imediata do Ministério da Saúde.(Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 4º)

Art. 5º No "Aqui tem Farmácia Popular", a operacionalização do PFPB ocorrerá diretamente entre o Ministério da Saúde e a rede privada de farmácias e drogarias, mediante relação convenial regida pela Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 5º)

Art. 6º O elenco de medicamentos e/ou correlatos disponibilizados no âmbito do PFPB, bem como seus valores de referência e preços de dispensação, encontram-se previstos nos Anexos 1, 2, 3 e 4 do Anexo LXXVII . (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 6º)

§ 1º A garantia de disponibilidade de medicamentos pelo PFPB se dá sobre o princípio ativo e não sobre a marca do medicamento. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Os estabelecimentos credenciados têm autonomia no controle de estoque e critérios na comercialização dos medicamentos dentro do seu estabelecimento. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 6º, § 2º)

Art. 7º No "Aqui Tem Farmácia Popular" e na "Rede Própria", os medicamentos definidos para o tratamento da hipertensão arterial, diabetes mellitus e/ou asma serão distribuídos gratuitamente aos beneficiários. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 7º)

Parágrafo Único. Quando os medicamentos para hipertensão arterial, diabetes mellitus e/ou asma forem comercializados com preço de venda menor que o valor de referência definido no Anexo 1 do Anexo LXXVII , o Ministério da Saúde pagará 100% (cem por cento) do PV-AT. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 8º Na "Rede Própria", a dispensação dos medicamentos e/ou correlatos ocorrerá mediante o ressarcimento correspondente, tão somente, aos custos de produção ou aquisição, distribuição e dispensação, conforme preço de dispensação - rede própria estabelecidos. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 8º)

Art. 9º No "Aqui Tem Farmácia Popular", o Ministério da Saúde pagará até 90% (noventa por cento) do valor de referência estabelecido, sendo obrigatório o pagamento pelo paciente da diferença entre o percentual pago pelo Ministério da Saúde e o PV-AT do medicamento e/ou correlato adquirido. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 9º)

Parágrafo Único. Nos casos em que o medicamento e/ou correlato forem comercializados com o preço de venda menor do que o valor de referência definido no Anexo 2 do Anexo LXXVII , o Ministério da Saúde pagará 90% (noventa por cento) do preço de venda e o paciente a diferença. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 9º, Parágrafo Único)

Seção I

Do "Aqui Tem Farmácia Popular"

(Origem: PRT MS/GM 111/2016, CAPÍTULO II, Seção I)

Subseção I

Da Adesão ao PFPB Aqui Tem Farmácia Popular

(Origem: PRT MS/GM 111/2016, CAPÍTULO II, Seção I, Subeção I)

Art. 10. Poderão participar do PFPB Aqui Tem Farmácia Popular as farmácias e drogarias que atenderem aos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 10)

I - Requerimento e Termo de Adesão (RTA) assinado pelas partes interessadas; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 10, I)

II - Licença Sanitária Estadual ou Municipal, ativa e válida, nos termos da legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 10, II)

III - inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), da Secretaria de Receita Federal do Brasil; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 10, III)

IV - registro na Junta Comercial; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 10, IV)

V - autorização de funcionamento emitida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 10, V)

VI - situação de regularidade com a Previdência Social; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 10, VI)

VII - farmacêutico responsável técnico com Certificado de Regularidade Técnica (CRT) válido e emitido pelo Conselho Regional de Farmácia (CRF); (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 10, VII)

VIII - dispor de equipamento eletrônico adequado para emissão de documento fiscal e cupom vinculado para processamento das operações eletrônicas do PFPB, conforme detalhamento constante na Subseção II deste Capítulo; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 10, VIII)

IX - dispor de sistema de gerenciamento eletrônico capaz de realizar requisições eletrônicas, por meio de interface web; e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 10, IX)

X - dispor de pessoal treinado para atuar no PFPB, de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 10, X)

§ 1º Para fins dos incisos II e VI do "caput", a Licença Sanitária Estadual ou Municipal e a regularidade junto à Previdência Social deverão estar válidas na data de emissão do Requerimento e Termo de Adesão. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 10, § 1º)

§ 2º Ressalvados os critérios definidos neste artigo, é dispensável, para a habilitação, a satisfação das exigências previstas nos arts. 28 a 31 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, por força do disposto no § 1º do art. 32 daquela Lei. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 10, § 2º)

§ 3º Não poderão ser credenciadas ao PFPB Aqui Tem Farmácia Popular novas filiais cuja matriz e/ou filial esteja passando por processo de auditoria no Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 10, § 3º)

§ 4º As farmácias e drogarias credenciadas no PFPB Aqui Tem Farmácia Popular autorizam, automaticamente, o Ministério da Saúde a acessar as informações de movimentações fiscais e tributárias junto à Receita Federal do Brasil, inclusive para fins de apuração e auditoria. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 10, § 4º)

§ 5º Para a comprovação da regularidade do estabelecimento poderão ser solicitados, a qualquer tempo, outros documentos previstos na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 10, § 5º)

Art. 11. Após a análise dos documentos, a adesão das farmácias e drogarias ao PFPB Aqui Tem Farmácia Popular será autorizada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS) e deferida por esta Secretaria com o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 11)

I - publicação no Diário Oficial da União (DOU); e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 11, I)

II - disponibilização de "login" e senha para o representante legal das farmácias e drogarias para acesso ao Sistema Eletrônico de Autorização de Dispensação de Medicamentos e Correlatos (ADM). (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 11, II)

Art. 12. O "login" e senha provisórios e definitivos a serem utilizados nas autorizações do PFPB serão enviados para o correio eletrônico indicado pelo estabelecimento credenciado em seu cadastro. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 12)

§ 1º Após a publicação da adesão e o cadastro no sistema, o estabelecimento receberá automaticamente um "login" e senha provisórios para realizar testes de homologação de conexão entre o seu sistema eletrônico adotado e o Sistema Autorizador do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 12, § 1º)

§ 2º Após a conclusão dos testes de homologação, o estabelecimento deverá solicitar ao Ministério da Saúde o envio do "login" e senha definitivos para acesso ao ambiente de produção do sistema autorizador. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 12, § 2º)

§ 3º A senha definitiva permitirá, além da realização das autorizações de venda, o acesso à área restrita na página eletrônica do PFPB, no endereço www.saude.gov.br/aquitemfarmaciapopular (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 12, § 3º)

§ 4º O estabelecimento credenciado que não realizar os testes de homologação de conexão entre o seu sistema eletrônico adotado e o Sistema Autorizador do Ministério da Saúde, no prazo máximo de 6 (seis) meses a contar do envio do "login" e senha provisórios, terá seu descredenciamento do PFPB publicado no DOU e somente poderá solicitar nova adesão ao PFPB após 6 (seis) meses, contados da data da referida publicação. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 12, § 4º)

Art. 13. A(s) senha(s) de acesso ao Sistema Autorizador é exclusiva do estabelecimento, sendo que o seu representante legal assume inteira responsabilidade pelo seu uso, de acordo com as normas do PFPB. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 13)

Parágrafo Único. Qualquer alteração dos dados cadastrais do estabelecimento credenciado deverá ser imediatamente informada ao PFPB. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 14. A publicação de que trata o art. 11, I configura a relação convenial estabelecida entre o Ministério da Saúde e a farmácia ou drogaria, a qual será regida na forma da Lei nº 8.666, de 1993. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 14)

Art. 15. O Requerimento e Termo de Adesão (RTA) terá validade até o dia 30 (trinta) de abril de cada ano, podendo haver prorrogação do prazo por decisão do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 15)

§ 1º A renovação do credenciamento não será automática. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 15, § 1º)

§ 2º As farmácias e drogarias deverão obrigatoriamente efetuar a renovação do credenciamento no prazo estipulado, sob pena de suspensão da conexão com o sistema de vendas DATASUS até sua regularização. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 15, § 2º)

§ 3º As farmácias e drogarias que não realizarem a renovação do credenciamento por 2 (dois) anos consecutivos terão seu descredenciamento do PFPB publicado no DOU e somente poderão solicitar nova adesão ao PFPB após 6 (seis) meses, contados da data da referida publicação. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 15, § 3º)

Subseção II

Da Autorização de Comercialização e da Dispensação dos Medicamentos e Correlatos

(Origem: PRT MS/GM 111/2016, CAPÍTULO II, Seção I, Subeção II)

Art. 16. A Autorização de Dispensação de Medicamentos e Correlatos (ADM) será processada por meio eletrônico, em tempo real, com base no código de barras da embalagem do medicamento e/ou do correlato. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 16)

Parágrafo Único. O código de barras informado no sistema autorizador de vendas deverá ser igual ao código de barras da embalagem do medicamento e/ou correlato dispensado ao beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 16, Parágrafo Único)

Art. 17. As ADM serão validadas pelo Ministério da Saúde quando contiverem todas as informações indicadas na Subseção VI da Seção I do Capítulo II, desde que atendidos todos os critérios do PFPB. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 17)

Art. 18. A cada operação, obrigatoriamente, o estabelecimento deve emitir duas vias do documento fiscal e do cupom vinculado. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 18)

Art. 19. O cupom vinculado deverá conter as seguintes informações, de acordo com o Anexo 5 do Anexo LXXVII : (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 19)

I - nome completo por extenso do beneficiário ou de seu representante legal, em caso de menor de idade sem CPF; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 19, I)

II - número do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) do beneficiário ou de seu representante legal, em caso de menor de idade sem CPF; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 19, II)

III - assinatura do beneficiário ou de seu representante legal; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 19, III)

IV - endereço do beneficiário ou espaço para preenchimento, devendo, obrigatoriamente, ser preenchido no ato da compra; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 19, IV)

V - razão social e CNPJ da empresa; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 19, V)

VI - nome do responsável legal da empresa; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 19, VI)

VII - número de autorização do DATASUS; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 19, VII)

VIII - número de inscrição do médico no Conselho Regional de Medicina (CRM) ou Registro do Ministério da Saúde (RMS) e respectiva unidade federativa; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 19, VIII)

IX - valor total da venda, do subsídio do Ministério da Saúde, da parcela a ser paga pelo beneficiário e do custo-zero dos medicamentos para hipertensão arterial e diabetes melittus e asma; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 19, IX)

X - data da compra; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 19, X)

XI - nome e apresentação do medicamento e/ou correlato; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 19, XI)

XII - código de barras do medicamento e/ou correlato; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 19, XII)

XIII - posologia diária ou prescrição diária; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 19, XIII)

XIV - quantidade autorizada; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 19, XIV)

XV - saldo atual (conforme posologia ou prescrição diária); (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 19, XV)

XVI - data da próxima compra; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 19, XVI)

XVII - identificação do operador da transação; e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 19, XVII)

XVIII - número da Ouvidoria do Ministério da Saúde para consultas ou denúncias (136). (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 19, XVIII)

Art. 20. O beneficiário deverá assinar o cupom vinculado conforme documento oficial apresentado e preencher o endereço residencial completo, sendo que uma via deverá ser mantida pelo estabelecimento e a outra entregue a ele. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 20)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300486

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Parágrafo Único. Aos beneficiários comprovadamente analfabetos será aceita a digital no cupom vinculado, desde que o próprio paciente compareça ao estabelecimento credenciado para a aquisição dos medicamentos e/ou correlatos do PFPB. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 20, Parágrafo Único)

Art. 21. Para a comercialização e a dispensação dos medicamentos e/ou correlatos no âmbito do PFPB, as farmácias e drogarias devem observar as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 21)

I - apresentação, pelo beneficiário, de documento oficial com foto e número do CPF ou documento de identidade que conste o número do CPF; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 21, I)

II - apresentação de prescrição médica, no caso de medicamentos, ou prescrição, laudo ou atestado médico, no caso de correlatos, conforme legislação vigente; e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 21, II)

III - para a dispensação de fraldas geriátricas para incontinência, o paciente deverá ter idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou ser pessoa com deficiência. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 21, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 937/2017)

§ 1º Com a ciência do beneficiário, o farmacêutico poderá complementar as informações referentes ao endereço do paciente que eventualmente não tenham sido disponibilizadas pelo profissional prescritor na prescrição, laudo ou atestado médico, conforme legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 21, § 1º)

§ 2º As farmácias e drogarias deverão providenciar 2 (duas) cópias legíveis da prescrição, laudo ou atestado médico e do documento(s) de identidade oficial(s) apresentado no ato da compra. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 21, § 2º)

§ 3º Para a dispensação de que trata o inciso III do caput, o paciente deverá apresentar prescrição, laudo ou atestado médico que indique a necessidade do uso de fralda geriátrica, no qual conste, na hipótese de paciente com deficiência, a respectiva Classificação Internacional de Doenças (CID). (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 21, § 3º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 937/2017)

Art. 22. O estabelecimento deve manter por 5 (cinco) anos as vias assinadas dos cupons vinculados, do documento fiscal, da prescrição, laudo ou atestado médico e do documento(s) de identidade oficial(s) apresentado no ato da compra, em ordem cronológica de emissão, com arquivamento de 2 (duas) cópias, uma em meio físico e outra em arquivo digitalizado. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 22)

§ 1º Caberá também às farmácias e drogarias manter os documentos fiscais de aquisição dos medicamentos e ou correlatos do PFPB junto aos fornecedores pelo mesmo prazo e forma previstos no "caput". (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 22, § 1º)

§ 2º No caso de não ser possível a guarda das cópias dos documentos em arquivo digitalizado, o estabelecimento deverá arquivá-las em meio físico, na forma estabelecida no "caput". (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 22, § 2º)

Art. 23. Para o PFPB, as prescrições, laudos ou atestados médicos terão validade de 180 (cento e oitenta) dias, a partir de sua emissão, exceto para os contraceptivos, cuja validade é de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 23)

Art. 24. O quantitativo do medicamento solicitado deve corresponder à posologia mensal compatível com os consensos de tratamento da doença para o qual é indicado e a dispensação deve obedecer à periodicidade de compra e os limites definidos, constantes no "Manual de Orientações às Farmácias e Drogarias Credenciadas no Aqui Tem Farmácia Popular", constante na página eletrônica do PFPB. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 24)

§ 1º Em casos excepcionais, nos quais as prescrições ultrapassem a quantidade mensal estabelecida, o interessado deverá enviar ao DAF/SCTIE/MS requerimento que contenha os dados pessoais do beneficiário (nome, endereço e CPF), informações para contato, cópia da receita médica e do relatório médico que justifique a prescrição com a Classificação Internacional de Doenças (CID10). (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 24, § 1º)

§ 2º A autorização para a dispensação de medicamentos que ultrapassar a quantidade mensal (extrateto) terá a mesma validade da receita que o acompanhe, podendo ser renovada por meio do envio da documentação atualizada ao DAF/SCTIE/MS. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 24, § 2º)

§ 3º O quantitativo excedente requerido somente será liberado após análise do DAF/SCTIE/MS. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 24, § 3º)

§ 4º As Fraldas Geriátricas do PFPB poderão ser retiradas a cada 10 (dez) dias. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 24, § 4º)

Art. 25. Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da prescrição, laudo ou atestado médico, mediante a apresentação dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 25)

I - do beneficiário titular da receita: documento oficial com foto e CPF ou documento de identidade que conste o número do CPF, salvo menor de idade, que permite a apresentação da certidão de nascimento ou registro geral (RG); e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 25, I)

II - do representante legal, o qual assumirá, juntamente com o estabelecimento, a responsabilidade pela efetivação da transação: documento oficial com foto e CPF ou documento de identidade que conste o número do CPF; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 25, II)

§ 1º Considera-se representante legal aquele que for: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 25, § 1º)

I - declarado por sentença judicial; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 25, § 1º, I)

II - portador de instrumento público de procuração que outorgue plenos poderes ou poderes específicos para aquisição de medicamentos e/ou correlatos junto ao PFPB; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 25, § 1º, II)

III - portador de instrumento particular de procuração com reconhecimento de firma, que outorgue plenos poderes ou poderes específicos para aquisição de medicamentos e/ou correlatos junto ao PFPB; e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 25, § 1º, III)

IV - portador de identidade civil que comprove a responsabilidade pelo menor de idade, titular da receita médica. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 25, § 1º, IV)

§ 2º No ato da dispensação, as farmácias e drogarias deverão providenciar 2 (duas) cópias de toda a documentação prevista neste artigo, conforme determina o art. 22. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 25, § 2º)

Subseção III

Do Pagamento pelo Ministério da Saúde

(Origem: PRT MS/GM 111/2016, CAPÍTULO II, Seção I, Subeção III)

Art. 26. O Ministério da Saúde efetuará os pagamentos, para as farmácias e drogarias credenciadas, no mês subsequente após o processamento das ADM validadas. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 26)

§ 1º As ADM efetuadas no ambiente de homologação não serão computadas a título de pagamento. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 26, § 1º)

§ 2º Quando o valor das autorizações validadas for menor que o das ADM estornadas ou em outras hipóteses em que haja óbice à compensação de créditos, será emitida à farmácia ou drogaria Guia de Recolhimento a União (GRU) para quitação do débito. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 26, § 2º)

§ 3º Poderá ser emitida à farmácia ou drogaria uma GRU no valor total a ser estornado ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 26, § 3º)

§ 4º Nas hipóteses dos §§ 2º e 3º, o DAF/SCTIE/MS informará ao Fundo Nacional de Saúde (FNS/MS) que adotará as providências cabíveis. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 26, § 4º)

Art. 27. Para estabelecimentos matriz e filiais, os valores devidos serão agrupados e os pagamentos serão efetuados exclusivamente para a matriz. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 27)

Art. 28. Os pagamentos serão efetuados pelo FNS/MS em contas específicas previamente abertas pelas Farmácias participantes do PFPB e indicadas na fase de cadastramento, nos valores atestados pelo Diretor do DAF/SCTIE/MS, observadas as normas próprias da administração financeira pública. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 28) (com redação dada pela PRT MS/GM 1182/2017)

Parágrafo Único. A apresentação da conta corrente, tornar-se-á requisito indispensável à habilitação dos agentes cadastrados no PFPB, devendo, tal medida, ser observada pelo DAF no ato da apresentação da documentação de habilitação ao Programa. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 28, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1182/2017)

Art. 29. O atesto dos pagamentos terá por base as informações geradas pelo Sistema Autorizador DATASUS. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 29)

Parágrafo Único. Caso as farmácias e drogarias verifiquem possíveis divergências nos valores de repasse do Ministério da Saúde, deverão solicitar análise do pagamento ao DAF/SCTIE/MS, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da data da ordem bancária de pagamento, indicando quais autorizações estão divergentes.(Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 29, Parágrafo Único)

Art. 30. Os relatórios de processamento das ADM estarão disponíveis na página eletrônica do PFPB, para fins de verificação pela farmácia ou drogaria. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 30)

Subseção IV

Da Identidade Visual e da Publicidade do PFPB

(Origem: PRT MS/GM 111/2016, CAPÍTULO II, Seção I, Subeção IV)

Art. 31. As farmácias e drogarias credenciadas deverão exibir, em seus estabelecimentos, peças publicitárias que identifiquem o credenciamento ao PFPB, indicadas a seguir: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 31)

I - adesivo antifalsificação fornecido pelo Ministério da Saúde, sendo proibida sua reprodução e que deverá ser utilizado próximo ao caixa de pagamento; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 31, I)

II - banner produzido pelo estabelecimento credenciado, de acordo com as normas de publicidade do PFPB, a ser afixado na frente do estabelecimento credenciado; e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 31, II)

III - tabela contendo lista de medicamentos e seus valores de referência contidos nos Anexos 1 e 2 do Anexo LXXVII , disponível na página eletrônica do PFPB, em local visível de atendimento ao público. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 31, III)

§ 1º A logomarca do "Aqui Tem Farmácia Popular" não pode ser alterada e é obrigatório o uso do slogan ou marca do Governo Federal, vinculada à logomarca, bem como a inscrição do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 31, § 1º)

§ 2º É proibida a publicidade ou o uso do nome do PFPB e das peças publicitárias fornecidas pelo Ministério da Saúde em qualquer tipo de manifestação diversa das previstas neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 31, § 2º)

§ 3º Não é permitido vincular o PFPB a outras marcas, promoções, demais produtos e/ou convênios. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 31, § 3º)

Art. 32. Os estabelecimentos credenciados somente poderão utilizar material publicitário e fazer campanha publicitária quando tiverem acesso ao ambiente de produção, seguindo as diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde no Manual de Diretrizes para Aplicação em Peças Publicitárias específico do Programa, disponível na página eletrônica do PFPB. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 32)

Art. 33. Não é permitido às farmácias e drogarias não-credenciadas, descredenciadas ou apenas "em fase de credenciamento" exibirem publicidade referente ao PFPB, uma vez que somente o processo de credenciamento não garante que o mesmo será aprovado. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 33)

Art. 34. O não cumprimento das normas de publicidade do PFPB sujeitará o estabelecimento às penalidades previstas na Subseção V da Seção I do Capítulo II. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 34)

Subseção V

Do Controle, do Monitoramento e das Penalidades

(Origem: PRT MS/GM 111/2016, CAPÍTULO II, Seção I, Subeção V)

Art. 35. As Autorizações de Dispensação de Medicamentos e Correlatos (ADM) das farmácias e drogarias serão verificadas mensalmente ou quando houver necessidade, segundo os dados processados pelo Sistema Autorizador de Vendas, para controle e monitoramento do PFPB. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 35)

Art. 36. Sempre que necessário, o Ministério da Saúde solicitará ao estabelecimento credenciado a prestação de informações detalhadas sobre as suas operações, bem como as cópias dos documentos previstos neste Anexo e nas legislações vigentes, as quais deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar do recebimento da solicitação. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 36)

Art. 37. O descumprimento de qualquer das regras dispostas neste Anexo, pelas farmácias e drogarias, caracteriza prática de irregularidade no âmbito do PFPB, considerando-se irregulares as seguintes situações, entre outras: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 37)

I - comercializar e dispensar medicamentos e/ou correlatos fora da estrita observância das regras de execução do PFPB; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 37, I)

II - deixar de exigir a prescrição, laudo ou atestado médico, a apresentação do documento de identificação e CPF e a assinatura do titular do CPF no cupom vinculado, salvo exceções previstas neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 37, II)

III - deixar de cobrar do paciente o pagamento da sua parcela referente à compra do(s) medicamento(s) e/ou correlato(s), salvo para as dispensações de medicamentos indicados para hipertensão arterial, diabetes mellitus e asma,; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 37, III)

IV - comercializar e dispensar medicamentos e/ou correlatos do PFPB em nome de terceiros, salvo exceções previstas neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 37, IV)

V - estornar a venda cancelada ou irregular, com prazo superior a 7 (sete) dias da consolidação da transação; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 37, V)

VI - comercializar medicamentos e correlatos com senha diversa daquela que foi conferida exclusivamente ao estabelecimento credenciado; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 37, VI)

VII - firmar convênios e parcerias com empresas, cooperativas e instituições congêneres para operações coletivas no âmbito do PFPB; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 37, VII)

VIII - fazer uso publicitário do PFPB fora das regras definidas neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 37, VIII)

IX - deixar de expor as peças publicitárias que identifiquem o credenciamento ao PFPB, estabelecidas no art. 31; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 37, IX)

X - cadastrar pacientes em nome do PFPB; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 37, X)

XI - entregar medicamentos e/ou correlatos do PFPB fora do estabelecimento, especialmente em domicílio, uma vez que a venda exige a presença do paciente no estabelecimento, munido dos documentos necessários; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 37, XI)

XII - deixar de observar as regras do órgão de vigilância sanitária para funcionamento do estabelecimento; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 37, XII)

XIII - permitir que terceiros, exceto nos casos previstos neste Anexo, assinem em nome do beneficiário.; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 37, XIII)

XIV - rasurar quaisquer documentos necessários para a validação da venda dos itens constantes do elenco do programa; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 37, XIV)

XV - receber a prescrição, laudo ou atestado médico com data posterior à autorização consolidada ou sem data de emissão; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 37, XV)

XVI - lançar no sistema de vendas do programa informações divergentes das constantes na prescrição, laudo ou atestado médico e no documento do paciente; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 37, XVI)

XVII - dispensar medicamentos e/ou correlatos que já tenham sido dispensados ou fornecidos, caso haja esta informação na prescrição, laudo ou atestado médico; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 37, XVII)

XVIII - realizar a substituição do medicamento prescrito em desacordo com a legislação vigente; e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 37, XVIII)

XIX - dispensar ao beneficiário medicamento e/ou correlato contendo o código de barras diverso daquele informado no sistema autorizador de vendas. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 37, XIX)

Art. 38. O DAF/SCTIE/MS suspenderá preventivamente os pagamentos e/ou a conexão com os Sistemas DATASUS sempre que detectar indícios ou notícias de irregularidade(s) na execução do PFPB pelos estabelecimentos. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 38)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300487

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

§ 1º O estabelecimento com suspeita de prática irregular será notificado pelo DAF/SCTIE/MS a apresentar, no prazo de 15 (quinze) dias, documentos e esclarecimentos sobre os fatos averiguados. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 38, § 1º)

§ 2º Apresentados ou não os esclarecimentos e documentos pelo estabelecimento no prazo indicado no § 1º e verificando-se que não foram sanados os indícios ou notícias de irregularidades, o DAF/SCTIE/MS solicitará ao DENASUS a instauração de procedimento para averiguação dos fatos. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 38, § 2º)

§ 3º Em casos excepcionais, o DAF/SCTIE/MS poderá solicitar ao DENASUS a instauração de procedimento para averiguação, antes que seja oportunizado à empresa um prazo para apresentar esclarecimentos. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 38, § 3º)

Art. 39. O DAF/SCTIE/MS emitirá relatório fundamentado sobre o descredenciamento do estabelecimento, que será deferido pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), sem prejuízo da imposição das penalidades previstas no art. 87 da Lei nº 8.666, de 1993, nas seguintes hipóteses: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 39)

I - após o recebimento do relatório conclusivo do procedimento instaurado pelo DENASUS; ou (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 39, I)

II - constatadas irregularidades e os documentos constantes nos autos demonstrem autoria e materialidade. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 39, II)

Parágrafo Único. O DAF/SCTIE/MS poderá, ainda, quando julgar cabível, encaminhar cópia dos autos à Polícia Federal e ao Ministério Público Federal para a adoção das providências pertinentes, tendo em vista a atuação desses órgãos na apuração das infrações penais em detrimento de bens, serviços e interesses da União.(Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 39, Parágrafo Único)

Art. 40. Após relatório conclusivo do DENASUS, o estabelecimento deverá recolher aos cofres públicos o débito correspondente ao valor repassado pelo Ministério da Saúde nas autorizações consideradas irregulares, sem prejuízo da multa prevista no art. 42. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 40)

Art. 41. Ao estabelecimento com decisão de descredenciamento que pretender pleitear a liquidação de eventual competência pendente, caberá apresentar requerimentos por escrito assinado com firma reconhecida do representante legal ao DAF/SCTIE/MS, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da publicação de descredenciamento no DOU. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 41)

Art. 42. O descumprimento de qualquer das regras estabelecidas no presente instrumento ensejará a aplicação de multa de até 10% (dez por cento), calculada sobre o montante das vendas efetuadas no âmbito do PFPB, referente aos últimos 3 (três) meses completos das autorizações consolidadas, e/ou bloqueio da conexão com os Sistemas DATASUS, por um prazo de 3 (três) a 6 (seis) meses. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 42)

§ 1º Caso o estabelecimento tenha aderido ao PFPB há menos de 90 (noventa) dias, o cálculo será realizado levando-se em consideração todas as vendas efetuadas desde a data da publicação da sua adesão. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 42, § 1º)

§ 2º Os estabelecimentos deverão encaminhar o comprovante de pagamento da multa no prazo de 30 (trinta) dias, a contar do recebimento da notificação. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 42, § 2º)

§ 3º Quando houver multa, os estabelecimentos poderão solicitar a dedução do valor correspondente de eventual pagamento pendente. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 42, § 3º)

Art. 43. O estabelecimento que for descredenciado por motivo de irregularidades somente poderá solicitar nova adesão ao PFPB Aqui Tem Farmácia Popular após o período de 2 (dois) anos, a contar da publicação do descredenciamento no DOU. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 43)

§ 1º O descredenciamento de qualquer filial, por motivo de irregularidades, enseja a punição de toda a pessoa jurídica, matriz e filiais, nos termos do "caput". (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 43, § 1º)

§ 2º Excetua-se do disposto no "caput" os casos de incorporação ou fusão de empresas já credenciadas, mediante autorização prévia do DAF/SCTIE/MS, cujo CNPJ não tenha sido descredenciado em um período inferior a 2 (dois) anos e o responsável legal comprovar que não houve qualquer alteração quanto à localização do estabelecimento. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 43, § 2º)

§ 3º A penalidade prevista no "caput" estende-se ao proprietário ou empresário individual, aos sócios empresários e, ainda, ao farmacêutico responsável à época em que foram praticadas as irregularidades que ocasionaram o descredenciamento. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 43, § 3º)

§ 4º Após o prazo estabelecido no "caput" o representante legal poderá solicitar ao DAF/SCTIE/MS nova adesão por meio de requerimento assinado e com firma reconhecida, que deverá conter os dados da empresa, juntamente com os comprovantes de pagamento dos ressarcimentos e multas, quando houver, para análise e deliberação deste Departamento. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 43, § 4º)

Subseção VI

Do Processamento Eletrônico das Autorizações das Dispensações de Medicamentos e Correlatos (ADM)

(Origem: PRT MS/GM 111/2016, CAPÍTULO II, Seção I, Subeção VI)

Art. 44. O processamento eletrônico das ADM é composto de três fases, nas quais o estabelecimento credenciado envia dados ao Sistema Autorizador referente à transação que, por sua vez, verifica as informações constantes em sua base de dados e retorna à verificação dos dados. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 44)

Parágrafo Único. Após o envio de dados pelo estabelecimento credenciado em cada uma das fases do processamento eletrônico da ADM, o Sistema Autorizador verificará as informações constantes em sua base de dados e retornará à verificação dos dados. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 44, Parágrafo Único)

Art. 45. A primeira fase do processo eletrônico só poderá ser realizada mediante a utilização de solução de segurança fornecida pelo Ministério da Saúde, nas seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 45)

I - a solução de segurança será responsável pela identificação da estação de trabalho (computador) e da transação; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 45, I)

II - a identificação da transação é obtida através da solução de segurança; e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 45, II)

III - cada estação de trabalho (computador) deve ser identificada e cadastrada junto ao Ministério da Saúde para a realização da dispensação, conforme orientações a seguir: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 45, III)

a) o cadastramento é de responsabilidade das farmácias e drogarias; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 45, III, a)

b) as farmácias e drogarias são responsáveis pelas informações fornecidas; e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 45, III, b)

c) o cadastramento deve ser realizado exclusivamente pela internet. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 45, III, c)

Parágrafo Único. É de responsabilidade do estabelecimento a instalação, configuração e integração da solução de segurança. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 45, Parágrafo Único)

Art. 46. Todas as fases do processo eletrônico só poderão ser realizadas mediante autenticação eletrônica do atendente com as seguintes determinações: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 46)

I - o cadastramento de todos os atendentes é de responsabilidade das farmácias e drogarias; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 46, I)

II - as farmácias e drogarias são responsáveis pelas informações fornecidas; e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 46, II)

III - o cadastramento deve ser realizado exclusivamente pela internet. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 46, III)

Art. 47. Na primeira fase do processo eletrônico, o estabelecimento informará os seguintes dados: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 47)

I - código da solicitação; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 47, I)

II - CNPJ do estabelecimento; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 47, II)

III - CPF do paciente; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 47, III)

IV - CRM/RMS do médico que emitiu a prescrição; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 47, IV)

V - Unidade Federativa que emitiu o CRM/RMS do médico prescritor; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 47, V)

VI - data de emissão da prescrição; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 47, VI)

VII - identificador da transação; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 47, VII)

VIII - lista de medicamentos e correlatos, na qual para cada item deverá ser informado: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 47, VIII)

a) código de barras da apresentação do medicamento e do correlato; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 47, VIII, a)

b) quantidade solicitada, em unidade conforme definida pelo Programa; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 47, VIII, b)

c) valor unitário do medicamento e correlato; e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 47, VIII, c)

d) quantidade diária prescrita. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 47, VIII, d)

IX - "login" da farmácia e drogaria; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 47, IX)

X - senha da farmácia e drogaria; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 47, X)

XI - "login" do atendente da farmácia e drogaria; e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 47, XI)

XII - senha do atendente da farmácia e drogaria. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 47, XII)

Art. 48. Na segunda fase, após ter recebido a confirmação da primeira fase, o estabelecimento deve informar ao Sistema Autorizador os dados que fazem parte do processo de autorização, quais sejam: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 48)

I - código da solicitação enviado na primeira fase; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 48, I)

II - número da pré-autorização gerado pelo Sistema Autorizador e recebido pelo estabelecimento; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 48, II)

III - número do documento fiscal gerado pelo estabelecimento; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 48, III)

IV - "login" da farmácia e drogaria; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 48, IV)

V - senha da farmácia e drogaria; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 48, V)

VI - "login" do atendente da farmácia e drogaria; e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 48, VI)

VII - senha do atendente da farmácia e drogaria. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 48, VII)

§ 1º O Sistema Autorizador confirmará os medicamentos e correlatos autorizados ou uma mensagem e código de erro em casos de não autorização. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 48, § 1º)

§ 2º Os códigos de retorno do sistema autorizador estão disponíveis na página eletrônica do PFPB. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 48, § 2º)

§ 3º As autorizações realizadas com mais de um medicamento e/ou correlato retornarão com a mesma autorização. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 48, § 3º)

Art. 49. Na terceira e última fase, o estabelecimento confirmará o recebimento da pré-autorização e enviará os seguintes dados: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 49)

I - número da pre-autorização; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 49, I)

II - número do documento fiscal gerado pelo estabelecimento; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 49, II)

III - lista de medicamentos e correlatos autorizados com as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 49, III)

a) código de barras da apresentação do medicamento e do correlato; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 49, III, a)

b) quantidade autorizada em UP; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 49, III, b)

c) valor da parcela do Ministério da Saúde informado pelo Sistema Autorizador; e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 49, III, c)

d) valor da parcela do paciente informada pelo Sistema Autorizador. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 49, III, d)

IV - "login" da farmácia e drogaria; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 49, IV)

V - senha da farmácia e drogaria; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 49, V)

VI - "login" do atendente da farmácia e drogaria; e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 49, VI)

VII - senha do atendente da farmácia e drogaria. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 49, VII)

Parágrafo Único. O estabelecimento receberá confirmação e finalização do processo de autorização da dispensação dos medicamentos e dos correlatos. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 49, Parágrafo Único)

Art. 50. Para eventual estorno de autorizações já efetuadas, serão necessários os seguintes dados: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 50)

I - número da autorização; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 50, I)

II - número do documento fiscal; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 50, II)

III - CNPJ do estabelecimento; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 50, III)

IV - lista de medicamentos e correlatos, na qual para cada item deverá ser informado: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 50, IV)

a) código de barras da apresentação do medicamento e correlato; e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 50, IV, a)

b) quantidade a ser estornada. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 50, IV, b)

V - "login" da farmácia e drogaria; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 50, V)

VI - senha da farmácia e drogaria; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 50, VI)

VII - "login" do atendente da farmácia e drogaria; e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 50, VII)

VIII - senha do atendente da farmácia e drogaria. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 50, VIII)

Art. 51. As orientações para configuração da conexão do sistema eletrônico das farmácias e drogarias com o Sistema Autorizador se dará pelo envio de correio eletrônico juntamente com o usuário e senha provisórios para o endereço fornecido pelo estabelecimento no momento do cadastro no PFPB. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 51)

Art. 52. Na página eletrônica do PFPB, estão disponíveis informações técnicas do Programa, bem como do processamento por meio do sistema eletrônico. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 52)

Seção II

Da Dispensação dos Medicamentos e Correlatos nas Unidades da Rede Própria do PFPB

(Origem: PRT MS/GM 111/2016, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 53. A dispensação de medicamentos e correlatos na Rede Própria do PFPB ocorrerá mediante o ressarcimento correspondente, tão somente, aos custos de produção ou aquisição, distribuição e dispensação, conforme valores de dispensação descritos nos Anexos 3 e 4 do Anexo LXXVII e de acordo com o Manual de Procedimentos Operacionais Padrão da FIOCRUZ e pelo Manual Básico. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 53)

Parágrafo Único. A dispensação dos medicamentos para hipertensão, diabetes mellitus e asma ocorrerá por meio do sistema de vendas DATASUS, observados os procedimentos estabelecidos na Subseção II da Seção I do Capítulo II. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 53, Parágrafo Único)

Seção III

Do Modelo de Gestão da Rede Própria

(Origem: PRT MS/GM 111/2016, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 54. O PFPB realizado em ação conjunta entre o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), será coordenado por um Conselho Gestor, vinculado diretamente à SCTIE/MS. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 54)

Parágrafo Único. O Conselho Gestor do PFPB terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 54, Parágrafo Único)

I - três representantes da SCTIE/MS, sendo um deles o Diretor do DAF/SCTIE/MS, que o coordenará; e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 54, Parágrafo Único, I)

II - três representantes indicados pela Presidência da FIOCRUZ. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 54, Parágrafo Único, II)

Art. 55. As atividades do PFPB serão desenvolvidas de acordo com a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, pela FIOCRUZ, por meio da Gerência Técnica e da Gerência Administrativa do PFPB e pelo Ministério da Saúde, por meio da SCTIE/MS, sob a responsabilidade do DAF/SCTIE/MS. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 55)

Art. 56. Ao Conselho Gestor do Programa Farmácia Popular do Brasil compete: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 56)

I - aprovar anualmente o Plano de Metas e o Plano de Desenvolvimento; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 56, I)

II - aprovar anualmente o Relatório de Gestão do PFPB; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 56, II)

III - monitorar a execução orçamentária e a movimentação financeira; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 56, III)

IV - acompanhar as propostas de convênios com instituições públicas ou privadas que visem apoiar o desenvolvimento do PFPB; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 56, IV)

V - aprovar o Manual Básico do PFPB; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 56, V)

VI - orientar e participar da formulação de indicadores de resultados e do impacto do PFPB; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 56, VI)

VII - sugerir a habilitação de parceiros e a celebração de convênios que se façam necessárias, não previstas ou contempladas nas normas e requisitos estabelecidos; e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 56, VII)

VIII - propor o elenco de medicamentos e/ou correlatos e a definição do preço de dispensação a ser disponibilizado pelo PFPB. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 56, VIII)

Art. 57. À Gerência Técnica do PFPB compete: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 57)

I - monitorar a qualidade dos serviços prestados pelas unidades vinculadas ao PFPB; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 57, I)

II - coordenar as ações de formação e capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento das atividades; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 57, II)

III - coordenar as ações de atenção e de informação ao usuário, aos profissionais de saúde e aos parceiros; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 57, III)

IV - promover a avaliação permanente da lista de produtos e serviços disponibilizados; e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 57, IV)

V - coordenar a elaboração de manuais e procedimentos operacionais referentes a todas as atividades técnicas e às ações desenvolvidas nas farmácias. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 57, V)

Art. 58. À Gerência Administrativa do PFPB compete: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 58)

I - dar suporte à instalação e à manutenção de unidades mediante a celebração de convênios ou parcerias entre o Ministério da Saúde, a FIOCRUZ, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios E Instituições; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 58, I)

II - acompanhar e monitorar o gerenciamento das farmácias do PFPB; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 58, II)

III - participar do planejamento de aquisição de produtos, de reposição de estoques de produtos, outros insumos materiais, equipamentos e contratação de serviços necessários para a implantação das unidades do PFPB; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 58, III)

IV - acompanhar os processos de logística referentes à guarda, ao transporte e à distribuição de medicamentos e correlatos, insumos diversos, materiais e equipamentos das unidades do PFPB; e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 58, IV)

V - aprovar os projetos das instalações e áreas físicas das farmácias a serem implantadas pelos Estados, Distrito Federal, Municípios e entidades conveniadas, visando adequação ao disposto no Manual Básico do PFPB. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 58, V)

Art. 59. Ao DAF/SCTIE/MS compete: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 59)

I - estabelecer mecanismos de controle e monitoramento da implementação, do desenvolvimento e dos resultados do PFPB; e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 59, I)

II - supervisionar, por meio de suas coordenações, as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 59, II)

a) instrução dos processos administrativos de habilitação de Estados, Distrito Federal e Municípios e pela celebração de convênios com as instituições autorizadas; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 59, II, a)

b) instrução dos processos administrativos de habilitação de empresas parceiras; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 59, II, b)

c) emissão de pareceres sobre as solicitações de habilitações de Estados, Distrito Federal e Municípios, segundo procedimentos e critérios definidos no Manual Básico do PFPB; (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 59, II, c)

d) emissão de pareceres sobre as solicitações de celebração de convênios com instituições autorizadas, segundo procedimentos e critérios definidos no Manual Básico do PFPB; e (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 59, II, d)

e) emissão de pareceres sobre as solicitações de credenciamento de empresas parceiras. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 59, II, e)

Art. 60. As despesas decorrentes do PFPB incidirão sobre as Ações Programáticas de Manutenção e Funcionamento das Farmácias Populares, a saber: 10.303.2015.20YR e 10.303.2015.20YS. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 60)

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 111/2016, CAPÍTULO III)

Art. 61. A qualquer tempo, o representante legal do estabelecimento ou seu respectivo procurador poderá requerer seu descredenciamento junto ao PFPB, mediante o envio de documento assinado e com firma reconhecida, contendo os dados da empresa, sendo que o requerimento só será deferido caso não haja notícias ou indícios de irregularidades. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 61)

Parágrafo Único. O estabelecimento descredenciado a pedido, na forma do "caput", somente poderá solicitar nova adesão ao PFPB após 6 (seis) meses, contados da data da publicação do descredenciamento no DOU. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 61, Parágrafo Único)

Art. 62. O Ministério da Saúde manterá informações e orientações sistemáticas sobre a operação do PFPB na página eletrônica do PFPB. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 62)

§ 1º As definições estratégicas, bem como as normas para adesão e manutenção do PFPB, instalação e gestão das unidades, repasses de recursos fundo a fundo, celebração de convênios, monitoramento, avaliação e controle estão previstas no "Programa Farmácia Popular do Brasil - Manual Básico", na página eletrônica do PFPB. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 62, § 1º)

§ 2º As farmácias e drogarias credenciadas deverão seguir as normas de procedimento constantes no "Manual de Orientações às Farmácias e Drogarias Credenciadas no Aqui Tem Farmácia Popular" na página eletrônica do PFPB. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 62, § 2º)

Art. 63. As despesas decorrentes da execução do art. 21, III incidirão sobre a Ação Programática 10.303.2015.20YS.0001 - Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil pelo sistema copagamento. (Origem: PRT MS/GM 937/2017, Art. 2º)

Anexo 1 do Anexo LXXVII

ELENCO DE MEDICAMENTOS DO AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR PARA O TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES MELLITUS E ASMA (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Anexo 1)

ELENCO DE MEDICAMENTOS DO AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR PARA O TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES MELLITUS E ASMA

Indicação: Hipertensão Arterial			
Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Captopril 25 MG, comprimido	1 (um) comprimido	R$ 0,19	R$ 0,19
Maleato de enalapril 10 MG, comprimido	1 (um) comprimido	R$ 0,26	R$ 0,26
Cloridrato de propranolol 40 MG, comprimido	1 (um) comprimido	R$ 0,07	R$ 0,07
Atenolol 25 MG, comprimido	1 (um) comprimido	R$ 0,11	R$ 0,11
Hidroclorotiazida 25 MG, comprimido	1 (um) comprimido	R$ 0,06	R$ 0,06
Losartana Potássica 50 MG	1 (um) comprimido	R$ 0,30	R$ 0,30
Indicação: Diabetes Mellitus			
Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Glibenclamida 5 MG, comprimido	1 (um) comprimido	R$ 0,09	R$ 0,09
Cloridrato de metformina 500 MG, comprimido	1 (um) comprimido	R$ 0,12	R$ 0,12
Cloridrato de metformina 500 MG, comprimido de ação prolongada	1 (um) comprimido	R$ 0,18	R$ 0,18
Cloridrato de metformina 850 MG, comprimido	1 (um) comprimido	R$ 0,16	R$ 0,16
Insulina Humana NPH 100 UI/ml - suspensão injetável, frasco-ampola 10 ml	1 (um) frasco/ampola 10ml	R$ 26,55	R$ 26,55
Insulina Humana NPH 100 UI/ml - suspensão injetável, frasco-ampola 5 ml	1 (um) frasco/ampola 5ml	R$ 13,27	R$ 13,27
Insulina Humana NPH 100 UI/ml - suspensão injetável, refil 3ml (carpule)	1 (um) refil 3ml	R$ 7,96	R$ 7,96
Insulina Humana NPH 100 UI/ml - suspensão injetável, refil 1,5ml (carpule)	1 (um) refil 1,5ml	R$ 3,99	R$ 3,99
Insulina Humana Regular 100 UI/ml, solução injetável, frasco-ampola 10 ml	1 (um) frasco/ampola 10ml	R$ 26,55	R$ 26,55
Insulina Humana Regular 100 UI/ml, solução injetável, frasco-ampola 5 ml	1 (um) frasco/ampola 5ml	R$ 13,27	R$ 13,27
Insulina Humana Regular 100UI/ml, solução injetável, refil 3ml (carpules)	1 (um) refil 3ml	R$ 7,96	R$ 7,96
Insulina Humana Regular 100UI/ml, solução injetável, refil 1,5ml (carpules)	1 (um) refil 1,5ml	R$ 3,99	R$ 3,99
Indicação: Asma			
Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Sulfato de Salbutamol 5 MG/ml - Solução Inalação	1 (um) mililitro	R$ 0,88	R$ 0,88
Sulfato de Salbutamol 100 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado	1 (uma) dose	R$ 0,10	R$ 0,10
Brometo de Ipratrópio 0,25 MG/ml - Administração pulmonar, solução para inalação	1 (um) mililitro	R$ 0,27	R$ 0,27
Brometo de Ipratrópio 0,02 MG/dose - Administração pulmonar, inalador doseado	1 (uma) dose	R$ 0,06	R$ 0,06
Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado	1 (uma) dose	R$ 0,13	R$ 0,13
Dipropionato de Beclometasona 200 mcg/cápsula - Administração pulmonar, cápsulas inalante	1 (uma) cápsula	R$ 0,25	R$ 0,25
Dipropionato de Beclometasona 200 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado	1 (uma) dose	R$ 0,25	R$ 0,25
Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado	1 (uma) dose	R$ 0,15	R$ 0,15

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300489

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Anexo 2 do Anexo LXXVII
ELENCO DE MEDICAMENTOS E CORRELATOS DO AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Anexo 2)

ELENCO DE MEDICAMENTOS E CORRELATOS DO AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR			
Indicação: Contracepção			
Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Enantato de noretisterona 50 MG + valerato de estradiol 5 MG, ampola	1(uma) ampola	R$ 11,31	R$ 10,17
Noretisterona 0,35 MG, comprimido - cartela com 35 comprimidos	1(uma) cartela	R$ 4,96	R$ 4,46
Etinilestradiol 0,03 MG + levonorgestrel 0,15 MG, comprimido - cartela com 21 comprimidos	1 (uma) cartela	R$ 4,19	R$ 3,77
Acetato de medroxiprogesterona 150 MG, ampola	1(uma) ampola	R$ 12,36	R$ 11,12
Indicação: Dislipidemia			
Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Sinvastatina 10 MG comprimido	1(um) comprimido	R$ 0,13	R$ 0,12
Sinvastatina 20 MG comprimido	1(um) comprimido	R$ 0,26	R$ 0,23
Sinvastatina 40 MG comprimido	1(um) comprimido	R$ 0,50	R$ 0,45
Indicação: Rinite			
Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Budesonida 32 mcg/dose - Administração tópica nasal doseada	1 (uma) dose	R$ 0,05	R$ 0,04
Budesonida 50 mcg/dose - Administração tópica nasal doseada	1 (uma) dose	R$ 0,07	R$ 0,06
Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose - Administração tópica nasal doseada	1 (uma) dose	R$ 0,07	R$ 0,06
Indicação: Doença de Parkinson			
Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Carbidopa 25 MG + Levodopa 250 MG	1(um) comprimido	R$ 0,64	R$ 0,58
Cloridrato de Benserazida 25 MG + Levodopa 100 MG	1(um) comprimido	R$ 1,17	R$ 1,05
Indicação: Osteoporose			
Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento p elo MS
Alendronato de Sódio 70 MG	1 (um) comprimido	R$ 1,87	R$ 1,68
Indicação: Glaucoma			
Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Maleato de Timolol 0,25% - Solução Oftalmológica	1 (um) mililitro	R$ 0,20	R$ 0,18
Maleato de Timolol 0,50% - Solução Oftalmológica	1 (um) mililitro	R$ 0,48	R$ 0,43
Indicação: Incontinência			
Produto de higiene	Unidade	Valor de referência por tira	Valor máximo para pagamento pelo MS
Fralda geriátrica	1(uma) tira	R$ 0,71	R$ 0,64

Anexo 3 do Anexo LXXVII
ELENCO DE MEDICAMENTOS E CORRELATOS DA REDE PRÓPRIA (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Anexo 3)

ELENCO DE MEDICAMENTOS E CORRELATOS DA REDE PRÓPRIA			
MEDICAMENTO / CORRELATO	APRESENTAÇÃO	UNIDADE DE CADASTRO	PREÇO DE DISPENSAÇÃO (R$)
Acetato de medroxiprogesterona	150 mg/ml	Ampola	R$ 1,24
Aciclovir	200mg/comp.	Comprimido	R$ 0,28
Ácido Acetilsalicílico	500mg/comp.	Comprimido	R$ 0,04
Ácido Acetilsalicílico	100mg/comp.	Comprimido	R$ 0,03
Ácido Fólico	5mg/comp.	Comprimido	R$ 0,05
Albendazol	400mg/comp. mastigável	Comprimido	R$ 0,56
Alendronato de Sódio	70 mg/comp.	Comprimido	R$ 0,37
Alopurinol	100mg/comp.	Comprimido	R$ 0,08
Amiodarona	200mg/comp.	Comprimido	R$ 0,20
Amitriptilina (Cloridrato)	25mg/comp.	Comprimido	R$ 0,22
Amoxicilina	500mg/cáps.	Cápsula	R$ 0,19
Amoxicilina	250mg/5ml/pó p/susp. oral	Frasco 60 ml	R$ 1,96
Amoxicilina	250mg/5ml/pó p/susp. oral	Frasco 150 ml	R$ 4,90
Azatioprina	50mg/comp.	Comprimido	R$ 1,40
Azitromicina	500mg/comp.	Comprimido	R$ 2,64
Benzilpenicilina Benzatina	1.200.000ui/pó p/sus. inj.	Frasco-ampola	R$ 1,50
Benzilpenicilina Procaína + Potássica	300.000+100.000ui/pó/sus. inj.	Frasco-ampola	R$ 1,50
Benzoato de Benzila	200mg/ml/emulsão	Frasco 100 ml	R$ 1,40
Benzoato de Benzila	200mg/ml/emulsão	Frasco 60 ml	R$ 1,10
Biperideno	2mg/comp.	Comprimido	R$ 0,07
Brometo de n-butilescopolamina	10 mg/frasco	frasco de 20 ml	R$ 3,90
Carbamazepina	200mg/comp	Comprimido	R$ 0,13
Carbidopa + Levodopa	25mg + 250mg/comp.	Comprimido	R$ 0,48
Cefalexina (Cloridrato ou Sal Sódico)	500mg/cáps.	Cápsula	R$ 0,40
Cefalexina (Cloridrato ou Sal Sódico)	250mg/5ml/susp. oral	Frasco 60 ml	R$ 4,96
Cefalexina (Cloridrato ou Sal Sódico)	250mg/5ml/susp. oral	Frasco 125 ml	R$ 10,00
Cetoconazol	200mg/comp.	Comprimido	R$ 0,23
Ciprofloxacino	500mg/comp.	Comprimido	R$ 0,38
Clonazepam	2mg/comp	Comprimido	R$ 0,06
Cloreto de Potássio	60mg/ml/xpe.	Frasco 100 ml	R$ 1,88
Cloreto de Sódio 0,9%	9mg/ml/sol. nasal	Frasco	R$ 0,95
Clorpromazina	25mg/comp.	Comprimido	R$ 0,10
Clorpromazina	100mg/comp.	Comprimido	R$ 0,13
Dexametazona	Crem.0,1%	Tubo	R$ 1,00
Dexclorfeniramina (Maleato)	2mg/comp.	Comprimido	R$ 0,06
Dexclorfeniramina (Maleato)	0,4mg/sol. Oral	Frasco 120 ml	R$ 2,07
Diazepam	5mg/comp.sulcado	Comprimido	R$ 0,04
Diazepam	10mg/comp.sulcado	Comprimido	R$ 0,08
Digoxina	0,25mg/comp.	Comprimido	R$ 0,06
Dipirona	500mg/ml gts	Frasco 10 ml	R$ 0,70
Doxiciclina	100mg/comp.	Comprimido	R$ 0,38

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Enantato de Noretisterona + Valerato de Estradiol	50mg+5mg/injetável	Seringa 1 ml	R$ 1,13
Eritromicina (Estearato ou Etilsuccinato)	125mg/5ml/susp. oral	Frasco 60 ml	R$ 2,30
Eritromicina (Estearato ou Etilsuccinato)	500mg/comp./cáps.	Comprimido	R$ 0,54
Etinilestradiol + Levonorgestrel	0,03mg+0,15mg/comp	Cartela 21 cápsulas	R$ 0,42
Fenitoína	100mg/comp.	Comprimido	R$ 0,10
Fenobarbital	100mg/comp.	Comprimido	R$ 0,06
Fluconazol	100mg/rev.	Cápsula	R$ 0,95
Fluconazol	150mg/rev.	Cápsula	R$ 0,95
Fluoxetina	20mg/comp.	Comprimido	R$ 0,06
Haloperidol	1mg/comp.	Comprimido	R$ 0,08
Haloperidol	5mg/comp.	Comprimido	R$ 0,12
Haloperidol	2mg/ml/sol. oral	Frasco 20 ml	R$ 1,94
Ibuprofeno	300mg/comp.	Comprimido	R$ 0,16
Levonorgestrel	0,75mg/comp.	Comprimido	R$ 3,47
Loratadina	10mg/comp.	Comprimido	R$ 0,05
Mebendazol	100mg/comp.	Comprimido	R$ 0,05
Mebendazol	100mg/5ml/sup. Oral	Frasco 30 ml	R$ 1,10
Metoclopramida (Cloridrato)	10mg/comp.	Comprimido	R$ 0,04
Metoclopramida (Cloridrato)	4mg/ml/sol.oral	Frasco 10 ml	R$ 0,75
Metronidazol	250mg/comp.	Comprimido	R$ 0,10
Metronidazol	5% creme vaginal	Tubo 50 gramas	R$ 2,15
Metronidazol (Benzoato)	200mg/5ml/susp. oral	Frasco 100 ml	R$ 2,40
Miconazol (Nitrato)	2%/locão	Frasco 30 ml	R$ 1,86
Miconazol (Nitrato)	2%/pó	Frasco 30 ml	R$ 4,95
Monitrato de Isossorbida	20mg/comp.	Comprimido	R$ 0,10
Neomicina (Sulfato) + Bacitracina (Zíncica)	5mg + 250ui/g/pom.	Tubo 10 gramas	R$ 1,35
Neomicina (Sulfato) + Bacitracina (Zíncica)	5mg + 250ui/g/pom.	Tubo 15 gramas	R$ 2,02
Nistatina	25.000 UI/crem. Vaginal	Tubo 60 gramas	R$ 2,28
Nistatina	25.000 UI/crem. Vaginal	Tubo 50 gramas	R$ 1,90
Nistatina	100.000 UI/ml/ susp. Oral	Frasco 30 ml	R$ 3,62
Noretisterona	0,35mg/comp.	Cartela c/ 35 comprimidos	R$ 0,50
Omeprazol	20mg/cáps.	Cápsula	R$ 0,23
Paracetamol	500mg/comp.	Comprimido	R$ 0,09
Paracetamol	200mg/ml/sol. Oral gts	Frasco 10 ml	R$ 0,85
Paracetamol	200mg/ml/sol. Oral gts	Frasco 15 ml	R$ 1,27
Paracetamol	100mg/ml/sol. oral gts.	Frasco 10 ml	R$ 0,70
Paracetamol	100mg/ml/sol. oral gts.	Frasco 15 ml	R$ 1,00
Prednisona	20mg/comp.	Comprimido	R$ 0,18
Prednisona	5mg/comp.	Comprimido	R$ 0,08
Prometazina (Cloridrato)	25mg/comp.	Comprimido	R$ 0,12
Ranitidina	150mg/comp.	Comprimido	R$ 0,12
Sais p/ Reidratação Oral	pó p/sol. Oral	Envelope 27,9 G	R$ 0,60
Sinvastatina	20mg/comp.	Comprimido	R$ 0,38
Sulfametoxazol + Trimetoprima	400mg + 80mg/comp.	Comprimido	R$ 0,08
Sulfametoxazol + Trimetoprima	200mg + 40mg/5ml/susp. Oral	Frasco 50 ml	R$ 1,45
Sulfametoxazol + Trimetoprima	200mg + 40mg/5ml/susp. Oral	Frasco 60 ml	R$ 1,74
Sulfametoxazol + Trimetoprima	200mg + 40mg/5ml/susp. Oral	Frasco 100 ml	R$ 2,90
Sulfasalazina	500mg/comp.	Comprimido	R$ 0,40
Tiabendazol	5%/pom.	Tubo 20 gramas	R$ 2,89
Valproato de Sódio	50mg/ml/xpe.	Frasco 100 ml	R$ 4,05
Preservativo Masculino		Unidade	R$ 0,30

Anexo 4 do Anexo LXXVII

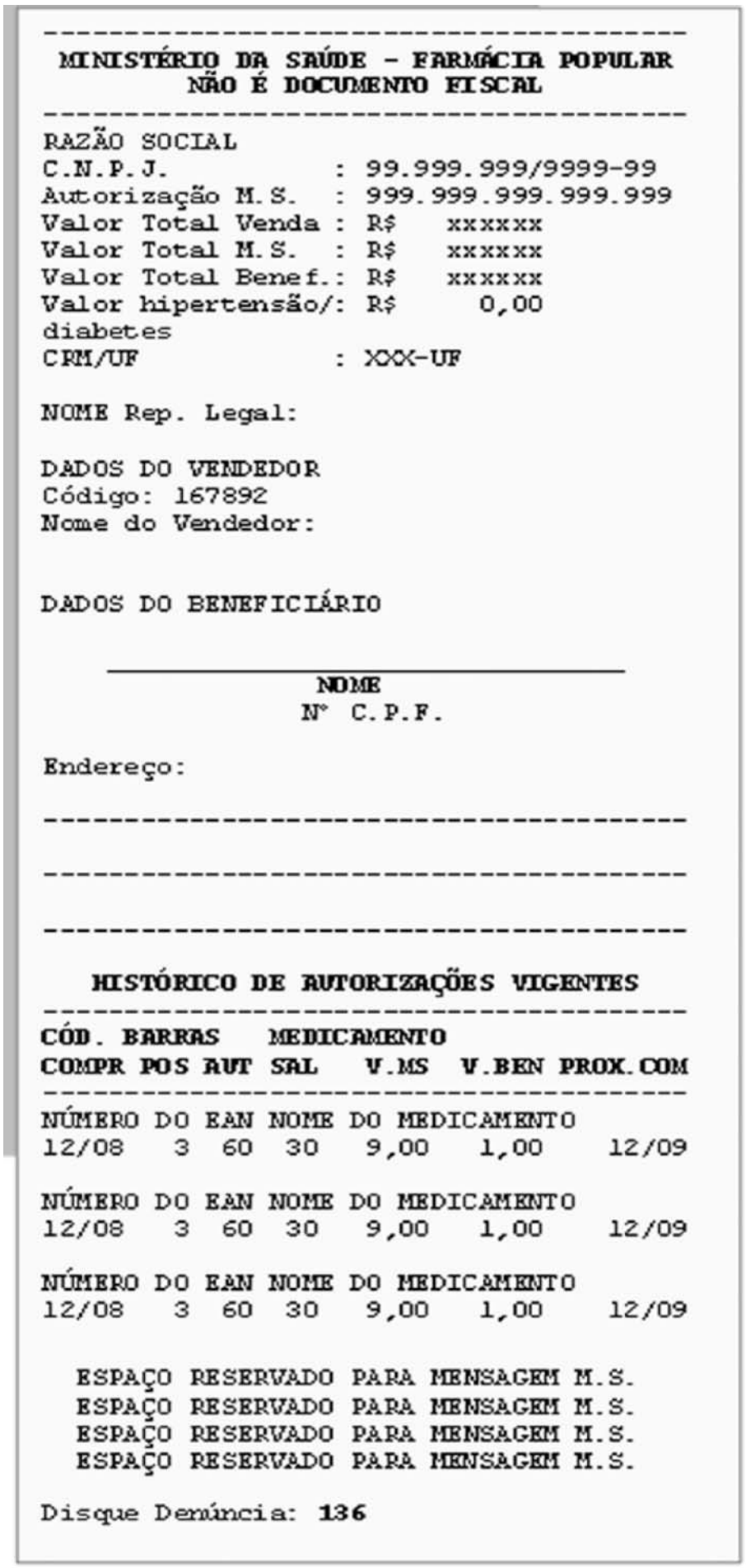
ELENCO DE MEDICAMENTOS DA REDE PRÓPRIA PARA O TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES MELLITUS E ASMA (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Anexo 4)

ELENCO DE MEDICAMENTOS DA REDE PRÓPRIA PARA O TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES MELLITUS E ASMA			
MEDICAMENTO / CORRELATO	APRESENTAÇÃO	UNIDADE DE CADASTRO	PREÇO DE DISPENSAÇÃO (R$)
Atenolol	25mg/comp.	Comprimido	0
Captopril	25mg/comp. sulcado	Comprimido	0
Enalapril	10mg/comp.	Comprimido	0
Enalapril	20mg/comp.	Comprimido	0
Furosemida	40mg/comp.	Comprimido	0
Glibenclamida	5mg/comp.	Comprimido	0
Hidroclorotiazida	25mg/comp.	Comprimido	0
Losartana	50mg/comp.	Comprimido	0
Metformina	500mg/comp.	Comprimido	0
Metformina	850mg/comp.	Comprimido	0
Metildopa	250mg/comp.rev.	Comprimido	0
Metildopa	500mg/comp.rev.	Comprimido	0
Nifedipina	20mg/comp.lib.cont.	Comprimido	0
Propranolol (Cloridrato)	40mg/comp.	Comprimido	0
Verapamila (Cloridrato)	80mg/comp.	Comprimido	0
Salbutamol (Sulfato)	2mg/comp. Sulcado	Comprimido	0
Salbutamol (Sulfato)	2mg/5ml/xpe.	Frasco 120 ml	0
Salbutamol (Sulfato)	2mg/5ml/xpe.	Frasco 125 ml	0

Anexo 5 do Anexo LXXVII

MODELO DE CUPOM VINCULADO DO AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Anexo 5)

MODELO DE CUPOM VINCULADO DO AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR



MINISTÉRIO DA SAÚDE - FARMÁCIA POPULAR
NÃO É DOCUMENTO FISCAL

RAZÃO SOCIAL
C.N.P.J. : 99.999.999/9999-99
Autorização M.S. : 999.999.999.999.999
Valor Total Venda : R$ xxxxxx
Valor Total M.S. : R$ xxxxxx
Valor Total Benef.: R$ xxxxxx
Valor hipertensão/: R$ 0,00
diabetes
CRM/UF : XXX-UF

NOME Rep. Legal:

DADOS DO VENDEDOR
Código: 167892
Nome do Vendedor:

DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME
Nº C.P.F.

Endereço:

HISTÓRICO DE AUTORIZAÇÕES VIGENTES

CÓD. BARRAS MEDICAMENTO
COMPR POS AUT SAL V.MS V.BEN PROX.COM

NÚMERO DO EAN NOME DO MEDICAMENTO
12/08 3 60 30 9,00 1,00 12/09

NÚMERO DO EAN NOME DO MEDICAMENTO
12/08 3 60 30 9,00 1,00 12/09

NÚMERO DO EAN NOME DO MEDICAMENTO
12/08 3 60 30 9,00 1,00 12/09

ESPAÇO RESERVADO PARA MENSAGEM M.S.
ESPAÇO RESERVADO PARA MENSAGEM M.S.
ESPAÇO RESERVADO PARA MENSAGEM M.S.
ESPAÇO RESERVADO PARA MENSAGEM M.S.

Disque Denúncia: 136

Anexo LXXVIII

NORMAS OPERACIONAIS DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL (PFPB) (Origem: PRT MS/GM 184/2011)

Art. 1º Aprovar as normas operacionais do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), na forma dos Capítulos, Seções e Anexos abaixo. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 184/2011, CAPÍTULO I)

Art. 2º O PFPB consiste na disponibilização de medicamentos e/ou correlatos à população, pelo Ministério da Saúde (MS), por meio dos meios descritos abaixo: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 2º)

I - a "Rede Própria", constituída por Farmácias Populares, em parceria com os estados, Distrito Federal, municípios e hospitais filantrópicos; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 2º, I)

II - o "Aqui Tem Farmácia Popular", constituído por meio de convênios com a rede privada de farmácias e drogarias. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 2º, II)

Art. 3º Na "Rede Própria", a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) será a executora das ações inerentes à aquisição, estocagem, comercialização e dispensação dos medicamentos, podendo para tanto firmar convênios com a União, estados, Distrito Federal, municípios e instituições, sob a supervisão direta e imediata do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 3º)

Art. 4º No "Aqui tem Farmácia Popular" a operacionalização do PFPB ocorrerá diretamente entre o Ministério da Saúde e a rede privada de farmácias e drogarias, mediante relação contratual regida pela Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 4º)

Art. 5º O elenco de medicamentos e/ou correlatos disponibilizados no âmbito do PFPB, bem como seus valores de referência e preços de dispensação, encontram-se previstos nos Anexos 1, 2, 3, 4 e 5 do Anexo LXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 5º)

Art. 6º No "Aqui Tem Farmácia Popular" e na "Rede Própria" os medicamentos definidos para o tratamento da hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus serão gratuitos aos usuários. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 6º)

Parágrafo Único. Quando os medicamentos para hipertensão arterial e diabetes mellitus forem comercializados com preço de venda menor que o valor de referência definido, o Ministério da Saúde pagará aos estabelecimentos credenciados no "Aqui tem Farmácia Popular" 100% (cem por cento) do valor de venda. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 7º Na "Rede Própria" a dispensação dos medicamentos e/ou correlato ocorrerá mediante o ressarcimento correspondente, tão somente, aos custos de produção ou aquisição, distribuição e dispensação, conforme valores de dispensação estabelecidos. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 7º)

Art. 8º No "Aqui Tem Farmácia Popular" o MS pagará até 90% (noventa por cento) do valor de referência estabelecido aos demais medicamentos e/ou correlato, sendo obrigatório o pagamento pelo paciente da diferença entre o percentual pago pelo Ministério da Saúde e o Preço de Venda. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 8º)

Art. 9º Para efeitos desta norma consideram-se as seguintes definições: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 9º)

I - concentrador: empresa terceirizada que já possui a comunicação com o sistema de vendas do Programa e irá prover os serviços, a qual é contratada pelas farmácias e drogarias da rede privada; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 9º, I)

II - medicamento: produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, que contém um ou mais fármacos juntamente com outras substâncias, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 9º, II)

III - correlato: a substância, produto, aparelho ou acessório não enquadrado nos conceitos de droga, medicamento ou insumo farmacêutico, cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, à higiene pessoal ou de ambientes, ou a fins diagnósticos e analíticos, os cosméticos e perfumes, e, ainda, os produtos dietéticos, óticos, de acústica médica, odontológicos e veterinários; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 9º, III)

IV - cupom fiscal: documento fiscal emitido em bobina de papel nas operações realizadas pelo equipamento fiscal; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 9º, IV)

V - cupom vinculado: documento não-fiscal emitido em bobina de papel nas operações realizadas pelo equipamento fiscal que contém as informações normatizadas referentes as vendas realizadas pelo Programa; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 9º, V)

VI - Denominação Comum Brasileira (DCB): denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo aprovada pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 9º, VI)

VII - princípio ativo: substância quimicamente caracterizada, cuja ação farmacológica é conhecida e responsável total ou parcialmente pelos efeitos terapêuticos do medicamento; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 9º, VII)

VIII - unidade de produto (up): fração unitária corresponde a uma unidade farmacotécnica do medicamento ou a fração unitária de produtos correlatos; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 9º, VIII)

IX - valor de referência (vr): preço referencial fixado pelo Ministério da Saúde para cada princípio ativo e correlato constante do Programa e definido para cada unidade de produto (up); (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 9º, IX)

X - preço de dispensação - rede própria (pd-rp): valor do medicamento e correlato fixado para as farmácias da rede própria do PFPB; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 9º, X)

XI - preço de venda - Aqui Tem (pv-at): valor do medicamento e correlato praticado pelas farmácias e drogarias no ato da venda ao paciente, inclusive com eventuais descontos. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 9º, XI)

CAPÍTULO II

DAS NORMAS DE OPERAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR

(Origem: PRT MS/GM 184/2011, CAPÍTULO II)

Seção I

DA FINALIDADE

(Origem: PRT MS/GM 184/2011, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 10. O Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular tem por objetivo disponibilizar à população por meio da rede privada de farmácias e drogarias os medicamentos e correlatos previamente definidos pelo Ministério da Saúde, nos termos do Anexo 2 do Anexo LXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 10)

Art. 11. O MS pagará até 90% (noventa por cento) do valor de referência estabelecido, sendo obrigatório o pagamento pelo paciente da diferença entre o percentual pago pelo MS e o Preço de Venda do medicamento e/ou correlato adquirido. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 11)

Art. 12. Nos casos em que o medicamento e/ou correlato forem comercializados com o preço de venda menor do que o valor de referência definido no Anexo 2 do Anexo LXXVIII , o Ministério da Saúde pagará 90% (noventa por cento) do preço de venda e o paciente a diferença. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 12)

Art. 13. Para o tratamento de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus o Ministério da Saúde pagará 100% (cem por cento) do valor de referência, não cabendo ao usuário o pagamento de qualquer complementação. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 13)

Parágrafo Único. Quando os medicamentos para hipertensão arterial e diabetes mellitus forem comercializados com preço de venda menor que o valor de referência definido no Anexo 1 do Anexo LXXVIII , o Ministério da Saúde pagará 100% do valor de venda. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 13, Parágrafo Único)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300492

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Seção II

DA ADESÃO AO PROGRAMA

(Origem: PRT MS/GM 184/2011, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 14. Poderão participar do PFPB as farmácias e drogarias que atenderem aos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 14)

I - requerimento e termo de adesão assinados pelo representante legal da empresa; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 14, I)

II - ficha cadastral preenchida; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 14, II)

III - inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), da Secretaria de Receita Federal do Brasil; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 14, III)

IV - registro na junta comercial; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 14, IV)

V - autorização de funcionamento emitida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ativa e válida, nos termos da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 238, de 27 de dezembro de 2001, ou licença de funcionamento expedida pelo órgão de vigilância sanitária local, regional ou estadual; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 14, V)

VI - farmacêutico responsável técnico com Certificado de Regularidade Técnica (CRT) válido e emitido pelo Conselho Regional de Farmácia (CRF); (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 14, VI)

VII - situação de regularidade com a Previdência Social; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 14, VII)

VIII - dispor de equipamento eletrônico habilitado para emissão de cupom fiscal e vinculado para processamento das operações eletrônicas do Programa, conforme detalhamento constante na Seção VII do Capítulo II; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 14, VIII)

IX - dispor de sistema de gerenciamento eletrônico capaz de realizar requisições eletrônicas, por meio de interface web; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 14, IX)

X - pessoal treinado para atuar no PFPB, de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 14, X)

§ 1º Ressalvado o disposto no inciso VI deste artigo, é dispensável, para a habilitação, a satisfação das exigências previstas nos arts. 28 a 31 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, por força do disposto em seu art. 32, § 1º. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 14, § 1º)

§ 2º Não poderão ser credenciadas novas filiais no programa, cuja matriz esteja passando por processo de auditoria no Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 14, § 2º)

Art. 15. Após a análise dos documentos, a adesão das farmácias e drogarias ao Programa será autorizada pelo MS, por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS), desde que atendidos os seguintes atos: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 15)

I - publicação no Diário Oficial da União (DOU); e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 15, I)

II - disponibilização de login e senha para o representante legal das farmácias e drogarias e login e senha para os atendentes para acesso ao Sistema Eletrônico de Autorização de Dispensação de Medicamentos e Correlatos (ADM). (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 15, II)

Art. 16. O login e senha provisórios e definitivos a serem utilizados nas transações do Programa serão enviados para o correio eletrônico indicado pelo estabelecimento credenciado em seu cadastro. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 16)

§ 1º Após a publicação da adesão e o cadastro no sistema, o estabelecimento receberá automaticamente um login e senha provisórias que para realizar testes de homologação de conexão entre o seu sistema eletrônico adotado e o Sistema Autorizador do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 16, § 1º)

§ 2º Após a conclusão dos testes de homologação, o estabelecimento deverá solicitar ao Ministério da Saúde o envio da senha e login definitivos para acesso ao ambiente de produção do Sistema Autorizador. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 16, § 2º)

§ 3º A senha definitiva permitirá, além da realização das transações de venda, o acesso ao link disponível em http://www.saude.gov.br/aquitemfarmaciapopular. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 16, § 3º)

Art. 17. A(s) senha(s) de acesso ao Sistema Autorizador é exclusiva do estabelecimento, sendo que o seu representante legal assume inteira responsabilidade pelo seu uso de acordo com as normas do Programa. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 17)

Art. 18. O estabelecimento credenciado poderá optar por conexão direta ou conexão indireta por meio de terceiros, no caso, concentrador, permanecendo, ainda assim, de inteira responsabilidade do estabelecimento credenciado o cumprimento de todas as normas do Programa. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 18)

§ 1º No caso de opção por conexão indireta, as farmácias e drogarias deverão informar, obrigatoriamente, no ato do cadastro, o CNPJ do concentrador. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 18, § 1º)

§ 2º Os concentradores ficam igualmente sujeitos ao cumprimento das regras estabelecidas para o Programa, podendo ser penalizados com o bloqueio da conexão ao sistema de vendas DATASUS. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 18, § 2º)

Art. 19. A publicação de que trata o art. 15, I configura a relação contratual estabelecida entre o Ministério da Saúde e a empresa, a qual será regida na forma da Lei nº 8.666, de 1993. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 19)

Art. 20. O Requerimento do Termo de Adesão (RTA) terá validade até o dia 30 (trinta) de abril de cada ano. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 20)

§ 1º A renovação do RTA não será automática. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 20, § 1º)

§ 2º As farmácias e drogarias que não efetuarem a renovação no prazo estipulado terão a conexão com o sistema de vendas DATASUS bloqueado até sua regularização. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 20, § 2º)

Seção III

DA AUTORIZAÇÃO DE COMERCIALIZAÇÃO E DA DISPENSAÇÃO DOS MEDICAMENTOS E CORRELATOS

(Origem: PRT MS/GM 184/2011, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 21. A Autorização de Dispensação de Medicamentos e Correlatos (ADM) será processada por meio eletrônico, em tempo real, com base no código de barras EAN da embalagem do medicamento e/ou do correlato. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 21)

Art. 22. As ADMs serão validadas pelo Ministério da Saúde quando contiverem todas as informações indicadas na Seção VII do Capítulo II, desde que atendidos todos os critérios do PFPB. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 22)

Art. 23. A cada operação, obrigatoriamente, o estabelecimento deve emitir duas vias do cupom fiscal e do cupom vinculado. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 23)

Art. 24. O cupom vinculado, obrigatoriamente, deverá conter as seguintes informações, conforme modelo sugerido no Anexo 5 do Anexo LXXVIII : (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 24)

I - nome completo do beneficiário ou seu representante legal, por extenso; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 24, I)

II - número do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) do beneficiário ou seu representante legal; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 24, II)

III - assinatura do beneficiário ou seu representante legal; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 24, III)

IV - endereço do beneficiário ou espaço para preenchimento; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 24, IV)

V - razão social e CNPJ da empresa; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 24, V)

VI - nome do responsável legal da empresa; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 24, VI)

VII - número de autorização do DATASUS; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 24, VII)

VIII - UF e Número de inscrição do médico no Conselho Regional de Medicina (CRM); (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 24, VIII)

IX - valor total da venda, do subsídio do MS, da parcela a ser paga pelo beneficiário e do custo-zero dos medicamentos para hipertensão arterial e diabetes melittus; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 24, IX)

X - data da compra; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 24, X)

XI - nome do medicamento, apresentação e/ou correlato; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 24, XI)

XII - código de barras do medicamento e/ou correlato; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 24, XII)

XIII - posologia diária ou prescrição diária; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 24, XIII)

XIV - quantidade autorizada; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 24, XIV)

XV - saldo atual (conforme posologia ou prescrição diária); (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 24, XV)

XVI - data da próxima compra; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 24, XVI)

XVII - identificação do operador da transação; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 24, XVII)

XVIII - número da Ouvidoria do Ministério da Saúde para consultas ou denúncias (0800 61 136). (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 24, XVIII)

Art. 25. O paciente, obrigatoriamente, deve assinar o cupom vinculado, sendo que uma via deve ser mantida pelo estabelecimento e a outra entregue ao paciente. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 25)

Art. 26. O estabelecimento deve manter por 5 (cinco) anos as vias assinadas dos cupons vinculados e cupons fiscais arquivadas em ordem cronológica de emissão, que deverão ser disponibilizados sempre que necessário. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 26)

Art. 27. Para a comercialização e a dispensação dos medicamentos e/ou correlatos no âmbito do PFPB, as farmácias e drogarias devem obrigatoriamente observar as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 27)

I - apresentação pelo paciente, de documento no qual conste o seu número de CPF, e sua fotografia; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 27, I)

II - apresentação de prescrição médica, no caso de medicamentos, ou prescrição, laudo ou atestado médico, no caso de correlatos, com as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 27, II)

a) número de inscrição do médico no CRM, assinatura e carimbo médico e endereço do consultório; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 27, II, a)

b) data da expedição da prescrição médica; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 27, II, b)

c) nome e endereço residencial do paciente. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 27, II, c)

§ 1º As farmácias e drogarias deverão providenciar uma cópia da prescrição, laudo ou atestado médico apresentado pelo paciente no ato da compra e mantê-la por 5 (cinco) anos para apresentação sempre que for solicitado. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 27, § 1º)

§ 2º Caberá as farmácias e drogarias manter por um prazo de 5 (cinco) anos para apresentação, sempre que necessário, as notas fiscais de aquisição dos medicamentos e/ou correlatos do PFPB junto aos fornecedores. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 27, § 2º)

Art. 28. Para os medicamentos do Programa, as prescrições terão validade de 120 (cento e vinte) dias, a partir de sua emissão, exceto para os contraceptivos, cuja validade é de 12 (doze) meses. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 28)

Parágrafo Único. As vendas posteriores aos períodos fixados no caput deste artigo devem necessariamente ser realizadas mediante a apresentação de nova prescrição. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 28, Parágrafo Único)

Art. 29. O quantitativo do medicamento solicitado deve corresponder à posologia mensal compatível com os consensos de tratamento da doença para o qual é indicado e a dispensação deve obedecer os limites definidos pelo Programa. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 29)

§ 1º Nos casos das prescrições que ultrapassam a quantidade mensal estabelecida, o interessado deverá enviar ao DAF/SCTIE/MS, a receita contendo os dados do usuário (nome, endereço e CPF) juntamente com um relatório feito pelo médico, classificando a patologia com o seu CID, justificando dessa forma a prescrição.(Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 29, § 1º)

§ 2º A autorização para a dispensação de medicamentos que ultrapassar a quantidade mensal (extra-teto) terá validade de 120 (cento e vinte) dias, podendo ser renovada por meio do envio da documentação atualizada ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 29, § 2º)

Art. 30. Para a comercialização de Fralda Geriátrica no âmbito do PFPB, as farmácias e drogarias obrigatoriamente devem observar as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 30)

I - disponibilizar fraldas geriátricas para incontinência de produtores que cumpram os requisitos técnicos estabelecidos pela Portaria nº 1480/GM/MS, de 31 de dezembro de 1990, e nº 10/RDC/ANVISA, de 21 de outubro de 1999; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 30, I)

II - para a dispensação de fraldas geriátricas para incontinência, o paciente deverá ter idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 30, II)

III - apresentação, pelo paciente, de documento no qual conste seu número de CPF, e sua fotografia. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 30, III)

Art. 31. Para as Fraldas Geriátricas do PFPB, as prescrições, laudos ou atestados médicos terão validade de 120 (cento e vinte) dias, a partir de sua emissão, podendo a retirada ocorrer a cada 10 (dez) dias, ficando limitado a 4 (quatro) unidades/dia de fralda. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 31)

Parágrafo Único. As vendas posteriores ao período fixado no caput deste artigo devem necessariamente ser realizadas mediante a apresentação de nova prescrição/laudo/atestado médico. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 31, Parágrafo Único)

Art. 32. Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da prescrição, laudo ou atestado médico, quando se enquadrar nas seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 32)

I - incapacidade nos termos dos art. 3º e 4º do Código Civil, desde que comprovado; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 32, I)

II - pessoas idosas, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 32, II)

§ 1º A dispensação dos medicamentos e/ou correlatos, nos casos previstos no art. 32, incisos I e II do Anexo LXXVIII , somente será realizada mediante apresentação dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 32, § 1º)

I - do paciente, titular da receita; CPF, RG ou certidão de nascimento; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 32, § 1º, I)

II - do representante legal, o qual assumirá, juntamente com o estabelecimento, as responsabilidades pela efetivação da transação: CPF e RG. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 32, § 1º, II)

§ 2º Considera-se representante legal aquele que for: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 32, § 2º)

I - declarado por sentença judicial; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 32, § 2º, I)

II - portador de instrumento público de procuração que outorgue plenos poderes ou poderes específicos para aquisição de medicamentos e/ou correlatos junto ao programa; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 32, § 2º, II)

III - portador de instrumento particular de procuração com reconhecimento de firma, que autorize a compra de medicamentos e/ou correlatos junto ao programa; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 32, § 2º, III)

IV - portador de identidade civil que comprove a dependência do menor de idade, titular da receita médica. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 32, § 2º, IV)

§ 3º As farmácias e drogarias deverão providenciar uma cópia da documentação prevista no § 1º e § 2º deste artigo no ato da compra e mantê-la por 5 (cinco) anos para apresentação sempre que for solicitada. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 32, § 3º)

§ 4º Aos usuários comprovadamente analfabetos, será aceita a digital no Cupom Vinculado, desde que o próprio paciente compareça ao estabelecimento credenciado para a aquisição dos medicamentos e/ou correlatos do PFPB, devendo uma cópia do RG do paciente ser providenciada pelo estabelecimento e arquivada por 5 (cinco) anos. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 32, § 4º)

Seção IV

DO PAGAMENTO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Origem: PRT MS/GM 184/2011, CAPÍTULO II, Seção IV)

Art. 33. O Ministério da Saúde efetuará os pagamentos para as farmácias e drogarias credenciados no mês subsequente, após o processamento das Autorizações de Dispensação de Medicamentos e Correlatos (ADM), validadas no mês anterior. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 33)

Art. 34. Para estabelecimentos matriz e filiais, os valores devidos serão agrupados e os pagamentos serão efetuados exclusivamente para a empresa matriz. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 34)

Art. 35. Os pagamentos serão efetuados em contas específicas abertas pelo Fundo Nacional de Saúde nos valores atestados pelo Diretor do DAF/SCTIE/MS, e observadas as normas próprias da administração financeira pública. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 35)

Art. 36. O atesto dos pagamentos terá por base as informações geradas pelo Sistema Autorizador DATASUS. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 36)

Art. 37. Para fins de verificação pelo estabelecimento credenciado, estará disponível em http://www.saude.gov.br/aquitemfarmaciapopular, os relatórios das transações realizadas, bem como as transações rejeitadas no processamento. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 37)

Seção V

DA IDENTIDADE VISUAL E DA PUBLICIDADE DO PROGRAMA

(Origem: PRT MS/GM 184/2011, CAPÍTULO II, Seção V)

Art. 38. As farmácias e drogarias credenciadas deverão obrigatoriamente exibir em seus estabelecimentos peças publicitárias que identifiquem o credenciamento ao PFPB, indicadas a seguir: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 38)

I - adesivo anti-falsificação fornecido pelo MS, sendo proibido sua reprodução, e que deverá ser utilizado próximo ao caixa de pagamento; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 38, I)

II - banner produzido pelo estabelecimento credenciado de acordo com as normas de publicidade do PFPB, a ser afixado na frente do estabelecimento credenciado; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 38, II)

III - tabela contendo os valores de referência contidos nos Anexos 1 e 2 do Anexo LXXVIII , disponível em http://www.saude.gov.br/aquitemfarmaciapopular. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 38, III)

§ 1º A logomarca do "Aqui Tem Farmácia Popular" não pode ser alterada e é obrigatório o uso do slogan ou marca do Governo Federal, vinculada à logomarca, bem como a inscrição do "Ministério da Saúde". (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 38, § 1º)

§ 2º É proibida a publicidade em domicílio de paciente ou o uso do nome do PFPB e das peças publicitárias fornecidas pelo Ministério da Saúde em qualquer tipo de manifestação diversa das previstas neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 38, § 2º)

§ 3º Não é permitido vincular o PFPB a outras marcas, promoções e/ou demais produtos do estabelecimento credenciado. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 38, § 3º)

Art. 39. Os estabelecimentos habilitados somente poderão utilizar material publicitário e fazer campanha publicitária quando iniciar as vendas, seguindo as diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde no Manual de Diretrizes para Aplicação em Peças Publicitárias específico do Programa, disponível em http://www.saude.gov.br/aquitemfarmaciapopular. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 39)

Art. 40. Não é permitido às farmácias e drogarias não-credenciadas, descredenciadas ou apenas "em fase de credenciamento" exibirem publicidade referente ao PFPB, uma vez que somente o processo de credenciamento não garante que o mesmo será aprovado. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 40)

Art. 41. O não-cumprimento das normas de publicidade do PFPB sujeitará o estabelecimento às penalidades previstas na Seção VI do Capítulo II. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 41)

Seção VI

DO CONTROLE, DO MONITORAMENTO E DAS PENALIDADES

(Origem: PRT MS/GM 184/2011, CAPÍTULO II, Seção VI)

Art. 42. As transações das empresas serão verificadas mensalmente, ou quando houver necessidade, segundo os dados processados pelo Sistema Autorizador de Vendas, para controle e monitoramento do Programa. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 42)

Art. 43. O Ministério da Saúde solicitará ao estabelecimento credenciado, sempre que necessário, a prestação de informações detalhadas sobre as suas operações, cópia das prescrições, laudos ou atestados médicos, das notas fiscais, dos cupons fiscais e vinculados, amostra de material publicitário e demais documentos comprobatórios das autorizações realizadas, as quais deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 10 (dez) dias. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 43)

Art. 44. O descumprimento de qualquer das regras dispostas neste Anexo e nos Anexos 1, 2, 3, 4 e 5 do Anexo LXXVIII pelas farmácias e drogarias caracteriza prática de irregularidade no âmbito do PFPB, sendo consideradas situações irregulares, dentre outras: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 44)

I - comercializar e dispensar medicamentos e/ou correlatos fora da estrita observância das regras de execução do PFPB, dispostas neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 44, I)

II - deixar de exigir a prescrição, laudo ou atestado médico, a apresentação do CPF e a assinatura do titular do CPF no cupom vinculado; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 44, II)

III - deixar de cobrar do paciente o pagamento da sua parcela referente à compra do(s) medicamento(s) e/ou correlato(s), salvo para as dispensações de medicamentos indicados para hipertensão arterial e diabetes mellitus que poderá atingir até 100% (cem por cento) do vr; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 44, III)

IV - comercializar e dispensar medicamentos e/ou correlatos do Programa em nome de terceiros, conforme disposto no art. 32; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 44, IV)

V - estornar a venda cancelada ou irregular, com prazo superior a 7 (sete) dias da consolidação da transação; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 44, V)

VI - comercializar medicamentos e correlatos com senha diversa daquela que foi conferida exclusivamente ao estabelecimento credenciado; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 44, VI)

VII - firmar convênios e parcerias com empresas, cooperativas e instituições congêneres para operações coletivas no âmbito do PFPB; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 44, VII)

VIII - fazer uso publicitário do PFPB fora das regras definidas neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 44, VIII)

IX - deixar de expor as peças publicitárias que identifiquem o credenciamento ao PFPB, estabelecidas no art. 38; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 44, IX)

X - cadastrar pacientes em nome do PFPB fora do estabelecimento, especialmente, em domicílio; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 44, X)

XI - entregar medicamentos e/ou correlatos do PFPB fora do estabelecimento, especialmente em domicílio, uma vez que a venda exige a presença do paciente no estabelecimento, munido dos documentos necessários; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 44, XI)

XII - deixar de observar as regras do órgão de vigilância sanitária para funcionamento do estabelecimento; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 44, XII)

XIII - permitir que pessoa distinta do titular da receita ou seu procurador legal assine em nome do paciente, o que poderá caracterizar falsidade ideológica; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 44, XIII)

XIV - rasurar quaisquer documentos necessários para a validação da venda dos itens constantes do elenco do programa; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 44, XIV)

XV - receber a prescrição, laudo ou atestado médico com data posterior a autorização consolidada; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 44, XV)

XVI - lançar no sistema de vendas do programa, informações divergentes das constantes na prescrição, laudo ou atestado médico e no documento do paciente; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 44, XVI)

XVII - dispensar medicamentos e/ou correlatos cuja prescrição, laudo ou atestado médico que já tiverem sido dispensados ou fornecidos, cuja comprovação se dê por meio da presença de carimbo com a inscrição fornecido; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 44, XVII)

XVIII - realizar a substituição do medicamento prescrito em desacordo com a legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 44, XVIII)

Parágrafo Único. O DAF/SCTIE/MS poderá, a qualquer tempo, requisitar os documentos que comprovam a regularidade das farmácias e drogarias junto ao órgão de vigilância sanitária. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 44, Parágrafo Único)

Art. 45. O DAF/SCTIE/MS suspenderá preventivamente os pagamentos e/ou a conexão com os Sistemas DATASUS sempre que detectar indícios ou notícias de irregularidade(s) na execução do PFPB pelos estabelecimentos. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 45)

§ 1º A empresa com suspeita de prática irregular será notificada pelo DAF/SCTIE/MS a apresentar, no prazo de 15 (quinze) dias, esclarecimentos e documentos sobre os fatos averiguados. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 45, § 1º)

§ 2º Com base na documentação apresentada pelo estabelecimento e não sanadas os indícios ou notícias de irregularidades, o DAF/SCTIE/MS solicitará ao DENASUS a instauração de procedimento para averiguação dos fatos. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 45, § 2º)

§ 3º Em casos excepcionais, o DAF/SCTIE/MS poderá solicitar ao DENASUS a instauração de procedimento para averiguação dos fatos, antes que seja oportunizado à empresa um prazo para apresentar esclarecimentos. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 45, § 3º)

Art. 46. Recebido o relatório conclusivo do procedimento instaurado pelo DENASUS, o DAF/SCTIE/MS, no prazo de 15 (quinze) dias, decidirá sobre o descredenciamento do estabelecimento, sem prejuízo da imposição das penalidades previstas no art. 87 da Lei nº 8.666, de 1993. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 46)

Parágrafo Único. O DAF/SCTIE/MS poderá, ainda, caso julgar cabível, encaminhar o relatório conclusivo dos trabalhos do DENASUS à Policia Federal e ao Ministério Público para a adoção das providências pertinentes, tendo em vista a atuação desses órgãos na apuração das infrações penais em detrimento de bens, serviços e interesses da União. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 46, Parágrafo Único)

Art. 47. Decidido pelo cancelamento, o estabelecimento será notificado para recolher aos cofres públicos o débito correspondente ao valor repassado pelo Ministério da Saúde nas transações consideradas irregulares, no prazo de 15 (quinze) dias, sem prejuízo da multa prevista no art. 49. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 47)

§ 1º Caso o valor não seja recolhido no prazo fixado no caput, será instaurada Tomada de Contas Especial pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 47, § 1º)

§ 2º Em conformidade com os ditames da Lei nº 10.522, de 19 de julho de 2002, será realizada a inscrição do nome da empresa no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN), sem prejuízo do ajuizamento da pertinente ação de cobrança pela Procuradoria da Fazenda Nacional. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 47, § 2º)

Art. 48. Ao estabelecimento com decisão de cancelamento definitivo que pretender pleitear a liquidação de eventual competência pendente caberá apresentar requerimentos por escrito ao DAF/SCTIE/MS, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da publicação de cancelamento. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 48)

Parágrafo Único. Recebido o requerimento, o DAF/SCTIE/MS solicitará a realização de nova auditoria pelo DENASUS no estabelecimento, o qual apurará o montante a ser liquidado, nos termos da legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 48, Parágrafo Único)

Art. 49. O descumprimento de qualquer das regras estabelecidas no presente instrumento ensejará à aplicação de multa de até 10% (dez por cento), calculada sobre o montante das vendas efetuadas no âmbito do PFPB referente ao último trimestre das transações consolidadas. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 49)

Parágrafo Único. Caso o estabelecimento tenha aderido ao Programa em um prazo menor que 90 (noventa) dias, o cálculo será realizado levando-se em consideração as vendas efetuadas desde a data da publicação da sua adesão. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 49, Parágrafo Único)

Art. 50. O estabelecimento e suas filiais, que forem descredenciado por motivo de irregularidades, se tiver interesse, somente poderá aderir ao Programa Farmácia Popular do Brasil/CoPagamento, novamente, após um período superior a 2 (dois) anos do cancelamento do contrato. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 50)

Parágrafo Único. A penalidade prevista no caput se estende ao proprietário ou empresário individual, aos sócios empresários e, ainda, o farmacêutico responsável à época em que foram praticadas as irregularidades que ocasionaram o cancelamento da empresa detentora do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) utilizado para a adesão ao Programa, que porventura pretenda abrir outro estabelecimento ou fazer novo cadastro para fins de adesão ao Programa. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 50, Parágrafo Único)

Seção VII

DO PROCESSAMENTO ELETRÔNICO DAS AUTORIZAÇÕES DAS DISPENSAÇÕES DE MEDICAMENTOS E CORRELATOS

(Origem: PRT MS/GM 184/2011, CAPÍTULO II, Seção VII)

Art. 51. O processamento eletrônico da Autorização de Dispensação de Medicamentos e Correlatos (ADM) é composto de três fases, onde em cada uma das fases, o estabelecimento credenciado envia dados ao Sistema Autorizador referente à transação que, por sua vez, verificará as informações constantes em sua base de dados e retornará à verificação dos dados. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 51)

Art. 52. A primeira fase do processo eletrônico só poderá ser realizada mediante a utilização de solução de segurança fornecida pelo Ministério da Saúde nas seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 52)

I - a solução de segurança será responsável pela identificação da estação de trabalho (computador) e da transação; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 52, I)

II - a identificação da transação é obtida através da solução de segurança; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 52, II)

III - cada estação de trabalho (computador) deve ser identificada e cadastrada junto ao Ministério da Saúde para realização da dispensação, conforme orientações a seguir: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 52, III)

a) o cadastramento é de responsabilidade das farmácias e drogarias; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 52, III, a)

b) as farmácias e drogarias são responsáveis pelas informações fornecidas; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 52, III, b)

c) o cadastramento deve ser realizado exclusivamente pela internet. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 52, III, c)

§ 1º É de responsabilidade do estabelecimento a instalação, configuração e integração da solução de segurança. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 52, § 1º)

§ 2º O descumprimento dos requisitos previstos neste artigo invializará a venda. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 52, § 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 726/2011)

Art. 53. Todas as fases do processo eletrônico só poderão ser realizadas mediante autenticação eletrônica do atendente com as seguintes determinações: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 53)

I - o cadastramento de todos os atendentes é de responsabilidade das farmácias e drogarias; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 53, I)

II - as farmácias e drogarias são responsáveis pelas informações fornecidas; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 53, II)

III - o cadastramento deve ser realizado exclusivamente pela internet. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 53, III)

Art. 54. Na primeira fase do processo eletrônico, o estabelecimento informará os seguintes dados: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 54)

I - código da solicitação; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 54, I)

II - CNPJ do estabelecimento; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 54, II)

III - CPF do paciente; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 54, III)

IV - CRM do médico que emitiu a prescrição; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 54, IV)

V - unidade federativa que emitiu o CRM do médico prescritor; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 54, V)

VI - data de emissão da prescrição; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 54, VI)

VII - identificador da transação; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 54, VII)

VIII - lista de medicamentos e correlatos, na qual para cada item deverá ser informado: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 54, VIII)

a) código de barras EAN da apresentação do medicamento e do correlato; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 54, VIII, a)

b) quantidade solicitada, em unidade conforme definida pelo Programa; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 54, VIII, b)

c) valor unitário do medicamento e correlato; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 54, VIII, c)

d) quantidade diária prescrita; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 54, VIII, d)

IX - login das farmácias e drogarias; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 54, IX)

X - senha das farmácias e drogarias; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 54, X)

XI - login do atendente das farmácias e drogarias; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 54, XI)

XII - senha do atendente das farmácias e drogarias. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 54, XII)

Art. 55. Na segunda fase, após ter recebido a confirmação da primeira fase, o estabelecimento deve informar ao Sistema Autorizador os dados que fazem parte do processo de autorização. Os dados são: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 55)

I - código da solicitação, enviado na primeira fase; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 55, I)

II - número da pré-autorização gerado pelo Sistema Autorizador e recebido pelo estabelecimento; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 55, II)

III - número do cupom fiscal gerado pelo estabelecimento; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 55, III)

IV - login das farmácias e drogarias; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 55, IV)

V - senha das farmácias e drogarias; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 55, V)

VI - login do atendente das farmácias e drogarias; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 55, VI)

VII - senha do atendente das farmácias e drogarias. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 55, VII)

§ 1º O Sistema Autorizador confirmará os medicamentos e correlatos autorizados ou uma mensagem e código de erro em casos de não autorização. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 55, § 1º)

§ 2º Os códigos de retorno do sistema autorizador estão disponíveis em www.saude.gov.br/aquitemfarmaciapopular e também no endereço eletrônico do PFPB. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 55, § 2º)

§ 3º As transações realizadas com mais de um medicamento e/ou correlato retornarão com a mesma autorização. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 55, § 3º)

Art. 56. Na terceira e última fase, o estabelecimento confirmará o recebimento da pré-autorização e enviará os seguintes dados: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 56)

I - número da pré-autorização; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 56, I)

II - número do cupom fiscal gerado pelo estabelecimento; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 56, II)

III - lista de medicamentos e correlatos autorizados com as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 56, III)

a) código de barras (EAN) da apresentação do medicamento e do correlato; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 56, III, a)

b) quantidade autorizada em unidades de produto (up); (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 56, III, b)

c) valor da parcela do MS informado pelo Sistema Autorizador; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 56, III, c)

d) valor da parcela do paciente informada pelo Sistema Autorizador; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 56, III, d)

IV - login das farmácias e drogarias; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 56, IV)

V - senha das farmácias e drogarias; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 56, V)

VI - login do atendente das farmácias e drogarias; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 56, VI)

VII - senha do atendente das farmácias e drogarias. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 56, VII)

Parágrafo Único. O estabelecimento receberá confirmação e finalização do processo de autorização da dispensação dos medicamentos e dos correlatos. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 56, Parágrafo Único)

Art. 57. Para eventual estorno de transações já efetuadas serão necessários os seguintes dados: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 57)

I - número da autorização; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 57, I)

II - número do cupom fiscal; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 57, II)

III - CNPJ do estabelecimento; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 57, III)

IV - lista de medicamentos e correlatos, na qual para cada item deverá ser informado: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 57, IV)

a) código de barras EAN da apresentação do medicamento e correlato; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 57, IV, a)

b) quantidade a ser estornada. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 57, IV, b)

V - login das farmácias e drogarias; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 57, V)

VI - senha das farmácias e drogarias; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 57, VI)

VII - login do atendente das farmácias e drogarias; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 57, VII)

VIII - senha do atendente das farmácias e drogarias. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 57, VIII)

Art. 58. A configuração da conexão do sistema eletrônico das farmácias e drogarias com o Sistema Autorizador se dará pelo envio automático de mensagem eletrônica com o usuário e senha para o endereço fornecido pelo estabelecimento no momento do cadastro no Programa. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 58)

Art. 59. Em http://www.saude.gov.br/aquitemfarmaciapopular, estão disponíveis informações técnicas do Programa, bem como do processamento por meio do sistema eletrônico. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 59)

CAPÍTULO III

DAS NORMAS DE OPERAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA REDE PRÓPRIA

(Origem: PRT MS/GM 184/2011, CAPÍTULO III)

Seção I

DA DISPENSAÇÃO DOS MEDICAMENTOS E CORRELATOS NAS UNIDADES DA REDE PRÓPRIA DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR

(Origem: PRT MS/GM 184/2011, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 60. A dispensação de medicamentos e correlatos na Rede Própria do PFPB ocorrerá mediante o ressarcimento correspondente, tão somente, aos custos de produção ou aquisição, distribuição e dispensação, conforme valores de dispensação descritos no Anexo 2 do Anexo LXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 60)

Parágrafo Único. A dispensação de que trata o caput ocorrerá de acordo com o Manual de Procedimentos Operacionais Padrão e pelo Manual Básico. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 60, Parágrafo Único)

Art. 61. Os medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial e diabetes mellitus serão dispensados gratuitamente pelas unidades do Programa. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 61)

Art. 62. Os procedimentos para dispensação dos medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial e diabetes mellitus ocorrerão por meio do sistema de vendas DATASUS, de acordo com as regras definidas na Seção III do Capítulo II: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 62)

I - apresentação pelo paciente, de documento no qual conste o número de CPF, e sua fotografia; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 62, I)

II - apresentação de prescrição dentro do prazo de validade de 120 (cento e vinte) dias a partir de sua emissão; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 62, II)

III - o quantitativo de medicamento dispensado deve corresponder à posologia mensal compatível com os consensos de tratamento da doença para o qual é indicado e a dispensação deve obedecer os limites definidos pelo PFPB. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 62, III)

Seção II

MODELO DE GESTÃO DA REDE PRÓPRIA

(Origem: PRT MS/GM 184/2011, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 63. O PFPB realizado em ação conjunta entre o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), será coordenado por um Conselho Gestor, vinculado diretamente à SCTIE/MS. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 63)

Parágrafo Único. O Conselho Gestor do PFPB terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 63, Parágrafo Único)

I - três representantes da SCTIE/MS, sendo um deles o Diretor do DAF/SCTIE/MS, que o coordenará; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 63, Parágrafo Único, I)

II - três representantes indicados pela Presidência da FIOCRUZ. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 63, Parágrafo Único, II)

Art. 64. As atividades do PFPB serão desenvolvidas de acordo com a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, pela FIOCRUZ, por meio da Gerência Técnica e da Gerência Administrativa do Programa Farmácia Popular do Brasil e pelo Ministério da Saúde, por meio da SCTIE/MS, sob a responsabilidade do DAF/SCTIE/MS.(Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 64)

Art. 65. Ao Conselho Gestor do Programa Farmácia Popular do Brasil compete: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 65)

I - aprovar anualmente o Plano de Metas e o Plano de Desenvolvimento; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 65, I)

II - aprovar anualmente o Relatório de Gestão do PFPB; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 65, II)

III - monitorar a execução orçamentária e a movimentação financeira; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 65, III)

IV - acompanhar as propostas de convênios com instituições públicas ou privadas que visem apoiar o desenvolvimento do PFPB; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 65, IV)

V - aprovar o Manual Básico do PFPB; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 65, V)

VI - orientar e participar da formulação de indicadores de resultados e do impacto do PFPB; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 65, VI)

VII - sugerir a habilitação de parceiros e a celebração de convênios que se façam necessárias, não-previstas ou contempladas nas normas e requisitos estabelecidos; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 65, VII)

VIII - propor o elenco de medicamentos e/ou correlatos, e definição do preço de dispensação a ser disponibilizado pelo PFPB. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 65, VIII)

Art. 66. À Gerência Técnica do Programa Farmácia Popular do Brasil compete: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 66)

I - monitorar a qualidade dos serviços prestados pelas unidades vinculadas ao PFPB; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 66, I)

II - coordenar as ações de formação e capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento das atividades; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 66, II)

III - coordenar as ações de atenção e de informação ao usuário, aos profissionais de saúde e aos parceiros; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 66, III)

IV - promover a avaliação permanente da lista de produtos e serviços disponibilizados; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 66, IV)

V - coordenar a elaboração de manuais e procedimentos operacionais referentes a todas as atividades técnicas e às ações desenvolvidas nas farmácias. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 66, V)

Art. 67. À Gerência Administrativa do Programa Farmácia Popular do Brasil compete: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 67)

I - dar suporte à instalação e à manutenção de unidades mediante a celebração de convênios ou parceria entre o Ministério da Saúde, a FIOCRUZ e os Municípios, os Estados, o Distrito Federal e Instituições; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 67, I)

II - acompanhar e monitorar o gerenciamento das farmácias do PFPB; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 67, II)

III - participar do planejamento de aquisição de produtos, de reposição de estoques de produtos, outros insumos materiais, equipamentos e contratação de serviços necessários para implantação das unidades do PFPB; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 67, III)

IV - acompanhar os processos de logística referentes à guarda, ao transporte e à distribuição de medicamentos e correlatos, insumos diversos, materiais e equipamentos das unidades do PFPB; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 67, IV)

V - aprovar os projetos das instalações e áreas físicas das farmácias a serem implantadas pelos municípios, estados, Distrito Federal e entidades conveniadas, visando adequação ao disposto no Manual Básico do Programa Farmácia Popular do Brasil. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 67, V)

Art. 68. Ao DAF/SCTIE/MS compete: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 68)

I - estabelecer mecanismos de controle e monitoramento da implementação, do desenvolvimento e dos resultados do PFPB; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 68, I)

II - supervisionar por meio de suas coordenações, as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 68, II)

a) instrução dos processos administrativos de habilitação de municípios, estados e Distrito Federal e pela celebração de convênios com as instituições autorizadas; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 68, II, a)

b) instrução dos processos administrativos de habilitação de empresas parceiras, nos termos deste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 68, II, b)

c) emissão dos pareceres sobre as solicitações de habilitações de Municípios, Estados e Distrito Federal segundo procedimentos e critérios definidos no Manual Básico do PFPB; (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 68, II, c)

d) emissão dos pareceres sobre as solicitações de celebração de convênios com instituições autorizadas, segundo procedimentos e critérios definidos no Manual Básico do PFPB; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 68, II, d)

e) emissão dos pareceres sobre as solicitações de credenciamento de empresas parceiras nos termos deste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 68, II, e)

Art. 69. As definições estratégicas, bem como as normas para adesão e manutenção do PFPB, instalação e gestão das Unidades, repasses de recursos fundo a fundo, celebração de convênios, monitoramento, avaliação e controle estão previstas no "Programa Farmácia Popular do Brasil - Manual Básico", disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROGRAMA_FARMACIA_POPULAR.pdf. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 70)

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 184/2011, CAPÍTULO IV)

Art. 70. Eventuais conflitos decorrentes da relação contratual firmada no âmbito PFPB, não resolvidos pela via administrativa, serão dirimidos pela Justiça Federal da 1ª Região, Circunscrição Judiciária do Distrito Federal (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 71)

Art. 71. A qualquer tempo, o estabelecimento poderá requerer por intermédio de Ofício com os dados da empresa, assinado com firma reconhecida, a sua exclusão do PFPB, que se efetivará no prazo máximo de 30 (trinta) dias. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 72)

Art. 72. O MS manterá informações e orientações sistemáticas sobre a operação do PFPB em http://www.saude.gov.br/aquitemfarmaciapopular, em que constará inclusive o Anexo LXXVIII. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 73)

Anexo 1 do Anexo LXXVIII

ELENCO DE MEDICAMENTOS DO AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR PARA O TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Anexo 1)

Indicação: Hipertensão Arterial

Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Captopril 25 mg, comprimido	1 (um) comprimido	0,28	0,28
Maleato de enalapril 10 mg, comprimido	1 (um) comprimido	0,39	0,39
Cloridrato de propranolol 40 mg, comprimido	1 (um) comprimido	0,08	0,08
Atenolol 25 mg, comprimido	1 (um) comprimido	0,19	0,19
Hidroclorotiazida 25 mg, comprimido	1 (um) comprimido	0,08	0,08
Losartana Potássica 50 mg	1 (um) comprimido	0,32	0,32

Indicação: Diabetes Mellitus

Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Glibenclamida 5 mg, comprimido	1 (um) comprimido	0,12	0,12
Cloridrato de metformina 500 mg, comprimido	1 (um) comprimido	0,13	0,13
Cloridrato de metformina 850 mg, comprimido	1 (um) comprimido	0,16	0,16
Insulina Humana NPH 100 UI/ml - suspensão injetável, frasco-ampola 10 ml	1 (um) frasco/ampola 10ml	26,55	26,55
Insulina Humana NPH 100 UI/ml - suspensão injetável, frasco-ampola 5 ml	1 (um) frasco/ampola 5ml	13,27	13,27
Insulina Humana NPH 100 UI/ml - suspensão injetável, refil 3ml (carpule)	1 (um) refil 3ml	7,96	7,96
Insulina Humana NPH 100 UI/ml - suspensão injetável, refil 1,5ml (carpule)	1 (um) refil 1,5ml	3,99	3,99
Insulina Humana Regular 100 UI/ml, solução injetável, frasco-ampola 10 ml	1 (um) frasco/ampola 10ml	26,55	26,55
Insulina Humana Regular 100 UI/ml, solução injetável, frasco-ampola 5 ml	1 (um) frasco/ampola 5ml	13,27	13,27
Insulina Humana Regular 100UI/ml, solução injetável, refil 3ml (carpules)	1 (um) refil 3ml	7,96	7,96
Insulina Humana Regular 100UI/ml, solução injetável, refil 1,5ml (carpules)	1 (um) refil 1,5ml	3,99	3,99

Anexo 2 do Anexo LXXVIII

ELENCO DE MEDICAMENTOS E CORRELATOS DO AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Anexo 2)

Indicação: Contracepção

Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg, ampola	1 (uma) ampola	11,31	10,17
Norestisterona 0,35 mg, comprimido - cartela com 35 comprimidos	1 (uma) cartela	4,96	4,46
Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg, comprimido - cartela com 21 comprimi- dos	1 (uma) cartela	4,19	3,77
Acetato de medroxiprogesterona 150 mg, ampola	1 (uma) ampola	12,36	11,12

Indicação: Dislipidemia

Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Sinvastatina 10 mg comprimido	1 (um) comprimido	0,26	0,23
Sinvastatina 20 mg comprimido	1 (um) comprimido	0,51	0,46
Sinvastatina 40 mg comprimido	1 (um) comprimido	0,99	0,89

Indicação: Asma

Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Sulfato de Salbutamol 5 mg/ml - Solução Inalação	1 (um) mililitro	0,88	0,79
Sulfato de Salbutamol 100 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado	1 (uma) dose	0,10	0,09
Brometo de Ipratrópio 0,25 mg/ml - Ad- ministração pulmonar, solução para inalação	1 (um) mililitro	0,27	0,24
Brometo de Ipratrópio 0,02 mg/dose - Ad- ministração pulmonar, inalador doseado	1 (uma) dose	0,06	0,05
Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado	1 (uma) dose	0,13	0,12
Dipropionato de Beclometasona 200 mcg/cápsula - Administração pulmonar, cápsulas inalantes	1 (uma) cápsula	0,25	0,23
Dipropionato de Beclometasona 200 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado	1 (uma) dose	0,25	0,23
Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado	1 (uma) dose	0,15	0,14

Indicação: Rinite

Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Budesonida 50 mcg/dose - Adminsitração tópica nasal doseada	1 (uma) dose	0,13	0,12
Budesonida 32 mcg/dose - Adminsitração tópica nasal doseada	1 (uma) dose	0,09	0,08

Indicação: Doença de Parkinson

Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg	1 (um) comprimido	0,64	0,58
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levo- dopa 100 mg	1 (um) comprimido	1,17	1,05

Indicação: Osteoporose

Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Alendronato de Sódio 70 mg	1 (um) comprimido	3,74	3,37

Indicação: Glaucoma

Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Maleato de Timolol 0,25% - Solução Oftalmológica	1 (um) mililitro	0,40	0,36
Maleato de Timolol 0,50% - Solução Oftalmológica	1 (um) mililitro	0,96	0,86

Indicação: Incontinência

Produto de higiene	Unidade	Valor de referência por tira	Valor máximo para pagamento pelo MS
Fralda geriátrica	1 (uma) tira	0,71	0,64

Anexo 3 do Anexo LXXVIII

ELENCO DE MEDICAMENTOS E CORRELATOS DA REDE PRÓPRIA (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Anexo 3)

It..	MEDICAMENTO / CORRELATO	APRESENTAÇÃO	UNIDADE DE CADASTRO	PREÇO DE DISPENSAÇÃO (R$)
1	Acetato de medroxiprogesterona	150 mg/ml	Ampola	1,24
2	Aciclovir	200mg/comp.	Comprimido	0,28
3	Ácido Acetilsalicílico	500mg/comp.	Comprimido	0,035
4	Ácido Acetilsalicílico	100mg/comp.	Comprimido	0,03
5	Ácido Fólico	5mg/comp.	Comprimido	0,054
6	Albendazol	400mg/comp. mastigável	Comprimido	0,56
7	Alendronato de Sódio*	70 mg/comp.	Comprimido	0,37
8	Alopurinol	100mg/comp.	Comprimido	0,08
9	Amiodarona	200mg/comp.	Comprimido	0,2
10	Amitriptilina(Cloridrato)	25mg/comp.	Comprimido	0,22
11	Amoxicilina	500mg/cáps.	Cápsula	0,19
12	Amoxicilina	250mg/5ml/pó p/susp. oral	Frasco 60 ml	1,96
13	Amoxicilina	250mg/5ml/pó p/susp. oral	Frasco 150 ml	4,9
14	Azatioprina	50mg/comp.	Comprimido	1,4
15	Azitromicina	500mg/comp.	Comprimido	2,64
16	Benzilpenicilina Benzatina	1.200.000ui/pó p/sus. inj.	Frasco-ampola	1,5
17	Benzilpenicilina Procaína+Potássica	300.000+100.000ui/pó/sus. inj.	Frasco-ampola	1,5
18	Benzoato de Benzila	200mg/ml/emulsão	Frasco 100 ml	1,4
19	Benzoato de Benzila	200mg/ml/emulsão	Frasco 60 ml	1,1
20	Biperideno	2mg/comp.	Comprimido	0,073
21	Brometo de n-butilescopolamina	10 mg/frasco	frasco de 20 ml	3,9
22	Carbamazepina	200mg/comp.	Comprimido	0,13

23	Carbidopa + Levodopa	25mg + 250mg/comp.	Comprimido	0,48
24	Cefalexina(Cloridrato ou Sal Sódico)	500mg/cáps.	Cápsula	0,4
25	Cefalexina(Cloridrato ou Sal Sódico)	250mg/5ml/susp. oral	Frasco 60 ml	4,96
26	Cefalexina(Cloridrato ou Sal Sódico)	250mg/5ml/susp. oral	Frasco 125 ml	10
27	Cetoconazol	200mg/comp.	Comprimido	0,23
28	Ciprofloxacino	500mg/comp.	Comprimido	0,38
29	Clonazepam*	2mg/comp	Comprimido	0,06
30	Cloreto de Potássio	60mg/ml/xpe.	Frasco 100 ml	1,88
31	Cloreto de Sódio 0,9%	9mg/ml/sol. nasal	Frasco	0,95
32	Clorpromazina	25mg/comp.	Comprimido	0,1
33	Clorpromazina	100mg/comp.	Comprimido	0,125
34	Dexametazona	Crem.0,1%	Tubo	1
35	Dexclorfeniramina(Maleato)	2mg/comp.	Comprimido	0,06
36	Dexclorfeniramina(Maleato)	0,4mg/sol. Oral	Frasco 120 ml	2,07
37	Diazepam	5mg/comp.sulcado	Comprimido	0,04
38	Diazepam	10mg/comp.sulcado	Comprimido	0,08
39	Digoxina	0,25mg/comp.	Comprimido	0,06
40	Dipirona	500mg/ml gts	Frasco 10 ml	0,7
41	Doxiciclina	100mg/comp.	Comprimido	0,38
42	Enantato de Noretisterona+Valerato de Estradiol	50mg+5mg/injetável	Seringa 1 ml	1,13
43	Eritromicina(Estearato ou Etilsuccinato)	125mg/5ml/susp. oral	Frasco 60 ml	2,3
44	Eritromicina(Estearato ou Etilsuccinato)	500mg/comp./cáps.	Comprimido	0,54
45	Etinilestradiol+Levonorgestrel	0,03mg+0,15mg/comp	Cartela c/ 21 cápsulas	0,42
46	Fenitoína	100mg/comp.	compimido	0,1
47	Fenobarbital	100mg/comp.	Comprimido	0,06
48	Fluconazol	100mg/rev.	Cápsula	0,95
49	Fluconazol	150mg/rev.	Cápsula	0,95
50	Fluoxetina*	20mg/comp.	Comprimido	0,06
51	Haloperidol	1mg/comp.	Comprimido	0,08
52	Haloperidol	5mg/comp.	Comprimido	0,12
53	Haloperidol	2mg/ml/sol. oral	Frasco 20 ml	1,94
54	Ibuprofeno	300mg/comp.	Comprimido	0,16
55	Levonorgestrel	0,75mg/comp.	Comprimido	3,47
56	Loratadina*	10mg/comp.	Comprimido	0,05
57	Mebendazol	100mg/comp.	Comprimido	0,05
58	Mebendazol	100mg/5ml/sup. Oral	Frasco 30 ml	1,1
59	Metoclopramida (Cloridrato)	10mg/comp.	Comprimido	0,04
60	Metoclopramida (Cloridrato)	4mg/ml/sol.oral	Frasco 10 ml	0,75
61	Metronidazol	250mg/comp.	Comprimido	0,1
62	Metronidazol	5% creme vaginal	Tubo 50 gramas	2,15
63	Metronidazol (Benzoato)	200mg/5ml/susp. oral	Frasco 100 ml	2,4
64	Miconazol (Nitrato)	2%/locão	Frasco 30 ml	1,86
65	Miconazol (Nitrato)	2%/pó	Frasco 30 ml	4,95
66	Monitrato de Isossorbida	20mg/comp.	Comprimido	0,1
67	Neomicina (Sulfato) + Bacitracina (Zín- cica)	5mg + 250ui/g/pom.	Tubo 10 gramas	1,35
68	Neomicina (Sulfato) + Bacitracina (Zín- cica)	5mg + 250ui/g/pom.	Tubo 15 gramas	2,02
69	Nistatina	25.000 UI/crem. Vaginal	Tubo 60 gramas	2,28
70	Nistatina	25.000 UI/crem. Vaginal	Tubo 50 gramas	1,9
71	Nistatina	100.000 UI/ml/ susp. Oral	Frasco 30 ml	3,62
72	Noretisterona	0,35mg/comp.	Cartela c/ 35 comprimi- dos	0,5
73	Omeprazol	20mg/cáps.	Cápsula	0,23
74	Paracetamol	500mg/comp.	Comprimido	0,09
75	Paracetamol	200mg/ml/sol. Oral gts	Frasco 10 ml	0,85
76	Paracetamol	200mg/ml/sol. Oral gts	Frasco 15 ml	1,27
77	Paracetamol	100mg/ml/sol. oral gts.	Frasco 10 ml	0,7
78	Paracetamol	100mg/ml/sol. oral gts.	Frasco 15 ml	1
79	Prednisona	20mg/comp.	Comprimido	0,18
80	Prednisona	5mg/comp.	Comprimido	0,08
81	Prometazina (Cloridrato)	25mg/comp.	Comprimido	0,12
82	Ranitidina	150mg/comp.	Comprimido	0,12
83	Sais p/ Reidratação Oral	pó p/sol. Oral	Envelope 27,9 gramas	0,6
84	Salbutamol (Sulfato)	2mg/comp. Sulcado	Comprimido	0,04
85	Salbutamol (Sulfato)	2mg/5ml/xpe.	Frasco 120 ml	1,15
86	Salbutamol (Sulfato)	2mg/5ml/xpe.	Frasco 125 ml	1,2
87	Sinvastatina	20mg/comp.	Comprimido	0,38
88	Sulfametoxazol + Trimetoprima	400mg + 80mg/comp.	Comprimido	0,08
89	Sulfametoxazol + Trimetoprima	200mg + 40mg/5ml/susp. Oral	Frasco 50 ml	1,45
90	Sulfametoxazol + Trimetoprima	200mg + 40mg/5ml/susp. Oral	Frasco 60 ml	1,74
91	Sulfametoxazol + Trimetoprima	200mg + 40mg/5ml/susp. Oral	Frasco 100 ml	2,9
92	Sulfasalazina	500mg/comp.	Comprimido	0,4
93	Sulfato Ferroso	40mg Fe(II)/comp. rev.	Comprimido	0,04
94	Sulfato Ferroso	25mg/ml Fe(II)/sol. Oral	Frasco 30 ml	0,75
95	Tiabendazol	5%/pom.	Tubo 20 gramas	2,89
96	Valproato de Sódio	50mg/ml/xpe.	Frasco 100 ml	4,05
97	Preservativo Masculino		unidade	0,3

* Disponíveis nas unidades do Programa a partir de 15 de março de 2011.

Anexo 4 do Anexo LXXVIII

ELENCO DE MEDICAMENTOS DA REDE PRÓPRIA PARA O TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Anexo 4)

It.	MEDICAMENTO / CORRELATO	APRESENTAÇÃO	UNIDADE DE CADASTRO	PREÇO DE DISPENSAÇÃO (R$)
1	Atenolol	25mg/comp.	Comprimido	0,00
2	Captopril	25mg/comp. sulcado	Comprimido	0,00
3	Enalapril	10mg/comp.	Comprimido	0,00
4	Enalapril	20mg/comp.	Comprimido	0,00
5	Furosemida	40mg/comp.	Comprimido	0,00
6	Glibenclamida	5mg/comp.	Comprimido	0,00
7	Hidroclorotiazida	25mg/comp.	Comprimido	0,00
8	Losartana*	50mg/comp.	Comprimido	0,00
9	Metformina	500mg/comp.	Comprimido	0,00
10	Metformina	850mg/comp.	Comprimido	0,00
11	Metildopa	250mg/comp.rev.	Comprimido	0,00
12	Metildopa	500mg/comp.rev.	Comprimido	0,00
13	Nifedipina	20mg/comp.lib.cont.	Comprimido	0,00
14	Propranolol (Cloridrato)	40mg/comp.	Comprimido	0,00
15	Verapamila(Cloridrato)	80mg/comp.	Comprimido	0,00

* Disponível nas unidades do Programa a partir de 15 de março de 2011

Anexo 5 do Anexo LXXVIII

MODELO DE CUPOM VINCULADO DO AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Anexo 5)

MINISTÉRIO DA SAÚDE - FARMÁCIA POPULAR NÃO É DOCUMENTO FISCAL

RAZÃO SOCIAL

C.N.P.J. : 99.999.999/9999-99 Autorização M.S. : 999.999.999.999.999

Valor Total Venda : R$ xxxxxx Valor Total M.S. : R$ xxxxxx Valor Total Benef.: R$ xxxxxx Valor hipertensão/: R$ 0,00

diabetes

CRM/UF : XXX-UF

NOME Rep. Legal: DADOS DO VENDEDOR

Código: 167892 Nome do Vendedor:

DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME Nº C.P.F.

Endereço:

HISTÓRICO DE AUTORIZAÇÕES VIGENTES

CÓD. BARRAS MEDICAMENTO

COMPR POS AUT SAL V.MS V.BEN PROX.COM

NÚMERO DO EAN NOME DO MEDICAMENTO 12/08 3 60 30 9,00 1,00 12/09

NÚMERO DO EAN NOME DO MEDICAMENTO 12/08 3 60 30 9,00 1,00 12/09

NÚMERO DO EAN NOME DO MEDICAMENTO 12/08 3 60 30 9,00 1,00 12/09

ESPAÇO RESERVADO PARA MENSAGEM M.S. ESPAÇO RESERVADO PARA MENSAGEM M.S. ESPAÇO RESERVADO PARA MENSAGEM M.S. ESPAÇO RESERVADO PARA MENSAGEM M.S.

Disque Denúncia: 0800 61 136

Anexo LXXIX

INSTRUÇÃO NORMATIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS (Origem: PRT MS/GM 3120/1998, Anexo 1)

1 - Apresentação

O avanço gradual, quantitativo e qualitativo da institucionalização das práticas de Saúde do Trabalhador, no setor saúde em todo o Brasil, reflete a consolidação da área como objeto indiscutível da saúde pública. E, por assim dizer, objeto, também, das políticas públicas direcionadas, em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), para a prevenção dos agravos à saúde da população trabalhadora.

O conjunto de elementos deflagradores do avanço institucional, em relação à questão da Saúde do Trabalhador no SUS, compõe-se do aspecto legislativo, calcado na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e em diversas Constituições Estaduais e Municipais, na luta pela saúde desenvolvida pelos trabalhadores e suas organizações sindicais, passando pelo crescente comprometimento dos técnicos, ao nível dos serviços e universidades.

A presente Instrução Normativa pretende, de uma forma sucinta, fornecer subsídios básicos para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, no âmbito do Sistema Único de Saúde Parte do pressuposto que o sistema de saúde, embora deva ser preservado nas suas peculiaridades regionais que impliquem um respeito às diversas culturas e características populacionais, por ser único, também deve manter linhas mestras de atuação, especialmente pela necessidade de se compatibilizarem instrumentos, bancos de informações e intercâmbio de experiências.

As recomendações aqui apresentadas são fruto de alguns anos de discussão acumulada e extraída de diversas experiências de vigilância em saúde do trabalhador, em vários estados e municípios de todo o País. Trata-se de uma primeira aproximação normativa não só com os Programas Estaduais e Municipais de Saúde do Trabalhador, já instalados e em fase de instalação, mas, também com as estruturas de atenção à saúde das Secretarias Estaduais e Municipais, especialmente nas áreas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Fiscalização Sanitária.

A possibilidade de traduzir a capilaridade institucional do setor saúde em instâncias efetoras de mudança dos perfis de morbidade e mortalidade, resultantes da relação trabalho-ambiente-consumo e saúde, pressupõe um comprometimento das estruturas de atenção à saúde, em especial as de vigilância e fiscalização em saúde.

O objetivo da Instrução Normativa é, em suma, o de poder instrumentalizar minimamente os setores responsáveis pela vigilância e defesa da saúde, nas Secretarias de Estados e Municípios, de forma a incorporarem em suas práticas mecanismos de análise e intervenção sobre os processos e os ambientes de trabalho.

A abordagem de vigilância em saúde do trabalhador, considerada na Instrução Normativa, implica a superação dos limites conceituais e institucionais, tradicionalmente estruturados nos serviços de saúde, das ações dissociadas de vigilância epidemiológica e sanitária.

Além disso, nas ações de vigilância e fiscalização sanitária, propriamente ditas, implica-se transpor o objeto usual - o produto/consumidor - de forma a considerar, igualmente, como objeto, o processo/trabalhador/ambiente.

Dessa forma, a vigilância em saúde do trabalhador calca-se no modelo epidemiológico de pesquisa dos agravos, nos diversos níveis da relação entre o trabalho e a saúde, agregando ao universo da avaliação e análise a capacidade imediata da intervenção sobre os fatores determinantes dos danos à saúde.

Devido à sua concepção mais abrangente de saúde, relacionada ao processo de produção, capaz de lidar com a diversidade, a complexidade e o surgimento de novas formas de adoecer, a vigilância em saúde do trabalhador ultrapassa o aspecto normativo tratado pela fiscalização tradicional.

Em razão dessas implicações, a vigilância em saúde do trabalhador pressupõe uma rede de articulações que passa, fundamentalmente, pelos trabalhadores e suas organizações, pela área de pesquisa e formação de recursos humanos e pelas áreas de assistência e reabilitação.

Finalmente, levando-se em consideração o fato de ser uma área ainda em construção dentro do SUS, pretende-se que esta Instrução Normativa possa ser aprimorada, com a maior brevidade, uma vez utilizada pela rede de serviços, assim como se constitui na primeira de uma série de publicações normativas e orientadoras, relacionadas a temas específicos em saúde do trabalhador.

2 - Conceituação básica

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e Condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compõe um conjunto de práticas sanitárias, articuladas supra-setorialmente, cuja especificidade está centrada na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho e nesta com a assistência, calcado nos princípios da vigilância em saúde, para a melhoria das condições de vida e saúde da população.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador não constitui uma área desvinculada e independente da vigilância em saúde como um todo mas, ao contrário, pretende acrescentar ao conjunto de ações da vigilância em saúde estratégias de produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, aproximando os diversos objetos comuns das práticas sanitárias àqueles oriundos da relação entre o trabalho e a saúde.

3 - Princípios

A Vigilância em Saúde do Trabalhador pauta-se nos princípios do Sistema Único de Saúde, em consonância com os Sistemas Nacionais de Vigilância Sanitária e de Vigilância Epidemiológica, articulada com a área assistencial.

Além disso, tendo em vista a complexidade e a abrangência do objeto da vigilância, guarda peculiaridades que transpõem os limites setoriais da saúde, implicando a ampliação de sua abordagem.

Como princípios, esquematicamente, pode-se considerar:

3.1 - Universalidade: todos os trabalhadores, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, autônomo, doméstico, aposentado ou demitido são objeto e sujeitos da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

3.2 - Integralidade das ações: o entendimento de atenção integral à saúde do trabalhador, compreendendo a assistência e recuperação dos agravos, os aspectos preventivos implicando intervenção sobre seus fatores determinantes em nível dos processos de trabalho e a promoção da saúde que implicam ações articuladas com os próprios trabalhadores e suas representações. A ênfase deve ser dirigida ao fato de que as ações individuais/curativas articulam-se com as ações coletivas, no âmbito da vigilância, considerando que os agravos à saúde do trabalhador são absolutamente preveníveis.

3 3 - Pluriinstitucionalidade: articulação, com formação de redes e sistemas, entre as instâncias de vigilância em saúde do trabalhador e os centros de assistência e reabilitação, as universidades e centros de pesquisa e as instituições públicas com responsabilidade na área de saúde do trabalhador consumo e ambiente.

3 4 - Controle social incorporação dos trabalhadores e das suas organizações, principalmente as sindicais, em todas as etapas da vigilância em saúde do trabalhador, compreendendo sua participação na identificação das demandas, no planejamento, no estabelecimento de prioridades e adoção de estratégias, na execução das ações, no seu acompanhamento e avaliação e no controle da aplicação de recursos.

3 5 - Hierarquização e descentralização: consolidação do papel do município e dos distritos sanitários como instância efetiva de desenvolvimento das ações de vigilância em saúde do trabalhador integrando os níveis estadual e nacional do Sistema Único de Saúde, no espectro da ação, em função de sua complexidade.

3.6 - Interdisciplinaridade: a abordagem multiprofissional sobre o objeto da vigilância em saúde do trabalhador deve contemplar os saberes técnicos, com a concorrência de diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, o saber operário, necessários para o desenvolvimento da ação.

3.7 - Pesquisa-intervenção: o entendimento de que a intervenção, no âmbito da- vigilância em saúde do trabalhador, é o deflagrador de um processo contínuo, ao longo do tempo, em que a pesquisa é sua parte indissolúvel, subsidiando e aprimorando a própria intervenção.

3.8 - O caráter transformador: a intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho com o entendimento de que a vigilância em saúde do trabalhador, sob a lógica do controle social e da transparência das ações, pode ter na intervenção um caráter proponente de mudanças dos processos de trabalho, a partir das análises tecnológica, ergonômica, organizacional e ambiental efetuadas pelo coletivo de instituições, sindicatos, trabalhadores e empresas, inclusive, superando a própria legislação.

4 - Objetivos:

De forma esquemática pode-se dizer que a vigilância em saúde do trabalhador tem como objetivos:

a - conhecer a realidade de saúde da população trabalhadora, independentemente da forma de inserção no mercado de trabalho e do vínculo trabalhista estabelecido, considerando:

a1 - a caracterização de sua forma de adoecer e morrer em função da sua relação com o processo de trabalho;

a2 - o levantamento histórico dos perfis de morbidade e mortalidade em função da sua relação com o processo de trabalho;

a3 - a avaliação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, identificando os riscos e cargas de trabalho a que está sujeita, nos seus aspectos tecnológicos ergonômicos e organizacionais já conhecidos;

a4 - a pesquisa e a análise de novas e ainda desconhecidas formas de adoecer e morrer em decorrência do trabalho;

b - intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde da população trabalhadora, visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los e controlá-los, considerando:

b1 - a fiscalização do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, fazendo cumprir, com rigor, as normas e legislações existentes, nacionais ou mesmo internacionais quando relacionadas à promoção da saúde do trabalhador;

b2 - a negociação coletiva em saúde do trabalhador, além dos preceitos legais estabelecidos, quando se impuser a transformação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, não prevista normativamente;

c - avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, atenuação e controle dos fatores determinantes de agravos à saúde, considerando:

c1 - a possibilidade de transformar os perfis de morbidade e mortalidade;

c2 - o aprimoramento contínuo da qualidade de vida no trabalho;

d - subsidiar a tomada de decisões dos órgãos competentes, nas três esferas de governo considerando:

d1 - o estabelecimento de políticas públicas, contemplando a relação entre o trabalho e a saúde no campo de abrangência da vigilância em saúde;

d2 - a interveniência, junto às instâncias do Estado e da sociedade, para o aprimoramento das normas legais existentes e para a criação de novas normas legais em defesa da saúde dos trabalhadores;

d3 - o planejamento das ações e o estabelecimento de suas estratégias;

d4 - a participação na estruturação de serviços de atenção à saúde dos trabalhadores; d5 - a participação na formação, capacitação e treinamento de recursos humanos com interesse na área;

e - estabelecer sistemas de informação em saúde do trabalhador, junto às estruturas existentes no setor saúde, considerando:

e1 - a criação de bases de dados comportando todas as informações oriundas do processo de vigilância e incorporando as informações tradicionais já existentes;

e2 - a divulgação sistemática das informações analisadas e consolidadas.

5 - Estratégias

A vigilância em saúde do trabalhador, como um conjunto de práticas sanitárias contínuas, calcada, entre outros princípios, na interdisciplinaridade, na pluriinstitucionalidade, no controle social, balizada na configuração do Sistema Único de Saúde, e tendo como imagem-objetivo a melhoria da qualidade de vida no trabalho, pressupõe o estabelecimento de estratégias operacionais para alcançá-la.

Embora cada Estado, Região ou Município, guardadas suas características, deva buscar a melhor forma de estabelecer suas próprias estratégias de vigilância, alguns pressupostos podem ser considerados como aplicáveis ao conjunto do SUS. Dentre os passos que podem ser estabelecidos na estratégia de operacionalização das ações, buscando manter uma lógica seqüencial de consolidação da vigilância, pode-se destacar:

5.1 - Onde já existam estruturas, estaduais e municipais, de saúde do trabalhador - Programas, Coordenações, Divisões, Gerências, Centros, Núcleos - promover e/ou aprofundar a relação institucional com as estruturas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Fiscalização Sanitária, buscando a superação da dicotomia existente em suas práticas, em que o objeto de ação da vigilância, em geral, não contempla o processo de produção e sua relação com a saúde dos trabalhadores. Com este intuito, recomenda-se a constituição de equipes multiprofissionais para a execução de ações interdisciplinares e pluriinstitucionais.

5.2 - Recomenda-se a criação de comissão, na forma colegiada, com a participação de trabalhadores, suas organizações sindicais e instituições públicas com responsabilidades em saúde do trabalhador, vinculada organicamente ao SUS e subordinada aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com a finalidade de assessorá-lo na definição de políticas, no estabelecimento de diretrizes e prioridades, e no acompanhamento e avaliação da execução das ações de saúde do trabalhador.

5.3 - Dada a abrangência e as dificuldades operacionais de se implementarem, simultaneamente, ações de vigilância em todos os ambientes de trabalho, em um dado município ou região, faz-se necessário o planejamento dessas ações com o estabelecimento de prioridades, visando a intervenções de impacto, com efeitos educativos e disciplinadores sobre o setor. Para tanto, recomenda-se a adoção de alguns critérios como:

- Base Sindical: Uma vez que um determinado sindicato de trabalhadores, com alguma tradição de luta pela saúde identifique e encaminhe situações-problema, junto à estrutura de vigilância, desencadeia-se uma ação integrada que visa atuar não apenas na empresa denunciada, mas nas principais empresas abrangidas por aquela categoria de trabalhadores. O investimento da ação nesta base deve considerar a capacidade de reprodutibilidade, a partir do sindicato em questão e para o movimento sindical como um todo, numa dada região. - Ramo Produtivo: Consiste na atuação em todas as empresas com o mesmo perfil produtivo, capaz de se constituir em fonte de risco para a saúde, preponderantes numa dada região, independente da capacidade de mobilização dos sindicatos envolvidos. A utilização deste critério pode se dar por avaliação epidemiológica dos casos notificados, denúncias sucessivas ou análise dos processos produtivos. O investimento da ação, neste caso, visa à mudança dos processos de forma integrada, sem a punição de uma empresa em particular, mas intervindo em todas as empresas daquele setor e, em especial, nas que apresentam grande concentração de trabalhadores, sempre buscando a atuação conjunta com os sindicatos das categorias expostas.

- Território: Consiste na intervenção por varredura, em pequena área geográfica previamente delimitada (setor censitário, distrito de saúde, bairro, distrito industrial etc.), de todos os processos produtivos capazes de gerar dano à saúde. O investimento da ação, neste caso, visa abranger todos os trabalhadores, ao longo do tempo, a despeito de sua forma de inserção no mercado de trabalho e seu vínculo de emprego, a partir da elaboração de mapas dos processos produtivos, de modo a estabelecer um perfil de risco à saúde dos trabalhadores.

- Epidemiológico (evento-sentinela): Consiste na intervenção nas empresas, a partir de agravos à saúde dos trabalhadores que podem representar um problema coletivo, ainda não detectado, e mesmo um problema epidemiológico relevante. mas submerso A intervenção dirige-se à maior ou às maiores empresas considerando os aspectos potenciais de freqüência elou gravidade dos eventos-sentinela.

É importante salientar que os critérios acima não obedecem à ordem de hierarquia e tampouco são excludentes, podendo ser utilizados de forma combinada.

5.4 - Como estratégia de consolidação das ações de vigilância em saúde do trabalhador é fundamental que os Estados e os Municípios contemplem o tema na revisão de seus códigos de saúde.

6 - Metodologia

Considerando os objetivos da vigilância em saúde do trabalhador - conhecer a realidade para transformá-la, buscando um aprimoramento da qualidade de vida no trabalho, é necessário que se adotem metodologias capazes de estabelecer um diagnóstico situacional, dentro do princípio da pesquisa-intervenção, e capazes, ainda, de avaliar de modo permanente os seus resultados no sentido da; mudanças pretendidas.

Nesta linha, podem-se observar alguns pressupostos de caráter metodológico, compreendendo:

6.1 - Fase preparatória: Uma vez identificada a demanda, com base nas estratégias relacionadas, o planejamento da ação pressupõe uma fase preparatória, em que a equipe busca conhecer, com o maior aprofundamento possível, o(s) processo(s), o ambiente e as condições de trabalho do local onde será realizada a ação.

A preparação deve ser efetuada por meio de análise conjunta com os trabalhadores da(s) empresa(s) - objeto da vigilância e dos representantes sindicais daquela(s) categoria(s), tendo por objetivo não só aprofundar o conhecimento sobre o objeto da vigilância, através de seu saber operário mas, principalmente, traçar estratégias de desenvolvimento da ação. Deve-se lançar mão, ainda nesta fase, de consulta bibliográfica especializada e das informações locais disponíveis acerca do caso em questão.

6.2 - A intervenção (inspeção/fiscalização sanitária)

A intervenção, realizada em conjunto com os representantes dos trabalhadores, de outras instituições, e sob a responsabilidade administrativa da equipe da Secretaria Estadual e/ou Municipal de Saúde, deverá considerar, na inspeção sanitária em saúde do trabalhador, a observância das normas e legislações que regulamentam a relação entre o trabalho e a saúde, de qualquer origem, especialmente na esfera da saúde, do trabalho, da previdência, do meio ambiente e das internacionais ratificadas pelo Brasil.

Além disso, é.preciso considerar os aspectos passíveis de causar dano à saúde, mesmo que não estejam previstos nas legislações, considerando-se não só a observação direta por parte da equipe de situações de risco à saúde como, também, as questões subjetivas referidas pelos trabalhadores na relação de sua saúde com o trabalho realizado.

Os instrumentos administrativos de registro da ação, de exigências e outras medidas são os mesmos utilizados pelas áreas de Vigilância/Fiscalização Sanitária, tais como os Termos de Visita, Notificação, Intimação, Auto de Infração etc.

6.3 - Análise dos processos

Uma forma importante de considerar a capacidade potencial de adoecer no processo, no ambiente ou em decorrência das condições em que o trabalho se realiza é utilizar instrumentos que inventariem o processo produtivo e a sua forma de organização. Os instrumentos metodológicos, a serem estabelecidos no âmbito do SUS, devem ser entregues no ato da inspeção, para serem preenchidos pela empresa, e o Roteiro de Vigilância, construído e aplicado pela equipe, no momento da ação, é outra forma de conhecer os processos.

6.4 - Inquéritos

Como proposta metodológica de investigação, no mesmo tempo da intervenção, podem-se organizar inquéritos, por meio da equipe interdisciplinar e de representantes sindicais e/ou dos trabalhadores, aplicando questionários ao conjunto dos trabalhadores, contemplando a sua percepção da relação entre trabalho e saúde, a morbidade referida (sinais e sintomas objetivos e subjetivos), a vivência com o acidente e o quase acidente de trabalho (incidente crítico), consigo e com os companheiros, e suas sugestões para a transformação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza.

6.5 - Mapeamento de riscos

Podem-se utilizar algumas técnicas de mapeamento de riscos dos processos produtivos, de forma gradualmente mais complexa, à medida que a intervenção se consolide e as mudanças vão ocorrendo, sempre com a participação dos trabalhadores na sua elaboração.

Uma das técnicas que deve ser utilizada, especialmente em casos de acidentes graves e fatais, é a metodologia de árvore de causas para a investigação dos fatores determinantes do evento, que será objeto de publicação posterior.

Com a concorrência interdisciplinar, na equipe, de profissionais de áreas diversas e à medida que os trabalhadores se apropriem de novos conhecimentos acerca do tema, aprofunda-se a investigação, por intermédio da utilização de técnicas mais sofisticadas.

É importante mapear, além dos riscos tradicionalmente reconhecidos, as chamadas cargas de trabalho e as formas de desgaste do trabalhador.

6.6 - Estudos epidemiológicos

Os estudos epidemiológicos clássicos, tais como os seccionais, de coorte e caso controle, podem ser aplicados sempre que se identificar sua necessidade, igualmente com a concorrência, na equipe interdisciplinar de técnicos das universidades e centros de pesquisa; como assessores da equipe.

6.7 - Acompanhamento do processo

A intervenção implica a confecção de um relatório detalhado, incorporando o conjunto de informações coletadas, elaborado pela equipe, com a participação dos trabalhadores, servindo como parâmetro de avaliações futuras.

Em razão do ritmo de implementação das medidas, avalia-se a necessidade do envolvimento de outras instâncias como, por exemplo, o Ministério Público, com o objetivo de garantir as mudanças requeridas.

Cabe ressaltar que o entendimento da intervenção deve ser o de um processo de acompanhamento e avaliação, ao longo do tempo, em que se deve buscar a negociação com as diversas instâncias, objetivando o aprimoramento da qualidade de vida no trabalho.

7 - Informações básicas

As informações de interesse para as ações em saúde do trabalhador, atualmente disponíveis, limitam-se à avaliação do perfil de morbi-mortalidade da população em geral, sem lograr o conhecimento sistemático dos riscos e o dimensionamento da população trabalhadora a eles exposta, que permitam a análise e a intervenção sobre seus determinantes. É pensando na necessidade de se avançar nesse conhecimento para fins de intervenção e prevenção efetivas dos agravos relacionados ao trabalho, que foi definido o elenco de informações aqui apresentadas. sem perder a perspectiva de ser acrescidas outras de interesse local, regional ou mesmo nacional, à medida que o sistema de informações em saúde do trabalhador se estruture e se consolide.

7.1 - Informações acerca da mortalidade

As informações de mortalidade serão coletadas principalmente a partir da Declaração de Óbito, por intermédio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Cada Município deverá investir na melhoria da qualidade dos dados da Declaração de Óbito e, sempre que possível, cruzar com outras informações disponíveis, principalmente a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), da Previdência Social.

7.2 - Informações acerca da morbidade

As informações de morbidade podem ser obtidas de diversas fontes, tais como a Ficha Individual de Notificação de Agravos referente às doenças incluídas no Sistema de .Notificação de Agravos Notificáveis (SINAN), a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), normalmente utilizada para os trabalhadores do mercado formal de trabalho, regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT); as fichas, prontuários e outros documentos oriundos dos atendimentos ambulatoriais (SIA/SUS) e de internações (SIH/SUS) na rede de serviços de saúde.

Os Estados e os Municípios poderão definir eventos-sentinela a ser notificados, incluindo-os no SINAN. Essa definição deverá ter por referência a análise do parque produtivo local ou a suspeita da existência de um agravo não diagnosticado como relacionado ao trabalho. A análise dos eventos-sentinela constituir-se-á em atividade complementar ao sistema de informações, particularmente neste momento em que o diagnóstico de doenças é muito reduzido. Observar, por exemplo, excessos de mortes ou morbidade por alguns tipos de cânceres ou de achados laboratoriais (leucopenias, anemias) que possam estar ocorrendo em grupos específicos de trabalhadores.

7.3 - Informações relativas às atividades e aos processos produtivos

Essas informações deverão ser obtidas à medida que os Estados e os Municípios executem e implantem as ações de vigilância.

Consideram-se, neste caso, Cadastros de Estabelecimentos, Relatórios de Inspeção, Termos de Notificação e Fichas de Vigilância.

Outras informações, utilizando os bancos de dados da RAIS e do IBGE, também poderão ser incorporadas, devendo ser desagregadas, por Município, para que possam ser adequadas aos níveis locais.

Outras fontes de informação que deverão ser utilizadas, à medida que o sistema se capacite para tal, são as dos serviços médicos e de segurança e higiene industrial de empresas, do Anexo I da CIPA (Norma Regulamentadora nº 5, Portaria nº 3.214/78, MTb), dos sindicatos, das associações patronais, dos serviços/institutos de medicina legal, de associações e entidades civis (associações de moradores, grupos ecológicos, culturais), de outros órgãos da administração pública (DETRAN, secretarias de proteção ambiental, de indústria e comércio, do trabalho etc). Devem ser considerados ainda estudos epidemiológicos e resultados de pesquisas de interesse da área de saúde do trabalhador, como fonte de informações.

Um maior detalhamento acerca da criação de bancos de dados e adequação das informações em saúde do trabalhador aos Sistemas de Informação existentes, considerando, entre outros, a coleta, o fluxo, o processamento, a análise e a divulgação das informações, será efetuado em publicação posterior.

Os Estados e os Municípios poderão acrescentar outras informações e metodologias que julgarem pertinentes, inclusive sugerindo sua incorporação em âmbito nacional nas publicações subseqüentes.

8 - Considerações finais

A construção do Sistema Único de Saúde pressupõe um esforço permanente na afirmação de seus princípios e na ampliação das redes solidárias institucionais com a sociedade organizada.

Dentro do SUS, a área de saúde do trabalhador emerge como um desafio a mais, no sentido de se proverem os meios necessários para atender com primazia o que, a partir de 1988, com a Constituição Federal, passou a ser atribuição precípua das Secretarias de Saúde de Estados e Municípios: a Vigilância em Saúde do Trabalhador.

É preciso considerar, contudo, as dificuldades inerentes ao sistema de saúde, cujas práticas tradicionais, de há muito enraizadas: não dispõem de mecanismos ágeis de adequação às novas necessidades, determinadas pela lei e, mesmo, ansiadas pela sociedade.

Com este intuito, a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador pretende ser um instrumento capaz de ser um móvel de sensibilização e de ampliação das redes solidárias de construção da área especificá e do próprio Sistema Único de Saúde.

Nesta perspectiva, pretende-se, ainda, com esta Instrução Normativa, iniciar uma série de publicações temáticas afins, entre as quais se destacam as questões dos Agrotóxicos, dos Sistemas de Informações, da Investigação de Acidentes de Trabalho, das Intoxicações por Metais Pesados, dos Agravos de Caráter Ergonômico, das Pneumopatias de Origem Ocupacional.

Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS

1 - Apresentação

O avanço gradual, quantitativo e qualitativo da institucionalização das práticas de Saúde do Trabalhador, no setor saúde em todo o Brasil, reflete a consolidação da área como objeto indiscutível da saúde pública. E, por assim dizer, objeto, também, das políticas públicas direcionadas, em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), para a prevenção dos agravos à saúde da população trabalhadora.

O conjunto de elementos deflagradores do avanço institucional, em relação à questão da Saúde do Trabalhador no SUS, compõe-se do aspecto legislativo, calcado na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e em diversas Constituições Estaduais e Municipais, na luta pela saúde desenvolvida pelos trabalhadores e suas organizações sindicais, passando pelo crescente comprometimento dos técnicos, ao nível dos serviços e universidades.

A presente Instrução Normativa pretende, de uma forma sucinta, fornecer subsídios básicos para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, no âmbito do SUS parte do pressuposto que o sistema de saúde, embora deva ser preservado nas suas peculiaridades regionais que impliquem um respeito às diversas culturas e características populacionais, por ser único, também deve manter linhas mestras de atuação, especialmente pela necessidade de se compatibilizarem instrumentos, bancos de informações e intercâmbio de experiências.

As recomendações aqui apresentadas são fruto de alguns anos de discussão acumulada e extraída de diversas experiências de vigilância em saúde do trabalhador, em vários estados e municípios de todo o País. Trata-se de uma primeira aproximação normativa não só com os Programas Estaduais e Municipais de Saúde do Trabalhador, já instalados e em fase de instalação, mas, também com as estruturas de atenção à saúde das Secretarias Estaduais e Municipais, especialmente nas áreas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Fiscalização Sanitária.

A possibilidade de traduzir a capilaridade institucional do setor saúde em instâncias efetoras de mudança dos perfis de morbidade e mortalidade, resultantes da relação trabalho-ambiente-consumo e saúde, pressupõe um comprometimento das estruturas de atenção à saúde, em especial as de vigilância e fiscalização em saúde.

O objetivo da Instrução Normativa é, em suma, o de poder instrumentalizar minimamente os setores responsáveis pela vigilância e defesa da saúde, nas Secretarias de Estados e Municípios, de forma a incorporarem em suas práticas mecanismos de análise e intervenção sobre os processos e os ambientes de trabalho.

A abordagem de vigilância em saúde do trabalhador, considerada na Instrução Normativa, implica a superação dos limites conceituais e institucionais, tradicionalmente estruturados nos serviços de saúde, das ações dissociadas de vigilância epidemiológica e sanitária.

Além disso, nas ações de vigilância e fiscalização sanitária, propriamente ditas, implica-se transpor o objeto usual - o produto/consumidor - de forma a considerar, igualmente, como objeto, o processo/trabalhador/ambiente.

Dessa forma, a vigilância em saúde do trabalhador calca-se no modelo epidemiológico de pesquisa dos agravos, nos diversos níveis da relação entre o trabalho e a saúde, agregando ao universo da avaliação e análise a capacidade imediata da intervenção sobre os fatores determinantes dos danos à saúde.

Devido à sua concepção mais abrangente de saúde, relacionada ao processo de produção, capaz de lidar com a diversidade, a complexidade e o surgimento de novas formas de adoecer, a vigilância em saúde do trabalhador ultrapassa o aspecto normativo tratado pela fiscalização tradicional.

Em razão dessas implicações, a vigilância em saúde do trabalhador pressupõe uma rede de articulações que passa, fundamen-

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300499

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

talmente, pelos trabalhadores e suas organizações, pela área de pesquisa e formação de recursos humanos e pelas áreas de assistência e reabilitação.

Finalmente, levando-se em consideração o fato de ser uma área ainda em construção dentro do SUS, pretende-se que esta Instrução Normativa possa ser aprimorada, com a maior brevidade, uma vez utilizada pela rede de serviços, assim como se constitui na primeira de uma série de publicações normativas e orientadoras, relacionadas a temas específicos em saúde do trabalhador.

2 - Conceituação básica

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compõe um conjunto de práticas sanitárias, articuladas suprassetorialmente, cuja especificidade está centrada na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho e nesta com a assistência, calcado nos princípios da vigilância em saúde, para a melhoria das condições de vida e saúde da população.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador não constitui uma área desvinculada e independente da vigilância em saúde como um todo mas, ao contrário, pretende acrescentar ao conjunto de ações da vigilância em saúde estratégias de produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, aproximando os diversos objetos comuns das práticas sanitárias àqueles oriundos da relação entre o trabalho e a saúde.

3 - Princípios

A Vigilância em Saúde do Trabalhador pauta-se nos princípios do SUS, em consonância com os Sistemas Nacionais de Vigilância Sanitária e de Vigilância Epidemiológica, articulada com a área assistencial.

Além disso, tendo em vista a complexidade e a abrangência do objeto da vigilância, guarda peculiaridades que transpõem os limites setoriais da saúde, implicando a ampliação de sua abordagem.

Como princípios, esquematicamente, pode-se considerar:

3.1 - Universalidade: todos os trabalhadores, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, autônomo, doméstico, aposentado ou demitido são objeto e sujeitos da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

3.2 - Integralidade das ações: o entendimento de atenção integral à saúde do trabalhador, compreendendo a assistência e recuperação dos agravos, os aspectos preventivos implicando intervenção sobre seus fatores determinantes em nível dos processos de trabalho e a promoção da saúde que implicam ações articuladas com os próprios trabalhadores e suas representações. A ênfase deve ser dirigida ao fato de que as ações individuais/curativas articulam-se com as ações coletivas, no âmbito da vigilância, considerando que os agravos à saúde do trabalhador são absolutamente preveníveis.

3 3 - Pluriinstitucionalidade: articulação, com formação de redes e sistemas, entre as instâncias de vigilância em saúde do trabalhador e os centros de assistência e reabilitação, as universidades e centros de pesquisa e as instituições públicas com responsabilidade na área de saúde do trabalhador consumo e ambiente.

3 4 - Controle social incorporação dos trabalhadores e das suas organizações, principalmente as sindicais, em todas as etapas da vigilância em saúde do trabalhador, compreendendo sua participação na identificação das demandas, no planejamento, no estabelecimento de prioridades e adoção de estratégias, na execução das ações, no seu acompanhamento e avaliação e no controle da aplicação de recursos.

3 5 - Hierarquização e descentralização: consolidação do papel do município e dos distritos sanitários como instância efetiva de desenvolvimento das ações de vigilância em saúde do trabalhador integrando os níveis estadual e nacional do SUS, no espectro da ação, em função de sua complexidade.

3.6 - Interdisciplinaridade: a abordagem multiprofissional sobre o objeto da vigilância em saúde do trabalhador deve contemplar os saberes técnicos, com a concorrência de diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, o saber operário, necessários para o desenvolvimento da ação.

3.7 - Pesquisa-intervenção: o entendimento de que a intervenção, no âmbito da vigilância em saúde do trabalhador, é o deflagrador de um processo contínuo, ao longo do tempo, em que a pesquisa é sua parte indissolúvel, subsidiando e aprimorando a própria intervenção.

3.8 - O caráter transformador: a intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho com o entendimento de que a vigilância em saúde do trabalhador, sob a lógica do controle social e da transparência das ações, pode ter na intervenção um caráter proponente de mudanças dos processos de trabalho, a partir das análises tecnológica, ergonômica, organizacional e ambiental efetuadas pelo coletivo de instituições, sindicatos, trabalhadores e empresas, inclusive, superando a própria legislação.

4 - Objetivos:

De forma esquemática pode-se dizer que a vigilância em saúde do trabalhador tem como objetivos:

a - conhecer a realidade de saúde da população trabalhadora, independentemente da forma de inserção no mercado de trabalho e do vínculo trabalhista estabelecido, considerando:

a1 - a caracterização de sua forma de adoecer e morrer em função da sua relação com o processo de trabalho;

a2 - o levantamento histórico dos perfis de morbidade e mortalidade em função da sua relação com o processo de trabalho;

a3 - a avaliação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, identificando os riscos e cargas de trabalho a que está sujeita, nos seus aspectos tecnológicos ergonômicos e organizacionais já conhecidos;

a4 - a pesquisa e a análise de novas e ainda desconhecidas formas de adoecer e morrer em decorrência do trabalho;

b - intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde da população trabalhadora, visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los e controlá-los, considerando:

b1 - a fiscalização do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, fazendo cumprir, com rigor, as normas e legislações existentes, nacionais ou mesmo internacionais quando relacionadas à promoção da saúde do trabalhador;

b2 - a negociação coletiva em saúde do trabalhador, além dos preceitos legais estabelecidos, quando se impuser a transformação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, não prevista normativamente;

c - avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, atenuação e controle dos fatores determinantes de agravos à saúde, considerando:

c1 - a possibilidade de transformar os perfis de morbidade e mortalidade;

c2 - o aprimoramento contínuo da qualidade de vida no trabalho;

d - subsidiar a tomada de decisões dos órgãos competentes, nas três esferas de governo considerando:

d1 - o estabelecimento de políticas públicas, contemplando a relação entre o trabalho e a saúde no campo de abrangência da vigilância em saúde;

d2 - a interveniência, junto às instâncias do Estado e da sociedade, para o aprimoramento das normas legais existentes e para a criação de novas normas legais em defesa da saúde dos trabalhadores;

d3 - o planejamento das ações e o estabelecimento de suas estratégias;

d4 - a participação na estruturação de serviços de atenção à saúde dos trabalhadores;

d5 - a participação na formação, capacitação e treinamento de recursos humanos com interesse na área;

e - estabelecer sistemas de informação em saúde do trabalhador, junto às estruturas existentes no setor saúde, considerando:

e1 - a criação de bases de dados comportando todas as informações oriundas do processo de vigilância e incorporando as informações tradicionais já existentes;

e2 - a divulgação sistemática das informações analisadas e consolidadas.

5 - Estratégias

A vigilância em saúde do trabalhador, como um conjunto de práticas sanitárias contínuas, calcada, entre outros princípios, na interdisciplinaridade, na pluriinstitucionalidade, no controle social, balizada na configuração do SUS, e tendo como imagem-objetivo a melhoria da qualidade de vida no trabalho, pressupõe o estabelecimento de estratégias operacionais para alcançá-Ia.

Embora cada Estado, Região ou Município, guardadas suas características, deva buscar a melhor forma de estabelecer suas próprias estratégias de vigilância, alguns pressupostos podem ser considerados como aplicáveis ao conjunto do SUS. Dentre os passos que podem ser estabelecidos na estratégia de operacionalização das ações, buscando manter uma lógica sequencial de consolidação da vigilância, pode-se destacar:

5.1 - Onde já existam estruturas, estaduais e municipais, de saúde do trabalhador - Programas, Coordenações, Divisões, Gerências, Centros, Núcleos - promover e/ou aprofundar a relação institucional com as estruturas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Fiscalização Sanitária, buscando a superação da dicotomia existente em suas práticas, em que o objeto de ação da vigilância, em geral, não contempla o processo de produção e sua relação com a saúde dos trabalhadores. Com este intuito, recomenda-se a constituição de equipes multiprofissionais para a execução de ações interdisciplinares e pluriinstitucionais.

5.2 - Recomenda-se a criação de comissão, na forma colegiada, com a participação de trabalhadores, suas organizações sindicais e instituições públicas com responsabilidades em saúde do trabalhador, vinculada organicamente ao SUS e subordinada aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com a finalidade de assessorá-lo na definição de políticas, no estabelecimento de diretrizes e prioridades, e no acompanhamento e avaliação da execução das ações de saúde do trabalhador.

5.3 - Dada a abrangência e as dificuldades operacionais de se implementarem, simultaneamente, ações de vigilância em todos os ambientes de trabalho, em um dado município ou região, faz-se necessário o planejamento dessas ações com o estabelecimento de prioridades, visando a intervenções de impacto, com efeitos educativos e disciplinadores sobre o setor. Para tanto, recomenda-se a adoção de alguns critérios como:

- Base Sindical: Uma vez que um determinado sindicato de trabalhadores, com alguma tradição de luta pela saúde identifique e encaminhe situações-problema, junto à estrutura de vigilância, desencadeia-se uma ação integrada que visa atuar não apenas na empresa denunciada, mas nas principais empresas abrangidas por aquela categoria de trabalhadores. O investimento da ação nesta base deve considerar a capacidade de reprodutibilidade, a partir do sindicato em questão e para o movimento sindical como um todo, numa dada região.

- Ramo Produtivo: Consiste na atuação em todas as empresas com o mesmo perfil produtivo, capaz de se constituir em fonte de risco para a saúde, preponderantes numa dada região, independente da capacidade de mobilização dos sindicatos envolvidos. A utilização deste critério pode se dar por avaliação epidemiológica dos casos notificados, denúncias sucessivas ou análise dos processos produtivos. O investimento da ação, neste caso, visa à mudança dos processos de forma integrada, sem a punição de uma empresa em particular, mas intervindo em todas as empresas daquele setor e, em especial, nas que apresentam grande concentração de trabalhadores, sempre buscando a atuação conjunta com os sindicatos das categorias expostas.

- Território: Consiste na intervenção por varredura, em pequena área geográfica previamente delimitada (setor censitário, distrito de saúde, bairro, distrito industrial etc.), de todos os processos produtivos capazes de gerar dano à saúde. O investimento da ação, neste caso, visa abranger todos os trabalhadores, ao longo do tempo, a despeito de sua forma de inserção no mercado de trabalho e seu vínculo de emprego, a partir da elaboração de mapas dos processos produtivos, de modo a estabelecer um perfil de risco à saúde dos trabalhadores.

- Epidemiológico (evento-sentinela): Consiste na intervenção nas empresas, a partir de agravos à saúde dos trabalhadores que podem representar um problema coletivo, ainda não detectado, e mesmo um problema epidemiológico relevante, mas submerso. A intervenção dirige-se à maior ou às maiores empresas considerando os aspectos potenciais de frequência elou gravidade dos eventos-sentinela.

É importante salientar que os critérios acima não obedecem à ordem de hierarquia e tampouco são excludentes, podendo ser utilizados de forma combinada.

5.4 - Como estratégia de consolidação das ações de vigilância em saúde do trabalhador é fundamental que os estados e os municípios contemplem o tema na revisão de seus códigos de saúde.

6 - Metodologia

Considerando os objetivos da vigilância em saúde do trabalhador - conhecer a realidade para transformá-la, buscando um aprimoramento da qualidade de vida no trabalho, é necessário que se adotem metodologias capazes de estabelecer um diagnóstico situacional, dentro do princípio da pesquisa-intervenção, e capazes, ainda, de avaliar de modo permanente os seus resultados no sentido das mudanças pretendidas.

Nesta linha, podem-se observar alguns pressupostos de caráter metodológico, compreendendo:

6.1 - Fase preparatória: Uma vez identificada a demanda, com base nas estratégias relacionadas, o planejamento da ação pressupõe uma fase preparatória, em que a equipe busca conhecer, com o maior aprofundamento possível, o(s) processo(s), o ambiente e as condições de trabalho do local onde será realizada a ação.

A preparação deve ser efetuada por meio de análise conjunta com os trabalhadores da(s) empresa(s) - objeto da vigilância e dos representantes sindicais daquela(s) categoria(s), tendo por objetivo não só aprofundar o conhecimento sobre o objeto da vigilância, através de seu saber operário mas, principalmente, traçar estratégias de desenvolvimento da ação. Deve-se lançar mão, ainda nesta fase, de consulta bibliográfica especializada e das informações locais disponíveis acerca do caso em questão.

6.2 - A intervenção (inspeção/fiscalização sanitária)

A intervenção, realizada em conjunto com os representantes dos trabalhadores, de outras instituições, e sob a responsabilidade administrativa da equipe da Secretaria Estadual e/ou Municipal de Saúde, deverá considerar, na inspeção sanitária em saúde do trabalhador, a observância das normas e legislações que regulamentam a relação entre o trabalho e a saúde, de qualquer origem, especialmente na esfera da saúde, do trabalho, da previdência, do meio ambiente e das internacionais ratificadas pelo Brasil.

Além disso, é.preciso considerar os aspectos passíveis de causar dano à saúde, mesmo que não estejam previstos nas legislações, considerando-se não só a observação direta por parte da equipe de situações de risco à saúde como, também, as questões subjetivas referidas pelos trabalhadores na relação de sua saúde com o trabalho realizado.

Os instrumentos administrativos de registro da ação, de exigências e outras medidas são os mesmos utilizados pelas áreas de Vigilância/Fiscalização Sanitária, tais como os Termos de Visita, Notificação, Intimação, Auto de Infração etc.

6.3 - Análise dos processos

Uma forma importante de considerar a capacidade potencial de adoecer no processo, no ambiente ou em decorrência das condições em que o trabalho se realiza é utilizar instrumentos que inventariem o processo produtivo e a sua forma de organização. Os instrumentos metodológicos, a serem estabelecidos no âmbito do SUS, devem ser entregues no ato da inspeção, para serem preenchidos pela empresa, e o Roteiro de Vigilância, construído e aplicado pela equipe, no momento da ação, é outra forma de conhecer os processos.

6.4 - Inquéritos

Como proposta metodológica de investigação, no mesmo tempo da intervenção, podem-se organizar inquéritos, por meio da equipe interdisciplinar e de representantes sindicais e/ou dos trabalhadores, aplicando questionários ao conjunto dos trabalhadores, contemplando a sua percepção da relação entre trabalho e saúde, a morbidade referida (sinais e sintomas objetivos e subjetivos), a vivência com o acidente e o quase acidente de trabalho (incidente crítico), consigo e com os companheiros, e suas sugestões para a transformação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza.

6.5 - Mapeamento de riscos

Podem-se utilizar algumas técnicas de mapeamento de riscos dos processos produtivos, de forma gradualmente mais complexa, à medida que a intervenção se consolide e as mudanças vão ocorrendo, sempre com a participação dos trabalhadores na sua elaboração.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300500

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Uma das técnicas que deve ser utilizada, especialmente em casos de acidentes graves e fatais, é a metodologia de árvore de causas para a investigação dos fatores determinantes do evento, que será objeto de publicação posterior.

Com a concorrência interdisciplinar, na equipe, de profissionais de áreas diversas e à medida que os trabalhadores se apropriem de novos conhecimentos acerca do tema, aprofunda-se a investigação, por intermédio da utilização de técnicas mais sofisticadas.

É importante mapear, além dos riscos tradicionalmente reconhecidos, as chamadas cargas de trabalho e as formas de desgaste do trabalhador.

6.6 - Estudos epidemiológicos

Os estudos epidemiológicos clássicos, tais como os seccionais, de coorte e caso controle, podem ser aplicados sempre que se identificar sua necessidade, igualmente com a concorrência, na equipe interdisciplinar de técnicos das universidades e centros de pesquisa; como assessores da equipe.

6.7 - Acompanhamento do processo

A intervenção implica a confecção de um relatório detalhado, incorporando o conjunto de informações coletadas, elaborado pela equipe, com a participação dos trabalhadores, servindo como parâmetro de avaliações futuras.

Em razão do ritmo de implementação das medidas, avalia-se a necessidade do envolvimento de outras instâncias como, por exemplo, o Ministério Público, com o objetivo de garantir as mudanças requeridas.

Cabe ressaltar que o entendimento da intervenção deve ser o de um processo de acompanhamento e avaliação, ao longo do tempo, em que se deve buscar a negociação com as diversas instâncias, objetivando o aprimoramento da qualidade de vida no trabalho.

7 - Informações básicas

As informações de interesse para as ações em saúde do trabalhador, atualmente disponíveis, limitam-se à avaliação do perfil de morbi-mortalidade da população em geral, sem lograr o conhecimento sistemático dos riscos e o dimensionamento da população trabalhadora a eles exposta, que permitam a análise e a intervenção sobre seus determinantes. É pensando na necessidade de se avançar nesse conhecimento para fins de intervenção e prevenção efetivas dos agravos relacionados ao trabalho, que foi definido o elenco de informações aqui apresentadas, sem perder a perspectiva de ser acrescidas outras de interesse local, regional ou mesmo nacional, à medida que o sistema de informações em saúde do trabalhador se estruture e se consolide.

7.1 - Informações acerca da mortalidade

As informações de mortalidade serão coletadas principalmente a partir da Declaração de Óbito, por intermédio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Cada Município deverá investir na melhoria da qualidade dos dados da Declaração de Óbito e, sempre que possível, cruzar com outras informações disponíveis, principalmente a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), da Previdência Social.

7.2 - Informações acerca da morbidade

As informações de morbidade podem ser obtidas de diversas fontes, tais como a Ficha Individual de Notificação de Agravos referente às doenças incluídas no Sistema de .Notificação de Agravos Notificáveis (SINAN), a CAT, normalmente utilizada para os trabalhadores do mercado formal de trabalho, regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT); as fichas, prontuários e outros documentos oriundos dos atendimentos ambulatoriais (SIA/SUS) e de internações (SIH/SUS) na rede de serviços de saúde.

Os estados e os municípios poderão definir eventos-sentinela a ser notificados, incluindo-os no SINAN. Essa definição deverá ter por referência a análise do parque produtivo local ou a suspeita da existência de um agravo não diagnosticado como relacionado ao trabalho. A análise dos eventos-sentinela constituir-se-á em atividade complementar ao sistema de informações, particularmente neste momento em que o diagnóstico de doenças é muito reduzido. Observar, por exemplo, excessos de mortes ou morbidade por alguns tipos de cânceres ou de achados laboratoriais (leucopenias, anemias) que possam estar ocorrendo em grupos específicos de trabalhadores.

7.3 - Informações relativas às atividades e aos processos produtivos

Essas informações deverão ser obtidas à medida que os estados e os municípios executem e implantem as ações de vigilância.

Consideram-se, neste caso, Cadastros de Estabelecimentos, Relatórios de Inspeção, Termos de Notificação e Fichas de Vigilância.

Outras informações, utilizando os bancos de dados da RAIS e do IBGE, também poderão ser incorporadas, devendo ser desagregadas, por Município, para que possam ser adequadas aos níveis locais.

Outras fontes de informação que deverão ser utilizadas, à medida que o sistema se capacite para tal, são as dos serviços médicos e de segurança e higiene industrial de empresas, do Anexo I da CIPA (Norma Regulamentadora nº 5, Portaria nº 3.214/78, MTb), dos sindicatos, das associações patronais, dos serviços/institutos de medicina legal, de associações e entidades civis (associações de moradores, grupos ecológicos, culturais), de outros órgãos da administração pública (Detran), secretarias de proteção ambiental, de indústria e comércio, do trabalho etc). Devem ser considerados ainda estudos epidemiológicos e resultados de pesquisas de interesse da área de saúde do trabalhador, como fonte de informações.

Um maior detalhamento acerca da criação de bancos de dados e adequação das informações em saúde do trabalhador aos Sistemas de Informação existentes, considerando, entre outros, a coleta, o fluxo, o processamento, a análise e a divulgação das informações, será efetuado em publicação posterior.

Os estados e os municípios poderão acrescentar outras informações e metodologias que julgarem pertinentes, inclusive sugerindo sua incorporação em âmbito nacional nas publicações subsequentes.

8 - Considerações finais

A construção do SUS pressupõe um esforço permanente na afirmação de seus princípios e na ampliação das redes solidárias institucionais com a sociedade organizada.

Dentro do SUS, a área de saúde do trabalhador emerge como um desafio a mais, no sentido de se proverem os meios necessários para atender com primazia o que, a partir de 1988, com a Constituição Federal, passou a ser atribuição precípua das Secretarias de Saúde de Estados e Municípios: a Vigilância em Saúde do Trabalhador.

É preciso considerar, contudo, as dificuldades inerentes ao sistema de saúde, cujas práticas tradicionais, de há muito enraizadas: não dispõem de mecanismos ágeis de adequação às novas necessidades, determinadas pela lei e, mesmo, ansiadas pela sociedade.

Com este intuito, a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador pretende ser um instrumento capaz de ser um móvel de sensibilização e de ampliação das redes solidárias de construção da área especificá e do próprio SUS.

Nesta perspectiva, pretende-se, ainda, com esta Instrução Normativa, iniciar uma série de publicações temáticas afins, entre as quais se destacam as questões dos Agrotóxicos, dos Sistemas de Informações, da Investigação de Acidentes de Trabalho, das Intoxicações por Metais Pesados, dos Agravos de Caráter Ergonômico, das Pneumopatias de Origem Ocupacional.

Anexo LXXX

LISTA DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO (Origem: PRT MS/GM 1339/1999, Anexo 1)

AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL E DOENÇAS CAUSALMENTE RELACIONADAS COM OS RESPECTIVOS AGENTES OU FATORES DE RISCO (DENOMINADAS E CODIFICADAS SEGUNDO A CID-10)

AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL	DOENÇAS CAUSALMENTE RELACIONADAS COM OS RESPECTIVOS AGENTES OU FATORES DE RISCO (DENOMINADAS E CODIFICADAS SEGUNDO A CID-10)
1) Arsênio e seus compostos arsenicais	- Angiossarcoma do fígado (C22.3) - Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) - Outras neoplasias malignas da pele (C44.-) - Polineuropatia devida a outros agentes tóxicos (G52.2) - Encefalopatia Tóxica Aguda (G92.1) - Blefarite (H01.0) - Conjuntivite (H10) - Queratite e Queratoconjuntivite (H16) - Arritmias cardíacas (I49.-) - Rinite Crônica (J31.0) - Ulceração ou Necrose do Septo Nasal (J34.0) - Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar - Crônica (J68.4) - Estomatite Ulcerativa Crônica (K12.1) - Gastroenterite e Colites tóxicas (K52.-) - Hipertensão Portal (K76.6) - Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-) - Outras formas de hiperpigmentação pela melanina: "Melanodermia" (L81.4) - Leucodermia, não classificada em outra parte (Inclui "Vitiligo Ocupacional") (L81.5) - Ceratose Palmar e Plantar Adquirida (L85.1) - Efeitos Tóxicos Agudos (T57.0)
2) Asbesto ou Amianto	- Neoplasia maligna do estômago (C16.-) - Neoplasia maligna da laringe (C32.-) - Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) - Mesotelioma da pleura (C45.0) - Mesotelioma do peritônio (C45.1) - Mesotelioma do pericárdio (C45.2) - Placas epicárdicas ou pericárdicas (I34.8) - Asbestose (J60.-) - Derrame Pleural (J90.-) -Placas Pleurais (J92.-)

3) Benzeno e seus homólogos tóxicos	- Leucemias (C91-C95.-) - Síndromes Mielodisplásicas (D46.-) - Anemia Aplástica devida a outros agentes externos (D61.2) - Hipoplasia Medular (D61.9) - Púrpura e outras manifestações hemorrágicas (D69.-) - Agranulocitose (Neutropenia tóxica) (D70) - Outros transtornos especificados dos glóbulos brancos: Leucocitose, Reação Leucemóide (D72.8) - Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-) (Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos) - Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-) (Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos) - Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-) (Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos) - Episódios depressivos (F32.-) (Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos) - Neurastenia (Inclui "Síndrome de Fadiga") (F48.0) (Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos) - Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2) - Hipoacusia Ototóxica (H91.0) (Tolueno e Xileno) - Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-) - Efeitos Tóxicos Agudos (T52.1 e T52.2)
4) Berílio e seus compostos tóxicos	- Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) - Conjuntivite (H10) - Beriliose (J63.2) - Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores - ("Bronquite Química Aguda") (J68.0) - Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores ("Edema Pulmonar Químico") (J68.1) - Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) - Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-) - Efeitos Tóxicos Agudos (T56.7)
5) Bromo	- Faringite Aguda ("Angina Aguda", "Dor de Garganta") (J02.9) - Laringotraqueíte Aguda (J04.2) - Faringite Crônica (J31.2) - Sinusite Crônica (J32.-) - Laringotraqueíte Crônica (J37.1) - Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores ("Bronquite Química Aguda") (J68.0) - Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores ("Edema Pulmonar Químico") (J68.1) - Síndrome de Disfunção Reativa das Vias Aéreas (SDVA/RADS) (J68.3) - Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) - Estomatite Ulcerativa Crônica (K12.1) - Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-) - Efeitos Tóxicos Agudos (T57.8.)
6) Cádmio ou seus compostos	- Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) - Transtornos do nervo olfatório (Inclui "Anosmia") (G52.0) - Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores ("Bronquite Química Aguda") (J68.0) - Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores ("Edema Pulmonar Químico") (J68.1) - Síndrome de Disfunção Reativa das Vias Aéreas (SDVA/RADS) (J68.3) - Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) - Enfisema intersticial (J98,2) - Alterações pós-eruptivas da cor dos tecidos duros dos dentes (K03.7) - Gastroenterite e Colites tóxicas (K52.-) - Osteomalácia do Adulto Induzida por Drogas (M83.5) - Nefropatia Túbulo-Intersticial induzida por metais pesados (N14.3) - Efeitos Tóxicos Agudos (T56.3)
7) Carbonetos metálicos de Tungstênio sinterizados	- Outras Rinites Alérgicas (J30.3) - Asma (J45.-) - Pneumoconiose devida a outras poeiras inorgânicas especificadas (J63.8)
8) Chumbo ou seus compostos tóxicos	- Outras anemias devidas a transtornos enzimáticos (D55.8) - Anemia Sideroblástica secundária a toxinas (D64.2) - Hipotireoidismo devido a substâncias exógenas (E03.-) - Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-) - Polineuropatia devida a outras agentes tóxicos (G52.2) - Encefalopatia Tóxica Aguda (G92.1) - Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2) - Hipertensão Arterial (I10.-) - Arritmias Cardíacas (I49.-) - "Cólica do Chumbo" (K59.8) - Gota Induzida pelo Chumbo (M10.1) - Nefropatia Túbulo-Intersticial induzida por metais pesados (N14.3) - Insuficiência Renal Crônica (N17) - Infertilidade Masculina (N46) - Efeitos Tóxicos Agudos(T56.0)
9) Cloro	- Rinite Crônica (J31.0) - Outras Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (Inclui "Asma Obstrutiva", "Bronquite Crônica", "Bronquite Obstrutiva Crônica") (J44.-) - Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores ("Bronquite Química Aguda") (J68.0) - Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores ("Edema Pulmonar Químico") (J68.1) - Síndrome de Disfunção Reativa das Vias Aéreas (SDVA/RADS) (J68.3) - Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) - Efeitos Tóxicos Agudos (T59.4)

10) Cromo ou seus compostos tóxicos	- Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) - Outras Rinites Alérgicas (J30.3) - Rinite Crônica (J31.0) - Ulceração ou Necrose do Septo Nasal (J34.0) - Asma (J45.-) - "Dermatoses Pápulo-Pustulosas e suas complicações infecciosas" (L08.9) - Dermatite Alérgica de Contato (L23.-) - Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-) - Úlcera Crônica da Pele, não classificada em outra parte (L98.4) - Efeitos Tóxicos Agudos (T56.2)
11) Flúor ou seus compostos tóxicos	- Conjuntivite (H10) - Rinite Crônica (J31.0) - Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores ("Bronquite Química Aguda") (J68.0) - Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores ("Edema Pulmonar Químico") (J68.1) - Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) - Erosão Dentária (K03.2) - Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-) - Fluorose do Esqueleto (M85.1) - Intoxicação Aguda (T59.5)
12) Fósforo ou seus compostos tóxicos	- Polineuropatia devida a outros agentes tóxicos (G52.2) - Arritmias cardíacas (I49.-) (Agrotóxicos organofosforados e carbamatos) - Dermatite Alérgica de Contato (L23.-) - Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-) - Osteomalácia do Adulto Induzida por Drogas (M83.5) - Osteonecrose (M87.-): Osteonecrose Devida a Drogas (M87.1); Outras Osteonecroses Secundárias (M87.3) - Intoxicação Aguda (T57.1) (Intoxicação Aguda por Agrotóxicos Organofosforados:T60.0)
13) Hidrocarbonetos alifáticos ou aromáticos (seus derivados halogenados tóxicos)	- Angiossarcoma do fígado (C22.3) - Neoplasia maligna do pâncreas (C25.-) - Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) - Púrpura e outras manifestações hemorrágicas (D69.-) - Hipotireoidismo devido a substâncias exógenas (E03.-) -Outras porfirias (E80.2) - Delirium, não sobreposto à demência, como descrita (F05.0) (Brometo de Metila) - Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-) - Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-) - Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-) - Episódios Depressivos (F32.-) - Neurastenia (Inclui "Síndrome de Fadiga") (F48.0) - Outras formas especificadas de tremor (G25.2) - Transtorno extrapiramidal do movimento não especificado (G25.9) - Transtornos do nervo trigêmio (G50.-) - Polineuropatia devida a outros agentes tóxicos (G52.2) (n-Hexano) - Encefalopatia Tóxica Aguda (G92.1) - Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2) - Conjuntivite (H10) - Neurite Óptica (H46) - Distúrbios visuais subjetivos (H53.-) - Outras vertigens periféricas (H81.3) - Labirintite (H83.0) - Hipoacusia ototóxica (H91.0) - Parada Cardíaca (I46.-) - Arritmias cardíacas (I49.-) - Síndrome de Raynaud (I73.0) (Cloreto de Vinila) - Acrocianose e Acroparestesia (I73.8) (Cloreto de Vinila) - Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores ("Bronquite Química Aguda") (J68.0) - Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores ("Edema Pulmonar Químico") (J68.1) - Síndrome de Disfunção Reativa das Vias Aéreas (SDVA/RADS) (J68.3) - Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) - Doença Tóxica do Fígado (K71.-): Doença Tóxica do Fígado, com Necrose Hepática (K71.1); Doença Tóxica do Fígado, com Hepatite Aguda (K71.2); Doença Tóxica do Fígado com Hepatite Crônica Persistente (K71.3); Doença Tóxica do Fígado com Outros Transtornos Hepáticos (K71.8) - Hipertensão Portal (K76.6) (Cloreto de Vinila) - "Dermatoses Pápulo-Pustulosas e suas complicações infecciosas" (L08.9) - Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-) - "Cloracne" (L70.8) - Outras formas de hiperpigmentação pela melanina: "Melanodermia" (L81.4) - Outros transtornos especificados de pigmentação: "Porfiria Cutânea Tardia" (L81.8) - Geladura (Frostbite) Superficial: Eritema Pérnio (T33) (Anestésicos clorados locais) - Geladura (Frostbite) com Necrose de Tecidos (T34) (Anestésicos clorados locais) - Osteólise (M89.5) (de falanges distais de quirodáctilos) (Cloreto de Vinila) - Síndrome Nefrítica Aguda (N00.-) - Insuficiência Renal Aguda (N17) - Efeitos Tóxicos Agudos (T53.-)

14) Iodo	- Conjuntivite (H10) - Faringite Aguda ("Angina Aguda", "Dor de Garganta") (J02.9) - Laringotraqueíte Aguda (J04.2) - Sinusite Crônica (J32.-) - Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores ("Bronquite Química Aguda") - Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores ("Edema Pulmonar Químico") (J68.1) - Síndrome de Disfunção Reativa das Vias Aéreas (SDVA/RADS) (J68.3) - Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) - Dermatite Alérgica de Contato (L23.-) - Efeitos Tóxicos Agudos (T57.8)
15) Manganês e seus compostos tóxicos	- Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8) - Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-) - Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-) - Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-) - Episódios Depressivos (F32.-) - Neurastenia (Inclui "Síndrome de Fadiga") (F48.0) - Parkisonismo Secundário (G21.2) - Inflamação Coriorretiniana (H30) - Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores ("Bronquite Química Aguda") (J68.0) - Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) - Efeitos Tóxicos Agudos (T57.2)
16) Mercúrio e seus compostos tóxicos	- Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-) - Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-) - Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-) - Episódios Depressivos (F32.-) - Neurastenia (Inclui "Síndrome de Fadiga") (F48.0) - Ataxia Cerebelosa (G11.1) - Outras formas especificadas de tremor (G25.2) - Transtorno extrapiramidal do movimento não especificado (G25.9) - Encefalopatia Tóxica Aguda (G92.1) - Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2) - Arritmias cardíacas (I49.-) - Gengivite Crônica (K05.1) - Estomatite Ulcerativa Crônica (K12.1) - Dermatite Alérgica de Contato (L23.-) - Doença Glomerular Crônica (N03.-) - Nefropatia Túbulo-Intersticial induzida por metais pesados (N14.3) - Efeitos Tóxicos Agudos (T57.1)
17) Substâncias asfixiantes: Monóxido de Carbono, Cianeto de Hidrogênio ou seus derivados tóxicos, Sulfeto de Hidrogênio (Acido Sulfídrico)	- Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8) - Transtornos do nervo olfatório (Inclui "Anosmia") (G52.0) (H2S) - Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2) (Seqüela) - Conjuntivite (H10) (H2S) - Queratite e Queratoconjuntivite (H16) - Angina Pectoris (I20.-) (CO) - Infarto Agudo do Miocárdio (I21.-) (CO) - Parada Cardíaca (I46.-) (CO) - Arritmias cardíacas (I49.-) (CO) - Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores ("Bronquite Química Aguda") (HCN) - Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores ("Edema Pulmonar Químico") (J68.1) (HCN) - Síndrome de Disfunção Reativa das Vias Aéreas (SDVA/RADS) (J68.3) (HCN) - Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) (HCN; H2S) - Efeitos Tóxicos Agudos (T57.3; T58; T59.6)
18) Sílica Livre	- Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) - Cor Pulmonale (I27.9) - Outras Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (Inclui "Asma Obstrutiva", "Bronquite Crônica", "Bronquite Obstrutiva Crônica") (J44.-) - Silicose (J62.8) -Pneumoconiose associada com Tuberculose ("Sílico-Tuberculose") (J63.8) - Síndrome de Caplan (J99.1; M05.3) -Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8)
19) Sulfeto de Carbono ou Dissulfeto de Carbono	- Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-) - Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-) - Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-) - Episódios Depressivos (F32.-) - Neurastenia (Inclui "Síndrome de Fadiga") (F48.0) - Polineuropatia devida a outras agentes tóxicos (G52.2) - Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2) - Neurite Óptica (H46) - Angina Pectoris (I20.-) - Infarto Agudo do Miocárdio (I21.-) - Ateroesclerose (I70.-) e Doença Ateroesclerótica do Coração (I25.1) - Efeitos Tóxicos Agudos (T52.8)
20) Alcatrão, Breu, Betume, Hulha Mineral, Parafina e produtos ou resíduos dessas substâncias, causadores de epiteliomas primitivos da pele	- Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) -Outras neoplasias malignas da pele (C44.-) - Neoplasia maligna da bexiga (C67.-) - Dermatite Alérgica de Contato (L23.-) - Outras formas de hiperpigmentação pela melanina: "Melanodermia" (L81.4)

21) Ruído e afecção auditiva	- Perda da Audição Provocada pelo Ruído (H83.3) - Outras percepções auditivas anormais: Alteração Temporária do Limiar Auditivo, Comprometimento da Discriminação Auditiva e Hiperacusia (H93.2) - Hipertensão Arterial (I10.-) - Ruptura Traumática do Tímpano (pelo ruído) (S09.2)
22) Vibrações (afecções dos músculos, tendões, ossos, articulações, vasos sangüíneos periféricos ou dos nervos periféricos)	- Síndrome de Raynaud (I73.0) - Acrocianose e Acroparestesia (I73.8) - Outros transtornos articulares não classificados em outra parte: Dor Articular (M25.5) - Síndrome Cervicobraquial (M53.1) - Fibromatose da Fascia Palmar: "Contratura ou Moléstia de Dupuytren" (M72.0) -Lesões do Ombro (M75.-): Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro) (M75.0); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso (M75.1); Tendinite Bicipital (M75.2); Tendinite Calcificante do Ombro (M75.3); Bursite do Ombro (M75.5); Outras Lesões do Ombro (M75.8); Lesões do Ombro, não especificadas (M75.9) - Outras entesopatias (M77.-): Epicondilite Medial (M77.0); Epicondilite lateral ("Cotovelo de Tenista"); Mialgia (M79.1) - Outros transtornos especificados dos tecidos moles (M79.8) - Osteonecrose (M87.-): Osteonecrose Devida a Drogas (M87.1); Outras Osteonecroses Secundárias (M87.3) - Doença de Kienböck do Adulto (Osteocondrose do Adulto do Semilunar do Carpo) (M93.1) e outras Osteocondropatias especificadas (M93.8)
23) Ar Comprimido	- Otite Média não supurativa (H65.9) - Perfuração da Membrama do Tímpano (H72 ou S09.2) - Labirintite (H83.0) - Otalgia e Secreção Auditiva (H92.- - Outros transtornos especificados do ouvido (H93.8) - Osteonecrose no "Mal dos Caixões" (M90.3) - Otite Barotraumática (T70.0) - Sinusite Barotraumática (IT70.1) - "Mal dos Caixões" (Doença da Descompressão) (T70.4) - Síndrome devida ao deslocamento de ar de uma explosão (T70.8)
24) Radiações Ionizantes	- Neoplasia maligna da cavidade nasal e dos seios paranasais (C30-C31.-) - Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) - Neoplasia maligna dos ossos e cartilagens articulares dos membros (Inclui "Sarcoma Ósseo") - Outras neoplasias malignas da pele (C44.-) - Leucemias (C91-C95.-) - Síndromes Mielodisplásicas (D46.-) - Anemia Aplástica devida a outros agentes externos (D61.2) - Hipoplasia Medular (D61.9) - Púrpura e outras manifestações hemorrágicas (D69.-) - Agranulocitose (Neutropenia tóxica) (D70) - Outros transtornos especificados dos glóbulos brancos: Leucocitose, Reação Leucemóide (D72.8) - Polineuropatia induzida pela radiação (G62.8) - Blefarite (H01.0) - Conjuntivite (H10) - Queratite e Queratoconjuntivite (H16) - Catarata (H28) - Pneumonite por radiação (J70.0 e J70.1) - Gastroenterite e Colites tóxicas (K52.-) - Radiodermatite (L58.-): Radiodermatite Aguda (L58.0); Radiodermatite Crônica (L58.1); Radiodermatite, não especificada (L58.9); Afecções da pele e do tecido conjuntivo relacionadas com a radiação, não especificadas (L59.9) - Osteonecrose (M87.-): Osteonecrose Devida a Drogas (M87.1); Outras Osteonecroses Secundárias (M87.3) - Infertilidade Masculina (N46) - Efeitos Agudos (não especificados) da Radiação (T66)
25) Microorganismos e parasitas infecciosos vivos e seus produtos tóxicos (Exposição ocupacional ao agente e/ou transmissor da doença, em profissões e/ou condições de trabalho especificadas)	- Tuberculose (A15-A19.-) - Carbúnculo (A22.-) - Brucelose (A23.-) - Leptospirose (A27.-) - Tétano (A35.-) - Psitacose, Ornitose, Doença dos Tratadores de Aves (A70.-) - Dengue (A90.-) - Febre Amarela (A95.-) - Hepatites Virais (B15-B19.-) - Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (B20-B24.-) - Dermatofitose (B35.-) e Outras Micoses Superficiais (B36.-) - Paracoccidiomicose (Blastomicose Sul Americana, Blastomicose Brasileira, Doença de Lutz) (B41.-) - Malária (B50-B54.-) - Leishmaniose Cutânea (B55.1) ou Leishmaniose Cutâneo-Mucosa (B55.2) - Pneumonite por Hipersensibilidade a Poeira Orgânica (J67.-): Pulmão do Granjeiro (ou Pulmão do Fazendeiro) (J67.0); Bagaçose (J67.1); Pulmão dos Criadores de Pássaros (J67.2); Suberose (J67.3); Pulmão dos Trabalhadores de Malte (J67.4); Pulmão dos que Trabalham com Cogumelos (J67.5); Doença Pulmonar Devida a Sistemas de Ar Condicionado e de Umidificação do Ar (J67.7); Pneumonites de Hipersensibilidade Devidas a Outras Poeiras Orgânicas (J67.8); Pneumonite de Hipersensibilidade Devida a Poeira Orgânica não especificada (Alveolite Alérgica Extrínseca SOE; Pneumonite de Hipersensibilidade SOE (J67.0) - "Dermatoses Pápulo-Pustulosas e suas complicações infecciosas" (L08.9)
26) Algodão, Linho, Cânhamo, Sisal	- Outras Rinites Alérgicas (J30.3) - Outras Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (Inclui "Asma Obstrutiva", "Bronquite Crônica", "Bronquite Obstrutiva Crônica") (J44.-) - Asma (J45.-) - Bissinose (J66.0)

27) Agentes físicos, químicos ou biológicos, que afetam a pele, não considerados em outras rubricas	- "Dermatoses Pápulo-Pustulosas e suas complicações infecciosas" (L08.9) - Dermatite Alérgica de Contato (L23.-) - Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-) - Urticária Alérgica (L50.0) - "Urticária Física" (devida ao calor e ao frio) (L50.2) - Urticária de Contato (L50.6) - Queimadura Solar (L55) - Outras Alterações Agudas da Pele devidas a Radiação Ultravioleta (L56.-): Dermatite por Fotocontato (Dermatite de Berloque) (L56.2); Urticária Solar (L56.3); Outras Alterações Agudas Especificadas da Pele devidas a Radiação Ultravioleta (L56.8); Outras Alterações Agudas da Pele devidas a Radiação Ultravioleta, sem outra especificação (L56.9); - Alterações da Pele devidas a Exposição Crônica a Radiação Não Ionizante (L57.-) : Ceratose Actínica (L57.0); Outras Alterações: Dermatite Solar, "Pele de Fazendeiro", "Pele de Marinheiro" (L57.8) - "Cloracne" (L70.8) - "Elaioconiose" ou "Dermatite Folicular" (L72.8) - Outras formas de hiperpigmentação pela melanina: "Melanodermia" (L81.4) - Leucodermia, não classificada em outra parte (Inclui "Vitiligo Ocupacional") (L81.5) - Úlcera Crônica da Pele, não classificada em outra parte (L98.4) - Geladura (Frostbite) Superficial: Eritema Pérnio (T33) (Frio) - Geladura (Frostbite) com Necrose de Tecidos (T34) (Frio)

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo I da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Tuberculose (A15-A19.-)	Exposição ocupacional ao Mycobacterium tuberculosis (Bacilo de Koch) ou Mycobacterium bovis, em atividades em laboratórios de biologia, e atividades realizadas por pessoal de saúde, que propiciam contato direto com produtos contaminados ou com doentes cujos exames bacteriológicos são positivos (Z57.8) (Quadro 25) Hipersuscetibilidade do trabalhador exposto a poeiras de sílica (Sílico-tuberculose) (J65.-)
Carbúnculo (A22.-)	Zoonose causada pela exposição ocupacional ao Bacillus anthracis, em atividades suscetíveis de colocar os trabalhadores em contato direto com animais infectados ou com cadáveres desses animais; trabalhos artesanais ou industriais com pelos, pele, couro ou lã. (Z57.8) (Quadro 25)
Brucelose (A23.-)	Zoonose causada pela exposição ocupacional a Brucella melitensis, B. abortus, B. suis, B. canis, etc., em atividades em abatedouros, frigoríficos, manipulação de produtos de carne; ordenha e fabricação de laticínios e atividades assemelhadas. (Z57.8) (Quadro 25)
Leptospirose (A27.-)	Exposição ocupacional a Leptospira icterohaemorrhagiae (e outras espécies), pelo contato direto com águas sujas, ou efetuado em locais suscetíveis de serem sujos por dejetos de animais portadores da leptospira; trabalhos efetuados dentro de minas, túneis, galerias, esgotos em locais subterrâneos; trabalhos em cursos d¿água; trabalhos de drenagem; contato com roedores; trabalhos com animais domésticos, e com gado; preparação de alimentos de origem animal, de peixes, de laticínios, etc.. (Z57.8) (Quadro 25)
Tétano (A35.-)	Exposição ao Clostridium tetani, em circunstâncias de acidentes do trabalho na agricultura, na construção civil, na indústria, ou em acidentes de trajeto (Z57.8) (Quadro 25)
Psitacose, Ornitose, Doença dos Tratadores de Aves (A70.-)	Zoonoses causadas pela exposição ocupacional a Chlamydia psittaci ou Chlamydia pneumoniae, em trabalhos em criadouros de aves ou pássaros, atividades de Veterinária, em zoológicos, e em laboratórios biológicos, etc.(Z57.8) (Quadro 25)
Dengue [Dengue Clássico] (A90.-)	Exposição ocupacional ao mosquito (Aedes aegypti), transmissor do arbovírus da Dengue, principalmente em atividades em zonas endêmicas, em trabalhos de saúde pública, em trabalhos de laboratórios de pesquisa, entre outros. (Z57.8) (Quadro 25)
Febre Amarela (A95.-)	Exposição ocupacional ao mosquito (Aedes aegypti), transmissor do arbovírus da Febre Amarela, principalmente em atividades em zonas endêmicas, em trabalhos de saúde pública, em trabalhos de laboratórios de pesquisa, entre outros. (Z57.8) (Quadro 25)
Hepatites Virais (B15-B19.-)	Exposição ocupacional ao Vírus da Hepatite A (HAV); Vírus da Hepatite B (HBV); Vírus da Hepatite C (HCV); Vírus da Hepatite D (HDV); Vírus da Hepatite E (HEV), em trabalhos envolvendo manipulação, acondicionamento ou emprego de sangue humano ou de seus derivados; trabalho com "águas usadas" e esgotos; trabalhos em contato com materiais provenientes de doentes ou objetos contaminados por eles. (Z57.8) (Quadro 25)
Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (B20-B24.-)	Exposição ocupacional ao Vírus da Imuno-deficiência Humana (HIV), principalmente em trabalhadores da saúde, em decorrência de acidentes pérfuro-cortantes com agulhas ou material cirúrgico contaminado, e na manipulação, acondicionamento ou emprego de sangue ou de seus derivados, e contato com materiais provenientes de pacientes infectados. (Z57.8) (Quadro 25)
Dermatofitose (B35.-) e Outras Micoses Superficiais (B36.-)	- Exposição ocupacional a fungos do gênero Epidermophyton, Microsporum e Trichophyton, em trabalhos em condições de temperatura elevada e umidade (cozinhas, ginásios, piscinas) e outras situações específicas de exposição ocupacional. (Z57.8) (Quadro 25)
Candidíase (B37.-)	Exposição ocupacional a Candida albicans, Candida glabrata, etc., em trabalhos que requerem longas imersões das mãos em água e irritação mecânica das mãos, tais como trabalhadores de limpeza, lavadeiras, cozinheiras, entre outros. (Z57.8) (Quadro 25)
Paracoccidioidomicose (Blastomicose Sul Americana, Blastomicose Brasileira, Doença de Lutz) (B41.-)	Exposição ocupacional ao Paracoccidioides brasiliensis, principalmente em trabalhos agrícolas ou florestais e em zonas endêmicas. (Z57.8) (Quadro 25)
Malária (B50 ¿ B54.-)	- Exposição ocupacional ao Plasmodium malariae; Plasmodium vivax; Plasmodium falciparum ou outros protozoários, principalmente em atividades de mineração, construção de barragens ou rodovias, em extração de petróleo e outras atividades que obrigam a entrada dos trabalhadores em zonas endêmicas (Z57.8) (Quadro 25)
Leishmaniose Cutânea (B55.1) ou Leishmaniose Cutâneo-Mucosa (B55.2)	Exposição ocupacional à Leishmania braziliensis, principalmente em trabalhos agrícolas ou florestais e em zonas endêmicas, e outras situações específicas de exposição ocupacional. (Z57.8) (Quadro 25)

NEOPLASIAS (TUMORES) RELACIONADOS COM O TRABALHO (GRUPO II da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Neoplasia maligna do estômago (C16.-)	- Asbesto ou Amianto (X49.-; Z57.2)(Quadro 2)
Angiossarcoma do fígado (C22.3)	- Arsênio e seus compostos arsenicais (X48.-; X49.-; Z57.5) (Quadro 1) - Cloreto de Vinila (X46.-; Z57.5) (Quadro 13)
Neoplasia maligna do pâncreas (C25.-)	- Cloreto de Vinila (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) - Epicloridrina (X49.-; Z57.5) - Hidrocarbonetos alifáticos e aromáticos na Indústria do Petróleo (X46.-; Z57.5)
Neoplasia maligna da cavidade nasal e dos seios paranasais (C30-C31.-)	- Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1)(Quadro 24) - Níquel e seus compostos (X49.-; Z57.5) - Poeiras de madeira e outras poeiras orgânicas da indústria do mobiliário (X49.-;Z57.2) - Poeiras da indústria do couro (X49.-; Z57.2) - Poeiras orgânicas (na indústria têxtil e em padarias) (X49.-; Z57.2) 60-Indústria do petróleo (X46.-; Z57.5)
Neoplasia maligna da laringe (C32.-)	- Asbesto ou Amianto (Z57.2) (Quadro 2)

Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-)	- Arsênio e seus compostos arsenicais (X48.-; X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1) - Asbesto ou Amianto (X49.-; Z57.2) (Quadro 2) - Berílio (X49.-; Z57.5) (Quadro 4) - Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5)(Quadro 6) - Cromo e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 10) - Cloreto de Vinila (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) - Clorometil éteres (X49.-; Z57.5) (Quadro 13) - Sílica-livre (Z57.2) (Quadro 18) - Alcatrão, breu, betume, hulha mineral, parafina e produtos de resíduos dessas substâncias (X49.-; Z57.5) (Quadro 20) - Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24) - Emissões de fornos de coque (X49.-; Z57.5) - Níquel e seus compostos (X49.-; Z57.5) - Acrilonitrila (X49.-; Z57.5) - Indústria do alumínio (fundições) (X49.-; Z57.5) - Neblinas de óleos minerais (óleo de corte) (X49.-; Z57.5) - Fundições de metais (X49.-; Z57.5)
Neoplasia maligna dos ossos e cartilagens articulares dos membros (Inclui "Sarcoma Ósseo") (C40.-)	- Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24)
Outras neoplasias malignas da pele (C44.-)	- Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1) - Alcatrão, breu, betume, hulha mineral, parafina e produtos de resíduos dessas substâncias causadores de epiteliomas da pele (X49.-; Z57.5) (Quadro 20) - Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24) - Radiações ultravioletas (W89; Z57.1)
Mesotelioma (C45.-) Mesotelioma da pleura (C45.0), Mesotelioma do peritônio (C45.1) Mesotelioma do pericárdio (C45.2)	- Asbesto ou Amianto (X49.-; Z57.2) (Quadro 2)
Neoplasia maligna da bexiga (C67.-)	- Alcatrão, breu, betume, hulha mineral, parafina e produtos de resíduos dessas substâncias (X49.-; Z57.5 (Quadro 20) - Aminas aromáticas e seus derivados (Beta-naftilamina, 2-cloroanilina, benzidina, otoluidina, 4-cloro-orto-toluidina (X49.-;Z57.5) -Emissões de fornos de coque (X49.-; Z57.5)
Leucemias (C91-C95.-)	- Benzeno (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) - Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24) - Óxido de etileno (X49.-; Z57.5) - Agentes antineoplásicos (X49.-; Z57.5) - Campos eletromagnéticos (W90.-; Z57.5) - Agrotóxicos clorados (Clordane e Heptaclor) (X48.-; Z57.4)

DOENÇAS DO SANGUE E DOS ÓRGÃOS HEMATOPOÉTICOS RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo III da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Síndromes Mielodisplásicas (D46.-)	- Benzeno (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) - Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24)
Outras anemias devidas a transtornos enzimáticos (D55.8)	- Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8)
Anemia Hemolítica adquirida (D59.2)	- Derivados nitrados e aminados do Benzeno (X46.-; Z57.5)
Anemia Aplástica devida a outros agentes externos (D61.2)	- Benzeno (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) - Radiações ionizantes (W88.-) (Quadro 24)
Anemia Aplástica não especificada, Anemia hipoplástica SOE, Hipoplasia medular (D61.9)	- Benzeno (X46.-; Z57.5)(Quadro 3) - Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24)
Anemia Sideroblástica secundária a toxinas (Inclui "Anemia Hipocrômica, Microcítica, com Reticulocitose") (D64.2)	- Chumbo ou seus compostos tóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 8)
Púrpura e outras manifestações hemorrágicas (D69.-)	- Benzeno (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) - Cloreto de Vinila (X46.-)(Quadro 13) - Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24)
Agranulocitose (Neutropenia tóxica) (D70)	- Benzeno (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) - Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24) - Derivados do Fenol, Pentaclorofenol, Hidroxibenzonitrilo (X49.-; XZ57.5)
Outros transtornos especificados dos glóbulos brancos: leucocitose, reação leucemóide (D72.8)	- Benzeno (X46.-; Z57.5)(Quadro 3) - Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24)
Metahemoglobinemia (D74.-)	- Aminas aromáticas e seus derivados (X49.-; Z57.5)

DOENÇAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo IV da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Hipotireoidismo devido a substâncias exógenas (E03.-)	- Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8) - Hidrocarbonetos halogenados (Clorobenzeno e seus derivados) (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) - Tiuracil (X49.-; Z57.5) - Tiocinatos (X49.-; Z57.5) - Tiuréia (X49.-; Z57.5)
Outras Porfirias (E.80.2)	-Clorobenzeno e seus derivados (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13)

TRANSTORNOS MENTAIS E DO COMPORTAMENTO RELACIONADOS COM O TRABALHO (Grupo V da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8)	-Manganês (X49.-; Z57.5) (Quadro 15) -Substâncias asfixiantes: CO, H2S, etc. (seqüela) (X47.-; Z57.5) (Quadro 17) -Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro 19)
Delirium, não sobreposto a demência, como descrita (F05.0)	- Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) - Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro 19)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300507

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-) Transtorno Cognitivo Leve (F06.7)	- Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) - Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8) - Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) - Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) - Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 15) - Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 16) - Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro 19) - Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-) Transtorno Orgânico de Personalidade (F07.0) Outros transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão ou disfunção cerebral (F07.8)	- Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) - Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) - Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) - Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 15) - Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 16) - Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro 19) - Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-)	- Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) - Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) - Brometo de Metila (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) - Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 15) - Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 16) - Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro 19) - Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do álcool: Alcoolismo Crônico (Relacionado com o Trabalho) (F10.2)	- Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Condições difíceis de trabalho (Z56.5) -Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
Episódios Depressivos (F32.-)	- Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) - Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) - Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) - Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 15) - Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 16) - Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5)(Quadro 19) - Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Reações ao "Stress" Grave e Transtornos de Adaptação (F43.-) Estado de "Stress" Pós-Traumático (F43.1)	-Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho: reação após acidente do trabalho grave ou catastrófico, ou após assalto no trabalho (Z56.6) -Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
Neurastenia (Inclui "Síndrome de Fadiga") (F48.0)	- Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) - Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) - Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) - Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 15) - Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 16) - Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro 19) - Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Outros transtornos neuróticos especificados (Inclui "Neurose Profissional") (F48.8)	- Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-): Desemprego (Z56.0); Mudança de emprego (Z56.1); Ameaça de perda de emprego (Z56.2); Ritmo de trabalho penoso (Z56.3); Desacordo com patrão e colegas de trabalho (Condições difíceis de trabalho) (Z56.5); Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)
Transtorno do Ciclo Vigília-Sono Devido a Fatores Não-Orgânicos (F51.2)	Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Má adaptação à organização do horário de trabalho (Trabalho em Turnos ou Trabalho Noturno) (Z56.6) -Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
- Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) - Outras dificuldades físicase mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)	- Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) - Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)

DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo VI da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Ataxia Cerebelosa (G11.1)	- Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 16)
Parkisonismo Secundário devido a outros agentes externos (G21.2)	- Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 15)
Outras formas especificadas de tremor (G25.2)	- Brometo de metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) - Tetracloroetano (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) - Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 16) -Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Transtorno extrapiramidal do movimento não especificado (G25.9)	- Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 16) - Cloreto de metileno (Diclorometano) e outros solventes halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13)
Distúrbios do Ciclo Vigília-Sono (G47.2)	Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Má adaptação à organização do horário de trabalho (Trabalho em Turnos ou Trabalho Noturno) (Z56.6)
Transtornos do nervo trigêmio (G50.-)	- Tricloroetileno e outros solventes halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13)
Transtornos do nervo olfatório (G52.0) (Inclui "Anosmia")	- Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro 6) - Sulfeto de hidrogênio (X49.-; Z57.5) (Quadro 17)
Transtornos do plexo braquial (Síndrome da Saída do Tórax, Síndrome do Desfiladeiro Torácico) (G54.0)	- Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)
Mononeuropatias dos Membros Superiores (G56.-) Síndrome do Túnel do Carpo (G56.0) Outras Lesões do Nervo Mediano: Síndrome do Pronador Redondo (G56.1) Síndrome do Canal de Guyon (G56.2) Lesão do Nervo Cubital (ulnar): Sindrome do Túnel Cubital (G56.2) Lesão do Nervo Radial (G56.3) Outras Mononeuropatias dos Membros Superiores: Compressão do Nervo Supraescapular (G56.8)	- Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)
Mononeuropatias do membro inferior (G57.) Lesão do Nervo Poplíteo Lateral (G57.3)	- Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)
Polineuropatia devida a outros agentes tóxicos (G62.2)	- Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1) - Chumbo e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8) - Fósforo (X48.-; X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 12) - Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5)(Quadro 19) - n-Hexano (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) - Metil-n-Butil Cetona (MBK) (X46.-; Z57.5)
Polineuropatia induzida pela radiação (G62.8)	- Radiações ionizantes (X88.-; Z57.1) (Quadro 24)
Encefalopatia Tóxica Aguda (G92.1)	- Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1) - Chumbo e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8) - Hidrocarbonetos alifáticos ou aromáticos (seus derivados halogenados neurotóxicos) (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) - Mercúrio e seus derivados tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 16)

Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2)	- Tolueno e Xileno (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) -Chumbo e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8) - Solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) -Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 16) -Substâncias asfixiantes: CO, H2S, etc. (seqüela) (X47.-; Z57.5) (Quadro 17) - Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro 19)

DOENÇAS DO OLHO E ANEXOS RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo VII da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Blefarite (H01.0)	- Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1) - Radiações Ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24) - Cimento (X49.-; Z57.2)
Conjuntivite (H10)	- Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1) - Berílio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 4) - Flúor e seus compostos tóxicos (X49.-) (Quadro 11) - Iodo (X49.-; Z57.5) (Quadro 14) - Cloreto de etila (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) - Tetracloreto de carbono (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) - Outros solventes halogenados tóxicos (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) - Ácido sulfídrico (Sulfeto de hidrogênio) (X49.-; Z57.5) (Quadro 17) - Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24) - Radiações Ultravioletas (W89; Z57.1 - Acrilatos (X49.-; Z57.5) - Cimento (X49.-; Z57.2) - Enzimas de origem animal, vegetal ou bacteriana (X44.-; Z57.2) - Furfural e Álcoól Furfurílico (X45.-; Z57.5) - Isocianatos orgânicos (X49.-; Z57.5) - Selênio e seus compostos (X49.-; Z57.5)
Queratite e Queratoconjuntivite (H16)	- Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1) - Ácido sulfídrico (Sulfeto de hidrogênio) (X49.-; Z57.5) (Quadro 17) - Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24) - Radiações Infravermelhas (W90.-; Z57.1)} - Radiações Ultravioletas (W89.-; Z57.1)
Catarata (H28)	- Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24) - Radiações Infravermelhas (W90.-; Z57.1)
Inflamação Coriorretiniana (H30)	- Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 15)
Neurite Óptica (H46)	- Brometo de metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) - Cloreto de metileno (Diclorometano) e outros solventes clorados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) - Tetracloreto de carbono (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) - Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5)(Quadro 19) -Metanol (X45.-; Z57.5)
Distúrbios visuais subjetivos (H53.-)	- Brometo de metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) - Cloreto de metileno e outros solventes clorados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13)

DOENÇAS DO OUVIDO RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo VIII da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Otite Média não-supurativa (H65.9)	- "Ar Comprimido" (W94.-; Z57.8) (Quadro 23) - Pressão atmosférica inferior à pressão padrão (W94.-; Z57.8)
Perfuração da Membrana do Tímpano (H72 ou S09.2)	- "Ar Comprimido" (W94.-; Z57.8) (Tabela 23) - Pressão atmosférica inferior à pressão padrão (W94.-; Z57.8)
Outras vertigens periféricas (H81.3)	- Cloreto de metileno e outros solventes halogenados tóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13)
Labirintite (H83.0)	- Brometo de metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) - "Ar Comprimido" (W94.-; Z57.8) (Quadro 23)
Efeitos do ruído sobre o ouvido interno/ Perda da Audição Provocada pelo Ruído e Trauma Acústico (H83.3)	- Exposição ocupacional ao Ruído (Z57.0; W42.-) (Quadro 21)
Hipoacusia Ototóxica (H91.0)	60-Homólogos do Benzeno otoneurotóxicos (Tolueno e Xileno) (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) -Solventes orgânicos otoneurotóxicos (X46.-; Z57.8) (Quadro 13)
Otalgia e Secreção Auditiva (H92.-) Otalgia (H92.0), Otorréia (H92.1) ou Otorragia (H92.2)	- "Ar Comprimido" (W94.-; Z57.8) (Quadro 23)
Outras percepções auditivas anormais: Alteração Temporária do Limiar Auditivo, Comprometimento da Discriminação Auditiva e Hiperacusia (H93.2)	- Exposição ocupacional ao Ruído (Z57.0; X42.-) (Quadro 21)
Outros transtornos especificados do ouvido (H93.8)	- Brometo de metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) - "Ar Comprimido" (W94.-; Z57.8) (Quadro 23)
Otite Barotraumática (T70.0)	- "Ar Comprimido" (W94.-; Z57.8) (Quadro 23) - Alterações na pressão atmosférica ou na pressão da água no ambiente (W94.-; Z57.8)
Sinusite Barotraumática (T70.1)	- "Ar Comprimido" (W94.-; Z57.8) (Quadro 23) - Alterações na pressão atmosférica ou na pressão da água no ambiente (W94.-)
"Mal dos Caixões" (Doença de Descompressão) (T70.4)	- "Ar Comprimido" (W94.-; Z57.8)(Quadro 23) - Alterações na pressão atmosférica ou na pressão da água no ambiente (W94.-; Z57.8)
Síndrome devida ao deslocamento de ar de uma explosão (T70.8)	- "Ar Comprimido" (W94.-; Z57.8) (Quadro 23) - Alterações na pressão atmosférica ou na pressão da água no ambiente (W94.-; Z57.8)

DOENÇAS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo IX da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Hipertensão Arterial (I10.-)	-Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8) -Exposição ocupacional ao Ruído (Z57.0; X42.-) (Quadro 21) -Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-)
Angina Pectoris (I20.-)	- Monóxido de Carbono (X47.-; Z57.5) (Quadro 17.1) - Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5)(Quadro 19) - Nitroglicerina e outros ésteres do ácido nítrico (X49.-; Z57.5) - Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-)
Infarto Agudo do Miocárdio (I21.-)	-Monóxido de Carbono (X47.-; Z57.5) (Quadro 17.1) -Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5)(Quadro 19) -Nitroglicerina e outros ésteres do ácido nítrico (X49.-; Z57.5) -Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-)
Cor Pulmonale SOE ou Doença Cardio-Pulmonar Crônica (I27.9)	- Complicação evolutiva das pneumoconioses graves, principalmente Silicose (Z57.2) (Quadro 18)
Placas epicárdicas ou pericárdicas (I34.8)	- Asbesto ou Amianto (W83.-; Z57.2) (Quadro 2)
Parada Cardíaca (I46.-)	-Derivados halogenados dos hidrocarbonetos alifáticos (X46.-) (Quadro 13) -Monóxido de Carbono (X47.-; Z57.5) (Quadro 17.1) -Outros agentes potencialmente causadores de arritmia cardíaca (Z57.5)
Arritmias cardíacas (I49.-)	-Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.5) (Quadro 1) -Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8) -Derivados halogenados dos hidrocarbonetos alifáticos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) -Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 16) -Monóxido de Carbono (X47.-; Z57.5) (Quadro 17.1) -Agrotóxicos organofosforados e carbamatos (X48; Z57.4) (Quadros 12 e 27) -Exposição ocupacional a Cobalto (X49.-; Z57.5) -Nitroglicerina e outros ésteres do ácido nítrico (X49.-; Z57.5) -Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-)
Ateroesclerose (I70.-) Doença Ateroesclerótica do Coração (I25.1)	- Sulfeto de carbono (X49.-; Z57.5)(Quadro 19)
Síndrome de Raynaud (I73.0)	- Cloreto de vinila (X46.-; Z57.5)(Quadro 13) - Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22) - Trabalho em baixas temperaturas (frio) (W93.-; Z57.6)
Acrocianose e Acroparestesia (I73.8)	- Cloreto de vinila (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) - Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22) - Trabalho em baixas temperaturas (frio) (W93.-; Z57.6)

DOENÇAS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo X da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Faringite Aguda, não especificada ("Angina Aguda", "Dor de Garganta") (J02.9)	- Bromo (X49.-; Z57.5) (Quadro 5) - Iodo (X49.-; Z57.5)(Quadro 14)
Laringotraqueíte Aguda (J04.2)	- Bromo (X49.-; Z57.5) (Quadro 5) - Iodo (X49.-; Z57.5)(Quadro 14)
Outras Rinites Alérgicas (J30.3)	-Carbonetos metálicos de tungstênio sinterizados (X49.-; Z57.2 e Z57.5) (Quadro 7) -Cromo e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 10) -Poeiras de algodão, linho, cânhamo ou sisal (Z57.2) (Quadro 26) -Acrilatos (X49.-; Z57.5) -Aldeído fórmico e seus polímeros (X49.-; Z57.5) -Aminas aromáticas e seus derivados (X49.-; Z57.5) -Anidrido ftálico (X49.-; Z57.5) -Azodicarbonamida (X49.-; Z57.5) -Carbetos de metais duros: cobalto e titânio (Z57.2) -Enzimas de origem animal, vegetal ou bacteriano (X44.-; Z57.3) -Furfural e Álcoól Furfurílico (X45.-; Z57.5) -Isocianatos orgânicos (X49.-; Z57.5) -Níquel e seus compostos (X49.-; Z57.5) -Pentóxido de vanádio (X49.-; Z57.5) -Produtos da pirólise de plásticos, cloreto de vinila, teflon (X49.-; Z57.5) -Sulfitos, bissulfitos e persulfatos (X49.-; Z57.5) -Medicamentos: macrólidos; ranetidina; penicilina e seus sais; cefalosporinas (X44.-; Z57.3) -Proteínas animais em aerossóis (Z57.3) -Outras substâncias de origem vegetal (cereais, farinhas, serragem, etc.) (Z57.2) -Outras susbtâncias químicas sensibilizantes da pele e das vias respiratórias (X49.-; Z57.2) (Quadro 27)
Rinite Crônica (J31.0)	- Arsênico e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1) - Cloro gasoso (X47.-; Z57.5)(Quadro 9) - Cromo e seus compostos tóxicos (X49.-) (Quadro 10) - Gás de flúor e Fluoreto de Hidrogênio (X47.-; Z57.5) (Quadro 11) - Amônia (X47.-; Z57.5) - Anidrido sulfuroso (X49.-; Z57.5) - Cimento (Z57.2) - Fenol e homólogos (X46.-; Z57.5) - Névoas de ácidos minerais (X47.-; Z57.5) - Níquel e seus compostos (X49.-; Z57.5) - Selênio e seus compostos (X49.-; Z57.5)
Faringite Crônica (J31.2)	- Bromo (X49.-; Z57.5)(Quadro 5)
Sinusite Crônica (J32.-)	- Bromo (X49.-; Z57.5)(Quadro 5) - Iodo (X49.-; Z57.5)(Quadro 14)
Ulceração ou Necrose do Septo Nasal (J34.0)	- Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1) - Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro 6) - Cromo e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 10) - Soluções e aeoressóis de Ácido Cianídrico e seus derivados (X47.-; Z57.5) (Quadro17)
Perfuração do Septo Nasal (J34.8)	- Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1) - Cromo e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 10)
Laringotraqueíte Crônica (J37.1)	- Bromo (X49.-; Z57.5) (Quadro 5)
Outras Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (Inclui: "Asma Obstrutiva", "Bronquite Crônica", "Bronquite Asmática", "Bronquite Obstrutiva Crônica") (J44.-)	- Cloro gasoso (X47.-; Z57.5)(Quadro 9) - Exposição ocupacional à poeira de sílica livre (Z57.2-) (Quadro 18) - Exposição ocupacional a poeiras de algodão, linho, cânhamo ou sisal (Z57.2-) (Quadro 26) - Amônia (X49.-; Z57.5) - Anidrido sulfuroso (X49.-; Z57.5) - Névoas e aerossóis de ácidos minerais (X47.-; Z57.5) - Exposição ocupacional a poeiras de carvão mineral (Z57.2)
Asma (J45.-)	-Mesma lista das substâncias sensibilizantes produtoras de Rinite Alérgica (X49.-; Z57.2, Z57.4 e Z57.5)
Pneumoconiose dos Trabalhadores do Carvão (J60.-)	- Exposição ocupacional a poeiras de carvão mineral (Z57.2) - Exposição ocupacional a poeiras de sílica-livre (Z57.2) (Quadro 18)
Pneumoconiose devida ao Asbesto (Asbestose) e a outras fibras minerais (J61.-)	- Exposição ocupacional a poeiras de asbesto ou amianto (Z57.2) (Quadro 2)
Pneumoconiose devida à poeira de Sílica (Silicose) (J62.8)	- Exposição ocupacional a poeiras de sílica-livre (Z57.2) (Quadro 18)
Beriliose (J63.2)	- Exposição ocupacional a poeiras de berílio e seus compostos tóxicos (Z57.2) (Quadro 4)
Siderose (J63.4)	- Exposição ocupacional a poeiras de ferro (Z57.2)
Estanhose (J63.5)	- Exposição ocupacional a poeiras de estanho (Z57.2)
Pneumoconiose devida a outras poeiras inorgânicas especificadas (J63.8)	- Exposição ocupacional a poeiras de carboneto de tungstênio (Z57.2)(Quadro 7) - Exposição ocupacional a poeiras de carbetos de metais duros (Cobalto, Titânio, etc.) (Z57.2) - Exposição ocupacional a rocha fosfática (Z57.2) - Exposição ocupacional a poeiras de alumina (Al2O3) ("Doença de Shaver") (Z57.2)
Pneumoconiose associada com Tuberculose ("Silico-Tuberculose") (J65.-)	- Exposição ocupacional a poeiras de sílica-livre (Z57.2) (Quadro 18)
Doenças das vias aéreas devidas a poeiras orgânicas (J66.-): Bissinose (J66.0), devidas a outras poeiras orgânicas especificadas (J66.8)	- Exposição ocupacional a poeiras de algodão, linho, cânhamo, sisal (Z57.2) (Quadro 26)
Pneumonite por Hipersensibilidade a Poeira Orgânica (J67.-) Pulmão do Granjeiro (ou Pulmão do Fazendeiro) (J67.0) Bagaçose (J67.1); Pulmão dos Criadores de Pássaros (J67.2) Suberose (J67.3) Pulmão dos Trabalhadores de Malte (J67.4) Pulmão dos que Trabalham com Cogumelos (J67.5) Doença Pulmonar Devida a Sistemas de Ar Condicionado e de Umidificação do Ar (J67.7) Pneumonites de Hipersensibilidade Devidas a Outras Poeiras Orgânicas (J67.8) Pneumonite de Hipersensibilidade Devida a Poeira Orgânica não especificada (Alveolite Alérgica Extrínseca SOE; Pneumonite de Hipersensibilidade SOE (J67.0)	- Exposição ocupacional a poeiras contendo microorganismos e parasitas infecciosos vivos e seus produtos tóxicos (Z57.2) (Quadro 25) - Exposição ocupacional a outras poeiras orgânicas (Z57.2)
Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores ("Bronquite Química Aguda") (J68.0)	- Berílio e seus compostos tóxicos (X49.-; ZX57.5) (Quadro 4) - Bromo (X49.-; Z57.5)(Quadro 5) - Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5)(Quadro 6) - Gás Cloro (X47.-; Z57.5) (Quadro 9) - Flúor ou seus compostos tóxicos (X47.-; Z57.5) (Quadro 11) - Solventes halogenados irritantes respiratórios (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) -Iodo (X49.-; Z57.5) (Quadro 14) - Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 15) - Cianeto de hidrogênio (X47.-; Z57.5) (Quadro 17)
Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (Edema Pulmonar Químico) (J68.1)	- Berílio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 4) - Bromo (X49.-; Z57.5)(Quadro 5) - Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro 6) - Gás Cloro (X47.-; Z57.5) (Quadro 9) - Flúor e seus compostos (X47.-; Z57.5) (Quadro 11) - Solventes halogenados irritantes respiratórios (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) - Iodo (X49.-; Z57.5) (Quadro 14) - Cianeto de hidrogênio (X47.-; Z57.5) (Quadro 17)
Síndrome de Disfunção Reativa das Vias Aéreas (SDVA/RADS) (J68.3)	- Bromo (X49.-; Z57.5) (Quadro 5) - Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro 6) - Gás Cloro (X47.-; Z57.5)(Quadro 9) - Solventes halogenados irritantes respiratórios (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) - Iodo (X49.-; Z57.5)(Quadro 14) - Cianeto de hidrogênio (X47.-; Z57.5) (Quadro 17) - Amônia (X49.-; Z57.5)

Afeccções respiratórias crônicas devidas à inalação de gases, fumos, vapores e substâncias químicas: Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso, Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4)	- Arsênico e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1) - Berílio e seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro 4) - Bromo (X49.-; Z57.5)(Quadro 5) - Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro 6) - Gás Cloro (X47.-; Z57.5) (Quadro 9) - Flúor e seus compostos (X47.-; Z57.5) (Quadro 11) - Solventes halogenados irritantes respiratórios (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) - Iodo (X49.-; Z57.5)(Quadro 14) - Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 15) - Cianeto de hidrogênio (X47.-; Z57.5)(Quadro 17) - Ácido Sulfídrico (Sulfeto de hidrogênio) (X47.-; Z57.5) (Quadro 17) - Carbetos de metais duros (X49.-; Z57.5) - Amônia (X49.-; Z57.5) - Anidrido sulfuroso (X49.-; Z57.5) - Névoas e aerossóis de ácidos minerais (X47.-; Z57.5) - Acrilatos (X49.-; Z57.5) - Selênio e seus compostos (X49.-; Z57.5)
Pneumonite por Radiação (manifestação aguda) (J70.0) e Fibrose Pulmonar Conseqüente a Radiação (manifestação crônica) (J70.1)	- Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24)
Derrame pleural (J90.-)	- Exposição ocupacional a poeiras de Asbesto ou Amianto (Z57.2) (Quadro 2)
Placas pleurais (J92.-)	- Exposição ocupacional a poeiras de Asbesto ou Amianto (Z57.2)(Quadro 2)
Enfisema intersticial (J98.2)	- Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro 6)
Transtornos respiratórios em outras doenças sistêmicas do tecido conjuntivo classificadas em outra parte (M05.3): "Síndrome de Caplan" (J99.1)	- Exposição ocupacional a poeiras de Carvão Mineral (Z57.2) - Exposição ocupacional a poeiras de Sílica livre (Z57.2) (Quadro 18)

DOENÇAS DO SISTEMA DIGESTIVO RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo XI da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Erosão Dentária (K03.2)	-Névoas de fluoretos ou seus compostos tóxicos (X47.-; Z57.5) (Quadro 11) -Exposição ocupacional a outras névoas ácidas (X47.-; Z57.5)
Alterações pós-eruptivas da cor dos tecidos duros dos dentes (K03.7)	-Névoas de Cádmio ou seus compostos (X47.-; Z57.5) (Quadro 6) -Exposição ocupacional a metais: Cobre, Níquel, Prata (X47.-; Z57.5)
Gengivite Crônica (K05.1)	-Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 16)
Estomatite Ulcerativa Crônica (K12.1)	- Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.5) (Quadro 1) - Bromo (X49.-; Z57.5) (Quadro 12. - Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 16)
Gastroenterite e Colite tóxicas (K52.-)	-Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.5) (Quadro 1) -Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro 6) -Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24)
Outros transtornos funcionais do intestino ("Síndrome dolorosa abdominal paroxística apirética, com estado suboclusivo ("cólica do chumbo") (K59.8)	- Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8)
Doença Tóxica do Fígado (K71.-) Doença Tóxica do Fígado, com Necrose Hepática (K71.1) Doença Tóxica do Fígado, com Hepatite Aguda (K71.2) Doença Tóxica do Fígado com Hepatite Crônica Persistente (K71.3) Doença Tóxica do Fígado com Outros Transtornos Hepáticos (K71.8)	-Cloreto de Vinila, Clorobenzeno Tetracloreto de Carbono, Clorofórmio, e outros solventes halogenados hepatotóxicos (X46.- e X48.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) -Hexaclorobenzeno (HCB) (X48.-; Z57.4 e Z57.5) - Bifenilas policloradas (PCBs) (X49.-; Z57.4 e Z57.5) -Tetraclorodibenzodioxina (TCDD) (X49.-)
Hipertensão Portal (K76.6)	-Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1) -Cloreto de Vinila (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) -Tório (X49.-; Z57.5)

DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo XII da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Outras Infecções Locais da Pele e do Tecido Subcutâneo: "Dermatoses Pápulo-Pustulosas e suas complicações infecciosas" (L08.9)	- Cromo e seus compostos tóxicos (Z57.5) (Quadro 10) - Hidrocarbonetos alifáticos ou aromáticos (seus derivados tóxicos) (Z57.5) (Quadro 13) - Microorganismos e parasitas infecciosos vivos e seus produtos tóxicos (Z57.5) (Quadro 25) - Outros agentes químicos ou biológicos que afetem a pele, não considerados em outras rubricas (Z57.5) (Quadro 27)
Dermatite Alérgica de Contato devida a Metais (L23.0)	- Cromo e seus compostos tóxicos (Z57.5) (Quadro 10) - Mercúrio e seus compostos tóxicos (Z57.5) (Quadro 16)
Dermatite Alérgica de Contato devida a Adesivos (L23.1)	- Adesivos, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro 27)
Dermatite Alérgica de Contato devida a Cosméticos (fabricação/manipulação) (L23.2)	- Fabricação/manipulação de Cosméticos (Z57.5) (Quadro 27)
Dermatite Alérgica de Contato devida a Drogas em contato com a pele (L23.3)	- Drogas, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro 27)
Dermatite Alérgica de Contato devida Corantes (L23.4)	- Corantes, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro 27)
Dermatite Alérgica de Contato devida outros produtos químicos (L23.5)	- Cromo e seus compostos tóxicos (Z57.5) (Quadro 10) - Fósforo ou seus produtos tóxicos (Z57.5) (Quadro 12) - Iodo (Z57.5) (Quadro 14) - Alcatrão, Breu, Betume, Hulha Mineral, Parafina ou resíduos dessas substâncias (Z57.8) (Quadro 20) - Borracha (Z57.8) (Quadro 27) - Inseticidas (Z57.5) (Quadro 27) - Plásticos (Z57.8) (Quadro 27)
Dermatite Alérgica de Contato devida a Alimentos em contato com a pele (fabricação/ manipulação) (L23.6)	- Fabricação/manipulação de Alimentos (Z57.5) (Quadro 27)
Dermatite Alérgica de Contato devida a Plantas (Não inclui plantas usadas como alimentos) (L23.7)	- Manipulação de Plantas, em exposição ocupacional (Z57.8) (Quadro 27)
Dermatite Alérgica de Contato devida a outros agentes (Causa Externa especificada) (L23.8)	- Agentes químicos, não especificados anteriormente, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro 27)
Dermatite de Contato por Irritantes devida a Detergentes (L24.0)	- Detergentes, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro 27)
Dermatite de Contato por Irritantes devida a Óleos e Gorduras (L24.1)	- Óleos e Gorduras, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro 27)
Dermatite de Contato por Irritantes devida a Solventes: Cetonas, Ciclohexano, Compostos do Cloro, Esteres, Glicol, Hidrocarbonetos (L24.2)	60-Benzeno (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) -Hidrocarbonetos aromáticos ou alifáticos ou seus derivados halogenados tóxicos (Z57.5) (Quadro 13)
Dermatite de Contato por Irritantes devida a Cosméticos (L24.3)	- Cosméticos, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro 27)
Dermatite de Contato por Irritantes devida a Drogas em contato com a pele (L24.4)	- Drogas, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro 27)
Dermatite de Contato por Irritantes devida a outros produtos químicos: Arsênio,Berílio, Bromo, Cromo, Cimento, Flúor, Fósforo, Inseticidas (L24.5)	- Arsênio e seus compostos arsenicais (Z57.5) (Quadro 1) - Berílio e seus compostos tóxicos (Z57.5) (Quadro 4) - Bromo (Z57.5) (Quadro 5) - Cromo e seus compostos tóxicos (Z57.5) (Quadro 10) - Flúor ou seus compostos tóxicos (Z57.5) (Quadro 11) - Fósforo (Z57.5) (Quadro 12)
Dermatite de Contato por Irritantes devida a Alimentos em contato com a pele (L24.6)	- Alimentos, em exposição ocupacional (Z57.8) (Quadro 27)
Dermatite de Contato por Irritantes devida a Plantas, exceto alimentos (L24.7)	- Plantas, em exposição ocupacional (Z57.8) (Quadro 27)
Dermatite de Contato por Irritantes devida a outros agentes: Corantes (L24.8)	- Agentes químicos, não especificados anteriormente, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro 27)
Urticária Alérgica (L50.0)	- Agrotóxicos e outros produtos químicos (X48.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 27)
Urticária devida ao Calor e ao Frio (L50.2)	- Exposição ocupacional a calor e frio (W92,-; W93.-; Z57.6) (Quadro 27)
Urticária de Contato (L50.6)	- Exposição ocupacional a agentes químicos, físicos e biológicos que afetam a pele (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 27)
Queimadura Solar (L55)	- Exposição ocupacional a radiações actínicas (X32.-; Z57.1) (Quadro 27)
Outras Alterações Agudas da Pele devidas a Radiação Ultravioleta (L56.-) Dermatite por Fotocontato (Dermatite de Berloque) (L56.2) Urticária Solar (L56.3) Outras Alterações Agudas Especificadas da Pele devidas a Radiação Ultravioleta (L56.8) Outras Alterações Agudas da Pele devidas a Radiação Ultravioleta, sem outra especificação (L56.9)	- Radiação Ultravioleta (W89.-; Z57.1) (Quadro 27)
Alterações da Pele devidas a Exposição Crônica a Radiação Não Ionizante (L57.-) Ceratose Actínica (L57.0) Outras Alterações: Dermatite Solar, "Pele de Fazendeiro", "Pele de Marinheiro" (L57.8)	- Radiações não-ionizantes (W89.-; X32.-; Z57.1) (Quadro 27)

Radiodermatite (L58.-) Radiodermatite Aguda (L58.0) Radiodermatite Crônica (L58.1) Radiodermatite, não especificada (L58.9) Afecções da pele e do tecido conjuntivo relacionadas com a radiação, não especificadas (L59.9)	- Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24)
Outras formas de Acne: "Cloracne" (L70.8)	- Derivados halogenados dos hidrocarbonetos aromáticos, Monoclorobenzeno, Monobromobenzeno, - Hexaclorobenzeno (X46.; Z57.5) (Quadro 13) - Derivados do fenol, pentaclorofenol e do hidrobenzonitrilo (X49,-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 27) - Policloretos de Bifenila (PCBs) (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 27)
Outras formas de Cistos Foliculares da Pele e do Tecido Subcutâneo: "Elaioconiose" ou "Dermatite Folicular" (L72.8)	- Óleos e gorduras de origem mineral ou sintéticos (X49.-; Z57.5) (Quadro 27)
Outras formas de hiperpigmentação pela melanina: "Melanodermia" (L81.4)	- Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1) - Clorobenzeno e Diclorobenzeno (X46.-; Z57.4 e Z57.5)(Quadro 13) - Alcatrão, Breu, Betume, Hulha Mineral, Parafina, Creosoto, Piche, Coaltar ou resíduos dessas substâncias (Z57.8) (Quadro 20) - Antraceno e Dibenzoantraceno (Z57.5) (Quadro 20) - Bismuto (X44.-; Z57.5) (Quadro 27) - Citostáticos (X44.-; Z57.5) (Quadro 27) - Compostos nitrogenados: Ácido nítrico, Dinitrofenol (X49.-; Z57.5) (Quadro 27) - Naftóis adicionados a corantes (X49,-; Z57.5) (Quadro 27) - Óleos de corte (Z57.5) (Quadro 27) - Parafenilenodiamina e seus derivados (X49.-; Z47.5) (Quadro 27) - Poeira de determinadas madeiras (Z57.3) (Quadro 27) - Quinino e seus derivados (Z57.5) (Quadro 27) - Sais de ouro (X44.-; Z57.5) (Quadro 27) - Sais de prata (Seqüelas de Dermatite Crônica de Contato) (X44.-; Z57.5) (Quadro 27)
Leucodermia, não classificada em outra parte (Inclui "Vitiligo Ocupacional") (L81.5)	- Arsênio e seus compostos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1) - Hidroquinona e ésteres derivados (X49.-; Z57.5) (Quadro 27) - Monometil éter de hidroquinona (MBEH) (X49.-; Z57.5) (Quadro 27) - para-Aminofenol (X49.-; Z57.5) (Quadro 27) - para-Butilfenol (X49.-; Z57.5) (Quadro 27) - para-Cresol (X49.-; Z57.5) (Quadro 27) - Catecol e Pirocatecol (X49.-; Z57.5) (Quadro 27) - Clorofenol (X46.-; Z57.4 e Z57.5)(Quadro 27)
Outros transtornos especificados da pigmentação: "Porfiria Cutânea Tardia" (L81.8)	- Derivados halogenados dos hidrocarbonetos aromáticos: minocloro-benzeno, monobromo-benzeno, hexaclorobenzeno (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13)
Ceratose Palmar e Plantar Adquirida (L85.1)	- Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1)
Úlcera Crônica da Pele, não classificada em outra parte (L98.4)	- Cromo e seus compostos tóxicos (Z57.5) (Quadro 10) - Enzimas de origem animal, vegetal ou bacteriana (Z57.8) (Quadro 27)
Geladura (Frostbite) Superficial (T33): Eritema Pérnio	-Cloreto de etila (anestésico local) (W93.-; Z57.6) (Quadro 13) -Frio (X31.-; W93.-; Z57.6) (Quadro 27)
Geladura (Frostbite) com Necrose de Tecidos (T34)	-Cloreto de etila (anestésico local) (W93.-; Z57.6) (Quadro 13) -Frio (X31.-; W93.-; Z57.6) (Quadro 27)

DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO, RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo XIII da CID- 10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Artrite Reumatóide associada Pneumoconiose dos Trabalhadores do Carvão (J60.-): "Síndrome de Caplan" (M05.3)	- Exposição ocupacional a poeiras de carvão mineral (Z57.2) - Exposição ocupacional a poeiras de sílica livre (Z57.2)(Quadro 18)l
Gota induzida pelo chumbo (M10.1)	- Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8)
Outras Artroses (M19.-)	- Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)
Outros transtornos articulares não classificados em outra parte: Dor Articular (M25.5)	- Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) - Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22)
Síndrome Cervicobraquial (M53.1)	- Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) - Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22)
Dorsalgia (M54.-) Cervicalgia (M54.2) Ciática (M54.3) Lumbago com Ciática (M54.4)	- Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) -Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) - Condições difíceis de trabalho (Z56.5)
Sinovites e Tenossinovites (M65.-) Dedo em Gatilho (M65.3) Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain) (M65.4) Outras Sinovites e Tenossinovites (M65.8) Sinovites e Tenossinovites, não especificadas (M65.9)	- Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) - Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) - Condições difíceis de trabalho (Z56.5)
Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional (M70.-) Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho (M70.0) Bursite da Mão (M70.1) Bursite do Olécrano (M70.2) Outras Bursites do Cotovelo (M70.3) Outras Bursites Pré-rotulianas (M70.4) Outras Bursites do Joelho (M70.5) Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão (M70.8);Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão (M70.9).	- Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) - Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) - Condições difíceis de trabalho (Z56.5)
Fibromatose da Fascia Palmar: "Contratura ou Moléstia de Dupuytren" (M72.0)	- Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) - Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22)
Lesões do Ombro (M75.-) Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro) (M75.0) Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso (M75.1) Tendinite Bicipital (M75.2) Tendinite Calcificante do Ombro (M75.3) Bursite do Ombro (M75.5) Outras Lesões do Ombro (M75.8) Lesões do Ombro, não especificadas (M75.9)	- Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) - Ritmo de trabalho penoso (Z56) - Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22)
Outras entesopatias (M77.-) Epicondilite Medial (M77.0) Epicondilite lateral ("Cotovelo de Tenista") Mialgia (M79.1)	- Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) - Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22)
Outros transtornos especificados dos tecidos moles (M79.8)	- Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) - Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22)
Osteomalácia do Adulto induzida por drogas (M83.5)	-Cádmio ou seus compostos (X49.-)(Quadro 6) -Fósforo e seus compostos (Sesquissulfeto de Fósforo) (X49.-; Z57.5) (Quadro 12)
Fluorose do Esqueleto (M85.1)	- Flúor e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 11)
Osteonecrose (M87.-) Osteonecrose devida a drogas (M87.1) Outras Osteonecroses secundárias (M87.3)	- Fósforo e seus compostos (Sesquissulfeto de Fósforo) (X49.-; Z57.5) (Quadro 12) - Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22) - Radiações ionizantes (Z57.1) (Quadro 24)
Ostéolise (M89.5) (de falanges distais de quirodáctilos)	- Cloreto de Vinila (X49.-; Z57.5)(Quadro 13)
Osteonecrose no "Mal dos Caixões" (M90.3)	- "Ar Comprimido" (W94.-; Z57.8) (Quadro 23)
Doença de Kienböck do Adulto (Osteo- condrose do Adulto do Semilunar do Carpo) (M93.1) e outras Osteocondro-patias especificadas (M93.8)	- Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22)

DOENÇAS DO SISTEMA GÊNITO-URINÁRIO RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo XIV da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Síndrome Nefrítica Aguda (N00.-)	- Hidrocarbonetos alifáticos halogenados nefrotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13)
Doença Glomerular Crônica (N03.-)	- Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 16)
Nefropatia túbulo-intersticial induzida por metais pesados (N14.3)	- Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro 6) - Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8) - Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 16)

Insuficiência Renal Aguda (N17)	- Hidrocarbonetos alifáticos halogenados nefrotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13)
Insuficiência Renal Crônica (N18)	- Chumbo ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8)
Cistite Aguda (N30.0)	- Aminas aromáticas e seus derivados (X49.-; Z57.5)
Infertilidade Masculina (N46)	- Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8) - Radiações ionizantes (W88.-: Z57.1) (Quadro 24) - Chlordecone (X48.-; Z57.4) - Dibromocloropropano (DBCP) (X48.-; Z57.4 e Z57.5) - Calor (trabalho em temperaturas elevadas) (Z57.6)

TRAUMATISMOS, ENVENENAMENTOS E ALGUMAS OUTRAS CONSEQÜÊNCIAS DE CAUSAS EXTERNAS, RELACIONADOS COM O TRABALHO - (Grupo XIX da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Efeitos tóxicos de Solventes Orgânicos (T52.-)?Álcoóis (T51.8) e?Cetonas (T52.4)?Benzeno, Tolueno e Xileno (T52.1 e T52.2)?Derivados halogenados dos Hidrocarbonetos Alifáticos e Aromáticos (T53)?Tetracloreto de Carbono (T53.0)?Clorofórmio (T53.1);?Tricloroetileno (T53.2)?Tetracloroetileno (T53.3)?Dicloroetano (T53.4)?Clorofluor-carbonos (T53.5)?Outros derivados halogenados de hidrocarbonetos alifáticos (T53.6)?Outros derivados halogenados de hidrocarbonetos aromáticos (T53.7)?Derivados halogenados de hidrocarbonetos alifáticos e aromáticos, não?especificados (T53.9)?Sulfeto de Carbono (T65.4)	- Exposição ocupacional a agentes tóxicos em outras indústrias (Z57.5)
Efeito tóxico de Substâncias Corrosivas (T54)?Fenol e homólogos do fenol (T54.0)?Flúor e seus compostos (T65.8)?Selênio e seus compostos (T56.8)?Outros compostos orgânicos corrosivos (T54.1)?Ácidos corrosivos e substâncias ácidas similares (T54.2)?Álcalis cáusticos e substâncias alcalinas similares (T54.3)?Efeito tóxico de substância corrosiva, não especificada (T54.9)	- Exposição ocupacional a agentes tóxicos em outras indústrias (Z57.5)
Efeito tóxico de Metais (T56)?Arsênico e seus compostos (T57.0)?Cádmio e seus compostos (T56.3)?Chumbo e seus compostos (T56.0)?Cromo e seus compostos (T56.2)?Manganês e seus compostos (T57.2)?Mercúrio e seus compostos (T56.1)?Outros metais (T56.8)?Metal, não especificado (T56.9)	- Exposição ocupacional a agentes tóxicos em outras indústrias (Z57.5)
Asfixiantes Químicos (T57-59) Monóxido de Carbono (T58) Ácido cianídrico e cianetos (T57.3) Sulfeto de hidrogênio T59.6) Aminas aromáticas e seus derivados (T65.3)	- Exposição ocupacional a agentes tóxicos em outras indústrias (Z57.5)
Praguicidas (Pesticidas, "Agrotóxicos") (T60) Organofosforados e Carbamatos (T60.0) Halogenados (T60.1) Outros praguicidas (T60.2)	- Exposição ocupacional a agentes tóxicos na Agricultura (Z57.4)
Efeitos da Pressão do Ar e da Pressão da Água (T70) Barotrauma Otítico (T70.0) Barotrauma Sinusal (T70.1) Doença Descompressiva ("Mal dos Caixões") (T70.3) Outros efeitos da pressão do ar e da água (T70.8)	- Exposição ocupacional a pressões atmosféricas anormais (W94.-; Z57.8)

Anexo LXXXI

PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA O ADEQUADO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Anexo 1)

PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA O ADEQUADO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

Para a realização de um adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera, o município deverá, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, desenvolver esta modalidade assistencial em conformidade com os princípios gerais e condições estabelecidas no presente documento, realizando as seguintes atividades:

I - Atividades

1-Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4° mês de gestação;

2-Garantir os seguintes procedimentos:

2.1-Realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;

2.2-Realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;

2.3-Realização dos seguintes exames laboratoriais:

a - ABO-Rh, na primeira consulta;

b - VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

c - Urina rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

d - Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

e - HB/Ht, na primeira consulta.

2.4- Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes;

2.5-Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;

2.6-Realização de atividades educativas;

2.7-Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;

2.8-Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

II - Avaliação da Assistência Pré-natal .

Para avaliar a efetividade da assistência pré-natal oferecida, a partir dos dados disponíveis nos sistemas nacionais de informações em saúde o município e o estado devem utilizar, no mínimo, os seguintes indicadores:

1-Indicadores de Processo

1.1-Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos do município);

1.2-Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal;

1.3-Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;

1.4-Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos;

1.5-Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos;

1.6-Percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica.

1.7-Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis (06) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti-HIV, a dose imunizante da vacina antitetânica.

2. Indicadores de Resultado

2.1-Percentual de Recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total dé recém-nascidos vivos do município.

2.2- Percentual de Recém-nascido com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos do município

3-Indicadores de Impacto

3.1-Coeficiente de incidência de sífilis congênita no município comparando com o do ano anterior;

3.2-Coeficiente de incidência de tétano neonatal no município comparando com o do ano anterior;

3.3-Razão de mortalidade materna no município comparando com o do ano anterior;

3.4-Coeficiente de mortalidade neonatal precoce no município comparando com o do ano anterior:

3.5- Coeficiente de mortalidade neonatal tardia, no município comparando com o do ano anterior;

3.6- Coeficiente de mortalidade neonatal total no município comparando com o do ano anterior.

Anexo LXXXII

PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA A ADEQUADA ASSISTÊNCIA AO PARTO (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Anexo 2)

PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA A ADEQUADA ASSISTÊNCIA AO PARTO

A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas.

Para a adequada assistência à mulher e ao recém-nascido no momento do parto, todas as Unidades Integrantes do SUS têm como responsabilidades:

1.atender a todas as gestantes que as procurem;

2. garantir a internação de todas as gestantes atendidas e que dela necessitem;

3. estar vinculada à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal de modo a garantir a internação da parturiente nos casos de demanda excedente;

4. transferir a gestante e ou o neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;

5. estar vinculada a uma ou mais unidades que prestam assistência pré-natal, conforme determinação do gestor local;

6. garantir a presença de pediatra na sala de parto;

7. realizar o exame de VDRL na mãe;

8. admitir a visita do pai sem restrição de horário;

9. garantir a realização das seguintes atividades:

-Realização de partos normais e cirúrgicos, e atendimento a intercorrências obstétricas:

-recepcionar e examinar as parturientes;

-assistir as parturientes em trabalho de parto;

-assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e anestésicos;

-proceder à lavagem e antissepsia cirúrgica das mãos;

-assistir a partos normais;

-realizar partos cirúrgicos;

-assegurar condições para que as parturientes tenham direito a acompanhante durante a internação, desde que a estrutura física assim permita;

-assistir ao abortamento incompleto, utilizando, preferencialmente, aspiração manual intra-uterina (AMIU);

-prestar assistência médica e de enfermagem ao recém-nascido;

-elaborar relatórios médico e enfermagem e fazer registro de parto;

-registrar a evolução do trabalho de parto em partograma;

-proporcionar cuidados no pós-anestésico e no pós-parto;

-garantir o apoio diagnóstico necessário

10. dispor dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à adequada assistência ao parto.

Anexo LXXXIII
FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES DO SISPRENATAL E IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Anexo 1)

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
COMPONENTE I - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

1. Nome do Estabelecimento Assistencial de Saúde	2. Código do Estabelec. no CNES
3. Nome do Município	**4.** Código do Município no IBGE
5. Sigla da UF	**6.** Código da UF no IBGE

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

7. Número da Gestação no SISPRENATAL	8. Gestante acompanhada pelo PSF	
/ - . .	Código da Área	Microárea

9. Nome da Gestante	10. Data de nascimento
	/ /
11. Nome da Mãe da Gestante	**12.** Raça/Cor

13. Endereço Residencial

Número	Complemento	Bairro	
Município		CEP	Telefone

Preencher com apenas um dos seguintes documentos

14. Nº do Cartão SUS	15. Nº do CPF

16. Certidão de Nascimento ou Casamento

Nome do Cartório	Livro	Folha

17. Identidade

Número	Órgão Emissor

18. Carteira de Trabalho

Número	Série	UF

19. Data da 1ª Consulta de Pré-natal	20. Data da Última Menstruação
/ /	/ /
21. Assinatura e Carimbo do responsável pela primeira consulta de Pré-natal	**22.** Código Brasileiro Ocupacional (CBO) do responsável pela primeira consulta de Pré-natal

- Preencher no campo **22** o CBO do profissional do responsável pela primeira consulta, conforme tabela:
  223505 - Enfermeira; **223116** - Médico do PSF/Comunitário; **223545** - Enfermeira Obstetra;
  223115 - Clínica Geral; **2235C1** - Enfermeira do PSF;
  223132 - Ginecologia/Obstetrícia; **2235C2** - Enfermeira do PACS;
- No campo **12** a raça/cor, conforme tabela:
  1 - Branca; **4** - Parda;
  2 - Preta; **5** - Indígena.
  3 - Amarela;

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Anexo LXXXIV
FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES DO SISPRENATAL (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Anexo 2)

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
COMPONENTE I - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL

DATA / /

1. Nome do Estabecimento Assistencial de Saúde		2. Código do Estabelecimento no CNES	
3. Nome do Município	**4.** Código do Município no IBGE	**5.** Sigla da UF	**6.** Código da UF no IBGE

Nº	Número da Gestação no Sisprenatal	Nome da Gestante	Consulta Pré-natal	ABO Rh	VDRL	Urina	Glicemia	Hb	Ht	Hiv	Hbs Ag	IgM Toxo	Vacina Anti-tetânica				RG	Consulta Puerperal	TP
													1ª Dose	2ª Dose	Reforço	Imune			
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			

Nome e **matrícula** do responsável pelo preenchimento :

- Preencher as quadrículas "Consulta Pré-Natal e Consulta Puerperal" com o código brasileiro ocupacional (CBO):
  223505 - Enfermeira; **223116** - Médico do PSF/Comunitário; **223545** - Enfermeira Obstetra;
  223115 - Clínica Geral; **2235C1** - Enfermeira do PSF;
  223132 - Ginecologia/Obstetrícia; **2235C2** - Enfermeira do PACS;
- No caso dos exames, assinalar com "**X**" quando o resultado do exame for analisado pelo médico ou enfermeira que realizou a consulta naquele dia.
- No caso da vacina anti-tetânica, assinalar com "**X**" de acordo com o Cartão de Imunização da gestante.
- Risco Gestacional, conforme a tabela:
  BR - Baixo Risco;
  AR - Alto Risco.
- Tipo do Parto, conforme a tabela:
  PH - Parto Hospitalar;
  PD - Parto Domiciliar.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300515

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Anexo LXXXV

QUANTITATIVO DE CENTROS DE REFERÊNCIA EM TRATAMENTO DA DOR CRÔNICA - POR ESTADO (Origem: PRT MS/GM 1319/2002, Anexo 1)

Estado	Quantitativo de Centros
ACRE	01
ALAGOAS	03
AMAPÁ	01
AMAZONAS	03
BAHIA	13
CEARÁ	08
DISTRITO FEDERAL	02
ESPÍRITO SANTO	03
GOIÁS	05
MARANHÃO	06
MATO GROSSO	02
MATO GROSSO DO SUL	03
MINAS GERAIS	18
PARÁ	06
PARAÍBA	03
PARANÁ	10
PERNAMBUCO	08
PIAUÍ	03
RIO DE JANEIRO	15
RIO GRANDE DO NORTE	03
RIO GRANDE DO SUL	10
RONDÔNIA	01
RORAIMA	01
SANTA CATARINA	05
SÃO PAULO	38
SERGIPE	02
TOCANTINS	01
BRASIL	174

Observação: A estes quantitativos deverão ser agregados os 167 CACON atualmente cadastrados em todo o País.

Anexo LXXXVI

DAS REGRAS E CRITÉRIOS PARA O CREDENCIAMENTO DE INSTITUIÇÕES E PARA APRESENTAÇÃO, RECEBIMENTO, ANÁLISE, APROVAÇÃO, EXECUÇÃO, ACOMPANHAMENTO, PRESTAÇÃO DE CONTAS E AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DE PROJETOS NO ÂMBITO DO PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À ATENÇÃO ONCOLÓGICA (PRONON) E DO PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À ATENÇÃO DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PRONAS/PCD) (Origem: PRT MS/GM 1550/2014)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO I)

Art. 1º Ficam definidas as regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD). (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 1º)

Art. 2º Para efeito deste Anexo, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º)

I - acessibilidade e desenho universal: a acessibilidade é a possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia de edificações, espaço, mobiliário, equipamento urbano e elementos, observados os critérios técnicos da ABNT NBR 9050:2015, sendo que os princípios do desenho universal ampliam a compreensão das diferenças de habilidades e de interações com objetos e espaços, visando: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, I)

a) eliminar barreiras arquitetônicas e comunicacionais; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, I, a)

b) promover o acesso, respeitando as capacidades individuais; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, I, b)

c) atender aos diferentes níveis de compreensão dos indivíduos; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, I, c)

d) promover legibilidade espacial e informativa; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, I, d)

e) prevenir riscos, ofertando ao usuário segurança física e psicológica para ocupar e atuar no espaço; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, I, e)

f) promover o menor desgaste físico, mental e emocional possível; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, I, f)

g) garantir adequada ergonomia, considerando a flexibilidade dos espaços, capacidades e funcionalidades dos usuários, instituindo espaços livres de barreiras físicas, comunicacionais e atitudinais e promovendo o acesso e a mobilidade para todo tipo de usuário, principalmente para pessoas com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, I, g)

II - capacidade técnico-operativa da instituição: aptidão do proponente de executar, de forma específica e eficiente, o projeto proposto, devendo ser comprovada por meio de informações anexas ao projeto, que esclareçam as características, propriedades e habilidades do proponente, dos membros ou de terceiros associados envolvidos diretamente na execução do projeto apresentado; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, II)

III - captação de recursos: meio pelo qual a própria instituição buscará recursos com os doadores para financiamento de projetos; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, III)

IV - conta captação: conta bloqueada para movimentação pela instituição, na qual os doadores e patrocinadores depositam os recursos para os projetos; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, IV)

V - conta movimento: conta de livre movimentação pela instituição; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, V)

VI - doador: pessoa física ou jurídica que financiará projetos e que obterá benefício de renúncia fiscal; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, VI)

VII - educação permanente em saúde: proposta político-pedagógica que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação em constante análise, construindo espaços coletivos para a reflexão e avaliação dos atos produzidos no cotidiano, de forma que o objeto de transformação é o sujeito no processo de trabalho, orientado para melhoria da qualidade da atenção à saúde, voltada a transformar e qualificar o trabalhador da saúde, e que engloba o aperfeiçoamento, a capacitação e o treinamento; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, VII)

VIII - fase de apresentação de projeto: etapa em que a instituição credenciada apresenta projeto de modo detalhado para análise pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, VIII)

IX - fase de credenciamento: etapa inicial em que as instituições proponentes enviam ao Ministério da Saúde requerimento e documentos solicitando participação no Pronon ou no Pronas/PCD; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, IX)

X - formação profissional: conjunto de atividades que visa à aquisição de conhecimentos, capacidades, atitudes e formas de comportamento exigidos para o exercício das funções próprias de uma profissão ou grupo de profissões em qualquer ramo de atividade econômica; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, X)

XI - instituição: pessoa jurídica de direito privado, associativa ou fundacional, sem fins lucrativos, interessada em desenvolver ações e serviços no âmbito do Pronon e do Pronas/PCD; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XI)

XII - manutenção ou conservação: conjunto de atividades que visa assegurar capacidade plena e condições de funcionamento contínuo, seguro e confiável dos sistemas e instalações da edificação, preservando-lhes as características, desempenho técnico e bom estado de conservação; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XII)

XIII - pesquisa clínica: sinônimo de ensaio clínico, ou seja, envolve pessoas que se oferecem para participar de investigações conduzidas cuidadosamente com o objetivo de descobrir melhores formas de tratar, prevenir, diagnosticar e compreender doenças humanas, e que inclui ensaios que testam novos tratamentos e terapias, bem como estudos de história natural de longo prazo, que fornecem informações valiosas sobre a progressão da doença; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XIII)

XIV - pesquisa epidemiológica: estudos epidemiológicos observacionais, como coorte, caso-controle e estudos transversais; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XIV)

XV - pesquisa experimental: pesquisa básica, pesquisas pré-clínicas, inclusive projetos que englobem pesquisa e desenvolvimento de produtos inovadores; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XV)

XVI - pesquisa socioantropológica: pesquisa que tem por objetivo principal conhecer o modo de vida de uma determinada comunidade, a fim de determinar quais problemas ou dificuldades enfrentam e o impacto desses problemas para a saúde e qualidade de vida; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XVI)

XVII - portaria de aprovação de projeto e autorização para captação de recursos: ato do Ministério da Saúde que torna pública a aprovação de projetos e autoriza o início da captação de recursos para o projeto; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XVII)

XVIII - portaria de credenciamento: ato do Ministério da Saúde que torna público o credenciamento das instituições, para que participem do Pronon e do Pronas/PCD; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XVIII)

XIX - prestação de serviços médico-assistenciais: qualquer ação ou serviço que tenha como objetivo/objeto a prestação direta de assistência na área da saúde ou de apoio à saúde para a pessoa com câncer e/ou com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XIX)

XX - reforma: obras de conservação ou manutenção que não acarretem supressão ou acréscimo de área construída, tais como demolição e construção de paredes internas, pinturas, reparos em revestimentos, substituição de materiais de revestimento de piso, parede ou forro, substituição do tipo de telha ou manutenção da cobertura do bem, manutenção de instalações elétricas, instalações hidrossanitárias, rede de dados, substituição de esquadrias e obras de adequação para acessibilidade de acordo com critérios e parâmetros técnicos observados na ABNT NBR 9050:2015; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XX)

XXI - reparos: conjunto de operações para corrigir danos incipientes e de pequena repercussão, em bens móveis, imóveis ou equipamentos; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XXI)

XXII - serviços de apoio à saúde: programas e ações de caráter intersetorial que atuam na fronteira do campo clínico e social, com o objetivo de ampliar, estimular e manter as capacidades funcionais, a integralidade do cuidado em reabilitação/habilitação, a autonomia, inclusão, inserção e participação social da pessoa com deficiência, por meio de práticas esportivas, terapias assistidas por animais, produção cultural e artística e de capacitação/habilitação para o trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XXII)

XXIII - Sistema Nacional de Pesquisa de Custos e Índices da Construção Civil (SINAPI): cálculo realizado mensalmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio de convênio com a Caixa Econômica Federal, que tem como objetivo a produção de informações de custos e índices de forma sistematizada e com abrangência nacional, visando à elaboração e avaliação de orçamentos, como também acompanhamento de custos; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XXIII)

XXIV - tecnologia assistiva: área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social, e que se dividem nas seguintes categorias: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XXIV)

a) auxílios para a vida diária e vida prática; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XXIV, a)

b) comunicação aumentativa e alternativa; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XXIV, b)

c) recursos de acessibilidade ao computador; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XXIV, c)

d) sistemas de controle de ambiente; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XXIV, d)

e) projetos arquitetônicos para acessibilidade; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XXIV, e)

f) órteses e próteses; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XXIV, f)

g) adequação postural; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XXIV, g)

h) auxílios de mobilidade; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XXIV, h)

i) auxílios para qualificação de habilidade visual e recursos que ampliam a informação a pessoas com baixa visão ou cegas; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XXIV, i)

j) auxílios para ampliação da habilidade auditiva e para autonomia na comunicação de pessoas com déficit auditivo e surdez; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XXIV, j)

k) adaptações em veículos; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XXIV, k)

l) esporte e lazer; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XXIV, l)

XXV - terapia assistida por animais (TAA): terapia focada nos benefícios da relação homem-animal, que tem como objetivos ampliar, estimular e manter as capacidades funcionais, a integralidade do cuidado em reabilitação/habilitação, a autonomia, a inclusão, a inserção e a participação social da pessoa com deficiência, por meio da inserção do animal em atividades terapêuticas; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XXV)

XXVI - termo de compromisso: instrumento jurídico a ser celebrado entre o Ministério da Saúde e a instituição, o qual estabelecerá direitos e obrigações para a execução dos respectivos projetos no âmbito do Pronon e do Pronas/PCD. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 2º, XXVI)

Seção I

Do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon)

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO I, Seção I)

Art. 3º O Pronon tem a finalidade de captar e canalizar recursos para a prevenção e o combate ao câncer. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 3º)

Parágrafo Único. A prevenção e o combate ao câncer englobam a promoção da informação, a pesquisa, o rastreamento, o diagnóstico, o tratamento, os cuidados paliativos e a reabilitação referentes às neoplasias malignas e afecções correlatas. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º O Pronon será implementado mediante incentivo fiscal a ações e serviços de atenção oncológica, desenvolvidos por instituições de prevenção e combate ao câncer. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 4º)

Parágrafo Único. Para efeito deste Anexo, consideram-se instituições de prevenção e combate ao câncer as pessoas jurídicas de direito privado, associativas ou fundacionais, sem fins lucrativos: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 4º, Parágrafo Único)

I - certificadas como Entidades Beneficentes de Assistência Social, na forma da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, I)

II - qualificadas como Organizações Sociais (OS), na forma da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998; ou (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, II)

III - qualificadas como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), na forma da Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, III)

Art. 5º As ações e os serviços de atenção oncológica a serem apoiados com recursos captados por meio do Pronon compreendem os seguintes campos de atuação: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 5º)

I - a prestação de serviços médico-assistenciais; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 5º, I)

II - a formação, o treinamento e o aperfeiçoamento de recursos humanos em todos os níveis; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 5º, II)

III - a realização de pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 5º, III)

Art. 6º Para fins do disposto no art. 5º, são áreas prioritárias para execução das ações e serviços de atenção oncológica: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 6º)

I - prestação de serviços médico-assistenciais voltados à atenção/cuidado da pessoa com câncer, principalmente as ações voltadas ao diagnóstico e estadiamento da doença, ao tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico, e aos cuidados paliativos; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 6º, I)

II - prestação de serviços desenvolvidos em casas de apoio quando estes estabelecimentos tiverem como público-alvo as pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 6º, II)

III - apoio à prestação de serviços de saúde por meio da adequação da ambiência dos estabelecimentos; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 6º, III)

IV - desenvolvimento de projetos de educação permanente e formação de recursos humanos direcionados a profissionais que atuem na área de saúde em todos os níveis de atenção, especialmente: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 6º, IV)

a) formação técnica na área de radioterapia; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 6º, IV, a)

b) formação de nível superior na área de radioterapia (físico-médico e radioterapeuta); (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 6º, IV, b)

c) educação permanente na área de cuidados paliativos; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 6º, IV, c)

d) educação permanente na área de oncologia pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 6º, IV, d)

V - realização de pesquisas para o desenvolvimento de novos métodos custo-efetivos para diagnóstico e terapêutica em câncer; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 6º, V)

VI - realização de pesquisas epidemiológicas, descritivas e analíticas, dos vários tipos de câncer existentes; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 6º, VI)

VII - realização de pesquisa e desenvolvimento de inovações, tecnologias e/ou produtos para prevenção, diagnóstico e/ou tratamento de câncer; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 6º, VII)

VIII - realização de pesquisas básicas e pré-clínicas que levem ao desenvolvimento de novos métodos diagnósticos ou terapêuticos em oncologia; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 6º, VIII)

IX - desenvolvimento de bancos de tumores; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 6º, IX)

X - realização de pesquisas para avaliação de políticas, serviços, programas e ações de saúde em oncologia. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 6º, X)

Seção II

Do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD)

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO I, Seção II)

Art. 7º O Pronas/PCD tem a finalidade de captar e canalizar recursos destinados a estimular e desenvolver ações de promoção à saúde e de reabilitação/habilitação da pessoa com deficiência. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 7º)

Parágrafo Único. As ações de promoção à saúde e de reabilitação/habilitação da pessoa com deficiência de que trata o "caput" se destinam à pesquisa, à promoção da informação e da saúde, identificação e diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação/habilitação, uso terapêutico de tecnologias assistivas e projetos intersetoriais de apoio à saúde voltados às pessoas com deficiência física, auditiva, visual, intelectual, múltipla, pessoas com ostomia e com transtorno do espectro do autismo. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 8º O Pronas/PCD será implementado mediante incentivo fiscal a ações e serviços de atenção à saúde da pessoa com deficiência, desenvolvidos por pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, que se destinam ao tratamento de deficiências físicas, auditivas, visuais, intelectuais, múltiplas, pessoas com ostomia e com transtorno do espectro do autismo. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 8º)

Parágrafo Único. Consideram-se instituições de promoção à saúde e de reabilitação/habilitação da pessoa com deficiência as pessoas jurídicas de direito privado, associativas ou fundacionais, sem fins lucrativos: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 8º, Parágrafo Único)

I - certificadas como Entidades Beneficentes de Assistência Social, na forma da Lei nº 12.101, de 2009; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 8º, Parágrafo Único, I)

II - qualificadas como OS, na forma da Lei nº 9.637, de 1998; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 8º, Parágrafo Único, II)

III - qualificadas como OSCIP, na forma da Lei nº 9.790, de 1999; ou (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 8º, Parágrafo Único, III)

IV - que prestem atendimento direto e gratuito às pessoas com deficiência e que sejam cadastradas no Sistema Nacional de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 8º, Parágrafo Único, IV)

Art. 9º As ações e os serviços de atenção à saúde da pessoa com deficiência apoiados com as doações captadas por meio do Pronas/PCD compreendem os seguintes campos de atuação: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 9º)

I - serviços médico-assistenciais; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 9º, I)

II - formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos em todos os níveis; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 9º, II)

III - realização de pesquisas clínicas, epidemiológicas, experimentais e socioantropológicas. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 9º, III)

Art. 10. Para fins do disposto no art. 9º, consideram-se áreas prioritárias para execução das ações e serviços de promoção à saúde e de reabilitação/habilitação da pessoa com deficiência: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10)

I - prestação de serviços médico-assistenciais e de apoio à saúde da pessoa com deficiência, especialmente voltados a: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, I)

a) qualificação de serviços de saúde, por meio da adequação da ambiência de estabelecimentos, levando em consideração os princípios do desenho universal e os critérios técnicos da ABNT NBR 9050:2015, estabelecendo, assim, espaços de uso democrático onde todas as pessoas, inclusive aquelas com deficiência física, sensorial e/ou intelectual, tenham condições iguais de uso, compreensão e expressão; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, I, a)

b) reabilitação/habilitação da pessoa com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, I, b)

c) diagnóstico diferencial da pessoa com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, I, c)

d) identificação e estimulação precoce das deficiências; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, I, d)

e) adaptação, inserção e reinserção da pessoa com deficiência no trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, I, e)

f) ampliação, estimulação e manutenção das capacidades funcionais por meio de práticas esportivas; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, I, f)

g) ampliação, estimulação e manutenção das capacidades funcionais por meio de terapia assistida por animais (TAA); e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, I, g)

h) ampliação, estimulação e manutenção das capacidades funcionais por meio de produção artística e cultural; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, I, h)

II - desenvolvimento de projetos de educação permanente, formação e capacitação de recursos humanos da área de saúde, especialmente voltadas: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, II)

a) à formação técnica e capacitação em ortopedia técnica; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, II, a)

b) ao uso de tecnologia assistiva no campo da reabilitação/habilitação; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, II, b)

c) ao acolhimento, manejo e desenvolvimento de ações de cuidado à saúde da pessoa com deficiência, no âmbito da atenção básica, especializada, hospitalar e de urgência e emergência; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, II, c)

d) ao diagnóstico diferencial no campo da deficiência, especialmente em doenças raras, deficiência intelectual e transtornos do espectro do autismo; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, II, d)

e) ao uso da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF); e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, II, e)

f) ao uso de tecnologia de órtese robotizada de marcha (aparelho para tração ortopédica) e sua aplicação terapêutica em pacientes com lesão neurológica; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, II, f)

III - desenvolvimento de projetos de pesquisas clínicas, epidemiológicas, experimentais e socioantropológicas, especialmente voltadas: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, III)

a) aos novos métodos diagnósticos e de tratamento em reabilitação/habilitação às pessoas com deficiência e que sejam custo-efetivos; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, III, a)

b) ao uso da CIF e sua aplicabilidade no campo da saúde para as pessoas com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, III, b)

c) ao uso de tecnologias assistivas na reabilitação/habilitação das pessoas com deficiência, em especial que envolvam protocolos e diretrizes clínicas de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, III, c)

d) aos métodos diagnósticos e terapêuticos da pessoa com deficiência, especialmente em doenças raras, deficiência intelectual e transtornos do espectro do autismo; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, III, d)

e) à avaliação de políticas, serviços, programas e ações de saúde especializados em reabilitação/habilitação; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, III, e)

f) às pesquisas básicas e pré-clínicas com potencial de translação para a saúde das pessoas com deficiências; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, III, f)

g) às pesquisas em neurociências com impacto na saúde das pessoas com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, III, g)

h) às pesquisas socioantropológicas sobre as deficiências; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, III, h)

i) às pesquisas epidemiológicas sobre os diversos tipos de deficiência; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, III, i)

j) às pesquisas e desenvolvimento de inovações, tecnologias, dispositivos e/ou produtos de tecnologia assistiva, especialmente de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM). (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 10, III, j)

Art. 11. O Ministério da Saúde poderá atualizar anualmente a relação de áreas prioritárias de que tratam os arts. 6º e 10 do Anexo LXXXVI para execução de ações e serviços de atenção oncológica e reabilitação no âmbito do Pronon e do Pronas/PCD. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 11)

Seção III

Do Comitê Gestor do Pronon e do Pronas/PCD

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO I, Seção III)

Art. 12. Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor do Pronon e do Pronas/PCD. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 12)

Art. 13. O Comitê Gestor do Pronon e do Pronas/PCD será composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 13)

I - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva(SE/MS), que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 13, I)

II - 2 (dois) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), representando a atenção oncológica e a atenção à pessoa com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 13, II)

III - 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 13, III)

IV - 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 13, IV)

V - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 13, V)

VI - 1 (um) representante do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 13, VI)

VII - 1 (um) representante do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 13, VII)

VIII - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS), oriundo da representação das entidades e dos movimentos sociais nacionais de usuários do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 13, VIII)

IX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 13, IX)

X - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 13, X)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes máximos dos respectivos órgãos e entidades à SE/MS, no prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de publicação da Portaria nº 1550/GM/MS, de 29 de julho de 2014. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 13, § 1º)

§ 2º O Comitê Gestor do Pronon e do Pronas/PCD reunir-se-á em plenária ordinariamente uma vez por trimestre, extraordinariamente, mediante convocação da SE/MS e quando ocorrer a deliberação de que trata o art. 53, § 3º . (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 13, § 2º)

§ 3º O membro do Comitê Gestor do Pronon e do Pronas/PCD declarará formalmente, em ata, eventual conflito de interesses entre suas atividades profissionais e o tema objeto de deliberação do colegiado, sendo que, presente o conflito de interesses, abster-se-á de participar da discussão e da deliberação. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 13, § 3º)

§ 4º O Comitê Gestor do Pronon e do Pronas/PCD poderá constituir Grupos de Trabalho (GT), por meio de ato da SE/MS, para o cumprimento de finalidades específicas. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 13, § 4º)

Art. 14. Compete ao Comitê Gestor do Pronon e do Pronas/PCD: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 14)

I - reavaliar, de ofício ou a requerimento, a definição das áreas prioritárias para execução das ações e serviços de atenção à pessoa com câncer e de atenção à pessoa com deficiência e, ser for o caso, propor alteração ao Ministro de Estado da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 14, I)

II - deliberar, de ofício ou a requerimento, sobre a priorização de projetos submetidos às áreas técnicas, considerando os recursos da renúncia fiscal disponíveis para o exercício; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 14, II)

III - definir parâmetros para aprovação, acompanhamento e prestação de contas dos projetos; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 14, III)

IV - definir a sistemática de monitoramento e avaliação do Pronon e do Pronas/PCD e formular proposições para os seus aprimoramentos; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 14, IV)

V - deliberar quanto ao descredenciamento de instituição com projeto em execução; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 14, V)

VI - deliberar sobre os casos omissos. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 14, VI)

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO II)

Art. 15. Compete à SE/MS: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 15)

I - realizar a gestão administrativa do Pronon e do Pronas/PCD; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 15, I)

II - receber e analisar a documentação de credenciamento enviada pelas instituições; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 15, II)

III - solicitar adequações ou complementações à documentação apresentada pelas instituições quando do credenciamento; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 15, III)

IV - analisar, de ofício ou a requerimento, o processo de descredenciamento da instituição; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 15, IV)

V - verificar, a qualquer tempo, a manutenção da qualificação da instituição e da regularidade fiscal, tributária e com a seguridade social; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 15, V)

VI - solicitar a abertura da Conta Captação e da Conta Movimento junto à instituição financeira oficial; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 15, VI)

VII - acompanhar a implementação e execução dos procedimentos acordados no Termo de Cooperação Técnica com a instituição financeira oficial; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 15, VII)

VIII - monitorar saldos e extratos da Conta Captação e da Conta Movimento; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 15, VIII)

IX - publicar, em meio oficial, os atos administrativos decorrentes das análises efetuadas no âmbito do Pronon e do Pronas/PCD; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 15, IX)

X - elaborar e enviar a Declaração de Benefícios Fiscais (DBF) à Secretaria da Receita Federal do Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 15, X)

XI - apoiar, quanto à análise financeira, os demais órgãos do Ministério da Saúde na elaboração dos pareceres técnicos de projetos que preveem a realização de reformas; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 15, XI)

XII - analisar os aspectos contábeis e financeiros das prestações de contas dos projetos; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 15, XII)

XIII - divulgar relatório de avaliação e acompanhamento das ações e serviços no âmbito do Pronon e do Pronas/PCD, nos termos do § 3º do art. 8º da Lei nº 12.715, de 2012. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 15, XIII)

XIV - autorizar o Fundo Nacional de Saúde (FNS) a realizar as operações financeiras envolvendo transferências de saldo entre Contas Captação e Contas Movimento, remanejamento de recursos entre projetos e estornos para regularização de depósitos equivocados. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 15, XIV) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1575/2015)

Art. 16. Compete aos demais órgãos do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 16)

I - analisar, diligenciar e emitir parecer técnico conclusivo sobre os projetos encaminhados pela SE/MS, referente aos seus respectivos campos de atuação; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 16, I)

II - apresentar em reunião do Comitê Gestor do Pronon e do Pronas/PCD a análise preliminar dos projetos, para fins de priorização daqueles que terão aprovação final, considerando os recursos da renúncia fiscal disponíveis para o exercício; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 16, II)

III - avaliar pedidos de remanejamento de rubricas e adequação do projeto em função de captação inferior ou superior ao inicialmente planejado e aprovado, emitindo parecer conclusivo; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 16, III)

IV - acompanhar e avaliar a execução dos projetos; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 16, IV)

V - emitir parecer técnico conclusivo referente à avaliação física e financeira dos projetos; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 16, V)

VI - emitir parecer conclusivo das prestações de contas, para fins de encerramento dos projetos, abrangendo a análise contábil e financeira feita pela Secretaria-Executiva e a avaliação da execução física feita pela área; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 16, VI)

VII - elaborar relatório de avaliação e acompanhamento das ações e serviços no âmbito do Pronon e do Pronas/PCD, nos termos do § 3º do art. 8º da Lei nº 12.715, de 2012. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 16, VII)

CAPÍTULO III

DO CREDENCIAMENTO E DO DESCREDENCIAMENTO

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO III)

Seção I

Do Credenciamento das Instituições ao Pronon e ao Pronas/PCD

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 17. As instituições interessadas em participar do desenvolvimento de ações e serviços no âmbito do Pronon e do Pronas/PCD deverão obter prévio credenciamento perante o Ministério da Saúde, mediante requerimento específico para cada um dos programas, conforme modelos constantes dos Anexos 1 e 2 do Anexo LXXXVI , devidamente preenchido e assinado pelo dirigente da instituição e acompanhado da seguinte documentação: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 17)

I - comprovação da qualificação da instituição, através de: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 17, I)

a) cópia da portaria vigente que certifica a Entidade Beneficente de Assistência Social ou comprovação do protocolo de renovação tempestivo do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), nos termos da Lei nº 12.101, de 2009; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 17, I, a)

b) documento que comprove a qualificação como OS, nos termos da Lei nº 9.637, de 1998; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 17, I, b)

c) documento que comprove a qualificação como OSCIP, nos termos da Lei nº 9.790, de 1999; ou (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 17, I, c)

d) comprovante de cadastro no SCNES e apresentação de declaração do gestor local atestando o atendimento direto e gratuito às pessoas com deficiência, quando o requerimento for de credenciamento junto ao Pronas/PCD; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 17, I, d)

II - cópia autenticada do estatuto ou contrato social vigente e respectivas alterações posteriores, ambos registrados em cartório; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 17, II)

III - cópia autenticada do comprovante de domicílio da sede da instituição; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 17, III)

IV - comprovante de inscrição e de situação cadastral no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ); (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 17, IV)

V - cópia autenticada do RG e do CPF do dirigente da instituição; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 17, V)

VI - cópia autenticada da ata de eleição da atual diretoria ou do termo de posse de seus dirigentes, registrados em cartório; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 17, VI)

VII - comprovante de regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e com o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 17, VII)

VIII - Certidão Negativa Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativada da União: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 17, VIII)

a) da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 17, VIII, a)

b) do Cadastro de Entidades Privadas Sem Fins Lucrativos Impedidas (CEPIM) da Controladoria-Geral da União; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 17, VIII, b)

c) do Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN). (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 17, VIII, c)

§ 1º Se o requerimento for apresentado por procurador, deverá constar, adicionalmente, cópia autenticada do RG e do CPF do outorgado e procuração com firma reconhecida, que contenha poderes que não configurem qualquer tipo de intermediação vedado pelo art. 11 da Lei nº 12.715, de 2012. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 17, § 1º)

§ 2º As informações de que trata o "caput" e suas atualizações são de inteira responsabilidade da instituição interessada, que deverá prestar todas as informações ao Ministério da Saúde, tempestivamente, quando solicitado. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 17, § 2º)

§ 3º A regularidade fiscal, tributária e com a seguridade social deverá ser mantida por todo o período de execução dos projetos, podendo a sua comprovação ser exigida a qualquer tempo pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 17, § 3º)

§ 4º Caso necessário, poderão ser requisitados outros documentos que comprovem ou complementem as informações prestadas na fase de credenciamento, devendo a instituição interessada responder à diligência de complementação e adequação em até 20 (vinte) dias, contados da data da notificação. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 17, § 4º)

Art. 18. O requerimento de que trata o "caput" do art. 17 será enviado ao Ministério da Saúde por meio de carta com Aviso de Recebimento (AR) ou SEDEX ou entregue diretamente no Protocolo Central do Ministério da Saúde, constando como destinatário "Ministério da Saúde - Pronon ou Pronas/PCD - Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Protocolo Central, CEP 70058-900 Brasília - DF". (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 18)

Parágrafo Único. Os requerimentos de credenciamento no Pronon e no Pronas/PCD deverão ser apresentados à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde no período de 1º de junho a 31 de julho de cada ano, para fins de submissão de projetos no exercício fiscal subsequente. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 18, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 275/2016)

Art. 19. São hipóteses de indeferimento do pedido de credenciamento: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 19)

I - apresentação incompleta da documentação ou fora dos prazos previstos neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 19, I)

II - requerimento perante órgão ou setor incompetente; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 19, II)

III - realizado por quem não seja legitimado; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 19, III)

IV - se houver fundadas dúvidas quanto à veracidade das informações e dos documentos apresentados. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 19, IV)

Parágrafo Único. A decisão de indeferimento do pedido de credenciamento nas hipóteses de que trata o "caput" será devidamente justificada, nos termos do art. 50 da Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 20. O credenciamento da instituição junto ao Pronon e ao Pronas/PCD servirá como prévia habilitação para os anos subsequentes, podendo ser apresentados projetos no prazo regulamentar previsto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 20)

Art. 21. A SE/MS publicará no Diário Oficial da União (DOU) os resultados dos pedidos de credenciamento das instituições interessadas em participar do Pronon e do Pronas/PCD. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 21)

§ 1º Caberá recurso à SE/MS da decisão de indeferimento, no prazo de 10 (dez) dias, contado da data da publicação de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 21, § 1º)

§ 2º Acolhidas as razões do recurso, será publicada portaria de credenciamento em favor da instituição recorrente, no prazo de 10 (dez) dias. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 21, § 2º)

§ 3º Não será conhecido recurso interposto fora do prazo de que trata o § 1º. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 21, § 3º)

Seção II

Do Descredenciamento das Instituições Junto ao Pronon e ao Pronas/PCD

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 22. As instituições serão descredenciadas junto ao Pronon e ao Pronas/PCD, por meio de portaria da SE/MS, nas seguintes hipóteses: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 22)

I - for declarada inabilitada, nos termos do art. 12 do Decreto nº 7.988, de 17 de abril de 2013; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 22, I)

II - perder a qualificação de Entidade Beneficente de Assistência Social, de OS ou de OSCIP; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 22, II)

III - perder a característica de prestação de atendimento direto e gratuito às pessoas com deficiência ou deixar de atualizar o cadastro no SCNES, no âmbito do Pronas/PCD; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 22, III)

IV - perder a condição de regularidade fiscal, tributária ou com a seguridade social, previstas no art. 17, incisos VII e VIII II do Anexo LXXXVI ; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 22, IV)

V - omitir-se de atualizar o Ministério da Saúde sobre as informações de que trata o art. 17 e de enviar o documento de que trata o art. 64, parágrafo único; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 22, V)

VI - informar em duplicidade o registro de procedimentos nos sistemas de informação do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 22, VI)

§ 1º A instituição descredenciada perderá o direito de apresentar projetos no âmbito do Pronon e do Pronas/PCD. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 22, § 1º)

§ 2º Após o descredenciamento, a instituição poderá apresentar novo requerimento de credenciamento, nos termos do art. 17, para fazer jus à apresentação de novos projetos, desde que o descredenciamento não tenha sido proferido com base no inciso I. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 22, § 2º)

§ 3º Os projetos aprovados de instituições que foram descredenciadas, cuja execução não tenha sido iniciada, serão considerados reprovados, devendo a SE/MS tornar sem efeito a portaria de aprovação do projeto e de autorização para captação de recursos, em relação àquele projeto. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 22, § 3º)

§ 4º Serão submetidos à análise e deliberação do Comitê Gestor do Pronon e do Pronas/PCD os casos de descredenciamento de instituições que possuírem projeto em execução. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 22, § 4º)

§ 5º Caberá recurso à SE/MS da decisão de descredenciamento, no prazo de 10 (dez) dias, contado da data da publicação da portaria de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 22, § 5º)

§ 6º Acolhidas as razões do recurso, será publicada portaria de recredenciamento em favor da instituição recorrente, no prazo de 10 (dez) dias. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 22, § 6º)

§ 7º Não será conhecido recurso interposto fora do prazo de que trata o § 5º. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 22, § 7º)

CAPÍTULO IV

DOS PROJETOS NO ÂMBITO DO PRONON E DO PRONAS/PCD

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO IV)

Seção I

Da Apresentação de Projetos

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO IV, Seção I)

Art. 23. Os projetos somente poderão ser apresentados para avaliação e aprovação pelo Ministério da Saúde por instituições previamente credenciadas a participar do desenvolvimento de ações e serviços no âmbito do Pronon e do Pronas/PCD. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 23)

Art. 24. A participação das instituições na realização de projetos referentes ao Pronon e ao Pronas/PCD não poderá ocorrer em prejuízo de suas atividades prestadas ao SUS, não podendo compreender o quantitativo executado ou em execução: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 24)

I - por meio de contratos, convênios e instrumentos congêneres firmados com órgãos e entidades integrantes do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 24, I)

II - para obtenção do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, que trata a Lei nº 12.101, de 2009. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 24, II)

§ 1º Os projetos não poderão solicitar o custeio dos serviços já realizados na instituição, tampouco o pagamento de profissionais que já atuam no local, exceto nos casos em que houver a necessidade e possibilidade de se aumentar a carga horária desses profissionais com vistas a permitir a execução das atividades relativas ao objeto proposto no projeto. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 24, § 1º)

§ 2º Em nenhuma hipótese será admitida contratação de profissionais para execução de atividades que não apresentem relação com o objeto do projeto. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 24, § 2º)

§ 3º A instituição será responsável por garantir que as atividades descritas no plano de trabalho sejam novas ou adicionais às já realizada e que não serão cobradas ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 24, § 3º)

§ 1º Na eventualidade de não atingimento do teto de recursos disponíveis para renúncia fiscal no exercício, considerando os projetos apresentados e aprovados no período a que se refere o "caput", o Ministério da Saúde poderá abrir nova etapa para recebimento de projetos no período de 15 a 31 de agosto de cada ano. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 25, § 1º)

§ 2º O valor de cada projeto apresentado no âmbito do Pronon e do Pronas/PCD está limitado a até 5% (cinco por cento) do valor global máximo destinado para dedução fiscal, estabelecido anualmente em ato conjunto do Ministério da Saúde e do Ministério da Fazenda. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 25, § 2º)

§ 3º Cada projeto deverá ser enquadrado exclusivamente em uma das ações e serviços de que tratam os arts. 5º e 9º do Anexo LXXXVI . (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 25, § 3º)

Art. 25. A instituição credenciada poderá apresentar até 3 (três) projetos por ano, por programa, os quais deverão ser protocolados na Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde no prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias, a partir da publicação do ato conjunto do Ministério da Saúde e do Ministério da Fazenda, que estabelece anualmente o valor global máximo destinado para dedução fiscal. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 25) (com redação dada pela PRT MS/GM 275/2016)

Art. 26. Cada projeto apresentado no âmbito do Pronon e do Pronas/PCD conterá: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 26)

I - requerimento de apresentação de projeto devidamente preenchido, conforme modelo constante do Anexo 3 do Anexo LXXXVI , especificando: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 26, I)

a) uma das ações ou serviços a serem executados no âmbito do respectivo programa; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 26, I, a)

b) a descrição da estrutura física e de recursos materiais e humanos a serem utilizados para a execução do projeto; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 26, I, b)

c) a estimativa de recursos financeiros para início e término da execução do projeto; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 26, I, c)

d) o cronograma de sua execução, observado o prazo máximo estabelecido no § 1º; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 26, I, d)

II - cópia do ato que deferiu o seu pedido de credenciamento nos termos do art. 21; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 26, II)

III - declaração de responsabilidade, conforme o modelo constante do Anexo 4 do Anexo LXXXVI , e de capacidade técnico-operativa, conforme o modelo constante do Anexo 5 do Anexo LXXXVI , para o cumprimento do objeto e dos objetivos contratados e execução físico-financeira das atividades necessárias; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 26, III)

IV - comprovação de anuência prévia favorável ao projeto pelos gestores estadual e/ou municipal de saúde do SUS, a depender de sua abrangência e do alcance das ações propostas nessas esferas de gestão, respeitada a legislação vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 26, IV)

V - declaração de comprometimento a submeter o projeto à apreciação dos comitês de ética, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio), quando for o caso, e de somente iniciar a execução do projeto após enviar ao Ministério da Saúde comprovante(s) de ter obtido as necessárias autorizações éticas e sanitárias para realizar o estudo. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 26, V)

§ 1º O prazo para execução do projeto poderá ser de até 24 (vinte e quatro) meses, exceto quando se tratar de projetos de pesquisa, hipótese em que o prazo de execução poderá ser de até 36 (trinta e seis) meses. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 26, § 1º)

§ 2º O cronograma de execução do projeto deverá apresentar o tempo de sua execução em meses, considerando-se o seu início a partir da data de liberação dos recursos da Conta Captação para a Conta Movimento. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 26, § 2º)

§ 3º A comprovação da capacidade técnico-operativa da instituição será aceita pelo Ministério da Saúde na condição de que o objeto a ser executado no projeto apresentado seja próprio das atividades regulares e habituais desenvolvidas pela instituição proponente. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 26, § 3º)

§ 4º Serão exigidos todos os documentos pertinentes ao enquadramento do projeto ao campo de atuação pretendido. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 26, § 4º)

Art. 27. O projeto deverá apresentar orçamento detalhado, contendo todos os custos envolvidos para alcance dos objetivos, informando a natureza das despesas e as categorias dos gastos. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 27)

§ 1º O orçamento poderá ser apresentado utilizando-se o modelo constante do Anexo 6 do Anexo LXXXVI , ou adaptado, conforme necessidade do objeto e das ações a serem executadas. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 27, § 1º)

§ 2º As despesas referentes aos serviços de elaboração do projeto e de captação de recursos deverão ser detalhadas na planilha de custos do projeto, sendo obrigatório o seu destaque em relação aos demais itens de despesas. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 27, § 2º)

§ 3º A elaboração do projeto e a captação de recursos poderão ser realizadas por profissionais contratados para este fim, desde que as despesas somadas não ultrapassem 5% (cinco por cento) do valor total previsto para o projeto, limitada ao teto de R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais). (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 27, § 3º)

Art. 28. Serão admitidas como despesas administrativas: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 28)

I - material de consumo para escritório; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 28, I)

II - locação de imóvel para atender os objetivos do projeto durante a sua execução; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 28, II)

III - serviços de postagens e correios; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 28, III)

IV - transporte e deslocamento de pessoal administrativo; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 28, IV)

V - conta de telefone, de água, de luz e de internet; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 28, V)

VI - honorários de pessoal administrativo, serviços contábeis e advocatícios contratados para execução do projeto e respectivos encargos sociais; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 28, VI)

VII - outras despesas administrativas restritas, indispensáveis à execução dos projetos, assim consideradas pelo Ministério da Saúde, desde que especificadas no projeto e no seu respectivo orçamento. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 28, VII)

§ 1º As despesas de que trata o "caput" deverão ser apresentadas de forma detalhada, no demonstrativo orçamentário do projeto, não podendo ser apresentadas apenas de forma global. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 28, § 1º)

§ 2º São de responsabilidade da instituição as retenções e os recolhimentos relativos a impostos, tributos e contribuições que incidirem sobre os valores pagos pelos serviços contratados para a execução do projeto, observada a legislação específica vigente. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 28, § 2º)

Subseção I

Dos Projetos de Prestação de Serviços Médico-Assistenciais

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO IV, Seção I, Subeção I)

Art. 29. No caso de projetos de prestação de serviços médico-assistenciais, além do disposto nos arts. 23, 24, , 26, 27 e 28 do Anexo LXXXVI , a instituição deverá: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 29)

I - possuir estrutura física e capacidade técnico-operativa para o seu desenvolvimento; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 29, I)

II - apresentar manifestação de que o projeto está adequado à Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer ou à Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e a declaração favorável da respectiva direção do SUS à sua execução; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 29, II)

III - garantir que as ações que forem passíveis de regulação devem, obrigatoriamente, estar incluídas formalmente na regulação do gestor que deu a anuência ao projeto; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 29, III)

IV - apresentar documentos que comprovem o efetivo atendimento das normas de vigilância sanitária; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 29, IV)

V - comprovar cadastro prévio no SCNES; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 29, V)

VI - estar habilitada em oncologia pelo Ministério da Saúde, quando os projetos tratarem de ações e serviços relacionados à alta complexidade em oncologia. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 29, VI)

Parágrafo Único. No caso de serviços de apoio à saúde, não será necessária a comprovação da inscrição no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 29, Parágrafo Único)

Art. 30. A instituição que apresentar projetos prevendo a realização de ações e serviços constantes da relação dos procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) poderá, mediante habilitação específica para fins do Pronon ou do Pronas/PCD, ser autorizada a realizar tais procedimentos com regulação pela referida Central, observadas a vigência e as exigências referentes ao credenciamento ou habilitação, conforme as especificidades dos projetos. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 30)

Art. 31. A prestação de serviços médico-assistenciais no âmbito dos projetos referentes ao Pronon e ao Pronas/PCD deverá ser registrada no sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), conforme os procedimentos constantes em normas específicas. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 31)

§ 1º O CIHA será o sistema oficial para verificação, acompanhamento, avaliação e prestação de contas das ações e serviços que o proponente se comprometeu a realizar no projeto. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 31, § 1º)

§ 2º É vedado o registro das ações e serviços desenvolvidos no âmbito do Pronon e do Pronas/PCD em outros sistemas de informação do Ministério da Saúde, sendo, portanto, impedidos de serem cobrados de outras formas às instâncias gestoras do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 31, § 2º)

§ 3º Na hipótese de duplicidade de registro de procedimentos, a instituição poderá ser descredenciada e inabilitada para a apresentação de projetos no âmbito do Pronon e/ou do Pronas, durante os 3 (três) anos seguintes. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 31, § 3º)

Subseção II

Dos Projetos de Pesquisa

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO IV, Seção I, Subeção II)

Art. 32. Nos projetos de pesquisa, a instituição deverá possuir infraestrutura física e capacidade técnico-operativa para o seu desenvolvimento, sendo, porém, permitida parceria com instituições de ensino e pesquisa para complementá-las. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 32)

Parágrafo Único. Em nenhuma hipótese será permitida a transferência de recursos captados por meio do Pronon e do Pronas/PCD às instituições de ensino e pesquisa ou a profissionais vinculados a estas instituições em virtude da parceria de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 32, Parágrafo Único)

Subseção III

Dos Projetos de Formação, Capacitação e Aperfeiçoamento de Recursos Humanos

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO IV, Seção I, Subeção III)

Art. 33. Nos projetos de formação, capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos, além do disposto nos arts. 23, 24, , 26, 27 e 28 do Anexo LXXXVI , a instituição deverá: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 33)

I - enviar projeto pedagógico, justificando a atividade pretendida em acordo com o objeto final da instituição, devendo conter objetivos gerais e específicos que irão mensurar o atingimento dos resultados esperados; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 33, I)

II - encaminhar o currículo do responsável pela instituição e/ou do profissional que irá desenvolver a formação, a capacitação e o aperfeiçoamento; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 33, II)

III - apresentar de forma detalhada o conteúdo, a carga-horária, o público-alvo, a metodologia a ser aplicada, a modalidade empregada e os recursos instrucionais e pedagógicos a serem utilizados. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 33, III)

Subseção IV

Dos Projetos que Preveem a Realização de Reformas

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO IV, Seção I, Subeção IV)

Art. 34. Para execução dos projetos, somente será permitida a realização de despesas com obras em imóveis, no âmbito do Pronon e do Pronas/PCD, se referentes a reformas, incluindo-se ações de conservação, manutenção e reparos, ficando vedada a realização de investimentos com ampliação e construção de imóveis.(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 34)

Art. 35. É necessária a apresentação de declaração firmada pelo responsável técnico da obra de que a planilha orçamentária apresenta quantitativos compatibilizados com o respectivo projeto de engenharia e de que os custos estão de acordo com as tabelas do SINAPI. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 35)

Parágrafo Único. Os custos também poderão ser apresentados, em caso de impossibilidade de uso da tabela SINAPI, a partir: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 35, Parágrafo Único)

I - de pesquisa de preços com no mínimo 3 (três) propostas; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 35, Parágrafo Único, I)

II - de informações disponibilizadas por órgãos de classe e entidades profissionais, tais como o Sindicato da Indústria da Construção Civil (Sinduscon), o Instituto de Arquitetos do Brasil (IAB), o CREA e o CAU; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 35, Parágrafo Único, II)

III - de informações do Informativo Sistema Boletim de Custos (SBC); ou (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 35, Parágrafo Único, III)

IV - do Sistema de Custos de Obra e Serviços de Engenharia (SCO) da Fundação Getúlio Vargas (FGV). (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 35, Parágrafo Único, IV)

Subseção V

Dos Projetos que Preveem a Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO IV, Seção I, Subeção V)

Art. 36. As instituições deverão apresentar informações detalhadas sobre os equipamentos e materiais permanentes que serão adquiridos, de forma a permitir ao analista técnico avaliar a viabilidade técnica de instalação e operação dos equipamentos, bem como a sustentabilidade desses, conforme modelo constante do Anexo 7 do Anexo LXXXVI . (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 36)

Parágrafo Único. Os equipamentos e materiais permanentes deverão constar nas relações de itens disponibilizadas pelo Fundo Nacional de Saúde, exceto quando vinculados a projetos de pesquisa clínica, experimental e de inovação tecnológica. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 36, Parágrafo Único)

Art. 37. Os equipamentos e materiais permanentes adquiridos para fins de projetos de pesquisa e que necessitem de importação deverão obedecer ao disposto em normas específicas da ANVISA. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 37)

Art. 38. Nos projetos que envolverem a aquisição ou produção de equipamentos e/ou materiais permanentes com recursos captados por meio do Pronon e do Pronas/PCD, o equipamento e/ou material permanente será revertido, ao final do projeto, mediante doação, ao patrimônio do ente federativo que anuiu com a realização do projeto, conforme o modelo de Termo de Doação constante do Anexo 8 do Anexo LXXXVI . (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 38)

§ 1º O ente federativo beneficiário da doação de que trata o "caput" poderá utilizar os equipamentos e materiais permanentes em seus órgãos ou estabelecimentos públicos de assistência à saúde ou de ensino e pesquisa ou realizar a cessão de seu uso para entidades filantrópicas que atuam de forma complementar ao SUS, para atendimento de usuários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 38, § 1º)

§ 2º A documentação comprobatória da formalização da doação de que trata "caput" deverá ser encaminhada ao Ministério da Saúde juntamente com o relatório final de execução do projeto. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 38, § 2º)

§ 3º A instituição interessada em permanecer com os equipamentos e materiais permanentes após o término da execução do projeto deverá: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 38, § 3º)

I - nos 30 (trinta) dias anteriores ao término do projeto, solicitar à Secretaria de Saúde do ente federativo que anuiu com a realização do projeto a manutenção do uso do equipamento e/ou material permanente; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 38, § 3º, I)

II - firmar termo de compromisso a ser assinado com o gestor do SUS que anuiu com a realização do projeto, de modo a assumir a continuar utilizar o equipamento e/ou material permanente na prestação de ações e serviços de saúde aos usuários do SUS, sob pena de devolução dos bens à respectiva direção do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 38, § 3º, II)

III - no caso de manutenção do equipamento na instituição que executou o projeto, manter essa informação no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 38, § 3º, III)

§ 4º No caso de projeto de pesquisa que preveja a aquisição de equipamentos que não possuam registro ou cadastro junto à ANVISA, a destinação desses seguirá as normas sanitárias em vigor. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 38, § 4º)

Art. 39. Para definição dos custos de aquisição dos equipamentos e materiais permanentes, deverá ser consultado o Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 39)

Parágrafo Único. No caso de equipamentos importados, para os quais não haja referência de preços no SIGEM, a instituição apresentará documentação comprobatória do preço praticado no mercado nacional e internacional, quando for o caso. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 39, Parágrafo Único)

Subseção VI

Dos Projetos que Preveem Aquisição de Medicamentos, Kits Diagnósticos, Materiais Médico-Hospitalares, Órteses, Próteses e Outros Produtos para a Saúde

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO IV, Seção I, Subeção VI)

Art. 40. Os projetos poderão prever a aquisição de medicamentos, kits diagnósticos, materiais médico-hospitalares, órteses, próteses e de outros produtos para saúde, observando o seu objeto. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 40)

§ 1º Os medicamentos adquiridos no âmbito do projeto deverão estar listados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), exceto quando se tratar de medicamento utilizado no tratamento do câncer, especialmente aqueles utilizados para quimioterapia, que deverão ser registrados na ANVISA. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 40, § 1º)

§ 2º Para fins de pesquisa, será permitida a importação de produtos de que trata o "caput" e que não atendam às exigências do §1º, cuja importação sem necessidade de cadastro ou registro deve obedecer ao disposto na legislação específica. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 40, § 2º)

§ 3º Não será permitida a previsão de medicamentos cuja aquisição seja realizada de forma centralizada pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 40, § 3º)

§ 4º Os medicamentos utilizados em projetos de pesquisa também estarão sujeitos aos regulamentos dos programas de acesso expandido, uso compassivo e fornecimento de medicamentos pós-estudos, disposto em regulamento específico da ANVISA. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 40, § 4º)

Art. 41. Os medicamentos, materiais médico-hospitalares, kits diagnósticos, órteses e próteses adquiridos que não foram utilizados serão doados, ao término do projeto, ao ente federativo que anuiu com a realização do projeto, para a utilização em estabelecimentos públicos de assistência à saúde, de ensino e pesquisa ou para uso por entidades filantrópicas que atuam de forma complementar ao SUS, para atendimento dos usuários do sistema. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 41)

§ 1º A documentação comprobatória da formalização da doação de que trata o "caput" será encaminhada ao Ministério da Saúde juntamente com o relatório final de execução do projeto. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 41, § 1º)

§ 2º A instituição executora que atue de forma complementar ao SUS interessada em permanecer com os produtos de que trata o "caput" após o término da execução do projeto deverá: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 41, § 2º)

I - nos 30 (trinta) dias anteriores ao término do projeto, solicitar à Secretaria de Saúde do ente federativo que anuiu com a realização do projeto a manutenção do uso dos produtos; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 41, § 2º, I)

II - firmar termo de compromisso a ser firmado com o gestor do SUS que anuiu com a realização do projeto de que assume a obrigação de continuar a utilizar os produtos de que trata o "caput" na prestação de ações e serviços de saúde aos usuários do SUS, sob pena de devolução do bem à respectiva direção do sistema.(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 41, § 2º, II)

Art. 42. Para apresentação dos preços de aquisição de medicamentos, kits diagnósticos, materiais médico-hospitalares, órteses, próteses e outros produtos para a saúde, a instituição deverá utilizar o Banco de Preços em Saúde (BPS) e o Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG). (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 42)

Parágrafo Único. O acesso ao relatório de preços constantes no SIASG poderá ser realizado utilizando funcionalidade específica do BPS. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 42, Parágrafo Único)

Subseção VII

Dos Projetos que Preveem Comodato ou Cessão de Uso de Bens Imóveis ou Equipamentos

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO IV, Seção I, Subeção VII)

Art. 43. Os projetos que preveem comodato ou cessão de uso de bens imóveis ou equipamentos somente poderão incluir no orçamento as despesas de conservação dos bens imóveis ou dos equipamentos, por se tratarem de empréstimo de natureza gratuita. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 43)

Parágrafo Único. A comprovação do empréstimo dos bens imóveis ou dos equipamentos na modalidade de comodato ou cessão de uso deverá ser feita mediante a apresentação de cópia autenticada do respectivo contrato. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 43, Parágrafo Único)

Seção II

Das Vedações

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO IV, Seção II)

Art. 44. É vedada a previsão de despesas: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 44)

I - a título de taxa de administração ou similar; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 44, I)

II - em benefício de servidor ou empregado público, integrante do quadro de pessoal de órgão ou entidade pública da administração direta ou indireta de qualquer esfera governamental, por serviços de consultoria ou assistência técnica, salvo nas hipóteses previstas em leis específicas e na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO);(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 44, II)

III - em favor de clubes e associações de servidores públicos ou entidades congêneres; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 44, III)

IV - que resultarem em vantagem financeira ou material para o doador, nos termos da Lei nº 12.715, de 2012; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 44, IV)

V - com ações e serviços de captação que excedam o limite estabelecido no art. 27, § 3º ; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 44, V)

VI - com recepções, festas, coquetéis, serviços de bufê ou similares, excetuados os gastos com refeições dos profissionais ou com ações educativas, quando necessário à consecução dos objetivos do projeto; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 44, VI)

VII - referentes à compra de passagens em primeira classe ou classe executiva, salvo em caso de necessidade justificada, para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 44, VII)

VIII - com taxas bancárias, multas, juros ou correção monetária, inclusive referentes a pagamentos ou recolhimentos fora dos prazos; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 44, VIII)

IX - para custeio de ações e serviços médico-assistenciais, já executados pelo proponente para atenção às pessoas no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 44, IX)

Art. 45. É vedada a apresentação de projeto por pessoa jurídica de direito privado que, respectivamente, seja ou tenha como dirigentes, administradores, controladores ou membros de seus conselhos: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 45)

I - agente político de Poder ou do Ministério Público, tanto quanto dirigente de órgão ou entidade da administração pública, de qualquer esfera governamental, ou respectivo cônjuge ou companheiro, bem como parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 45, I)

II - servidor público do Ministério da Saúde ou de suas entidades vinculadas, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros e parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 45, II)

Art. 46. É vedada a contratação de pessoa física ou jurídica para apresentar-se como representante legal da instituição junto ao Pronon e ao Pronas, fato que configura intermediação, com exceção do disposto no art. 81, parágrafo único. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 46)

Seção III

Da Análise do Projeto

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO IV, Seção III)

Art. 47. A SE/MS encaminhará o projeto ao órgão do Ministério da Saúde competente para realizar a análise técnico-financeira no prazo de 10 (dez) dias, contado da data de autuação do projeto. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 47)

Art. 48. O órgão do Ministério da Saúde competente realizará a análise técnico-financeira do projeto e emitirá parecer técnico conclusivo no prazo de 40 (quarenta) dias, contado da data de recebimento do projeto. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 48)

§ 1º O órgão do Ministério da Saúde competente poderá solicitar diretamente à instituição, por meio de correio eletrônico, a complementação ou adequação do projeto, com inclusão de informações não mencionada nos Anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 do Anexo LXXXVI , que deverá ser apresentada pela instituição no prazo de 10 (dez) dias, contado da data do recebimento da notificação. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 48, § 1º)

§ 2º Na ocorrência da situação de que trata o § 1º, o prazo de que trata o "caput" ficará suspenso até a data de recebimento das informações adicionais. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 48, § 2º)

Art. 49. O parecer técnico conclusivo será redigido de forma clara, concisa e tecnicamente coerente, em conformidade com o modelo constante do Anexo 9 do Anexo LXXXVI , devendo manifestar-se quanto à adequação do projeto às políticas do Ministério da Saúde, e será conclusivo sobre a aprovação total, parcial ou reprovação, devidamente fundamentada, devendo conter: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 49)

I - descrição sobre a relevância do projeto, a sua adequação às ações prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde e o seu potencial de contribuição para melhoria da execução, gestão e qualificação das ações e serviços de atenção à pessoa com câncer ou de reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 49, I)

II - análise sobre o preenchimento completo e correto do requerimento de apresentação de projeto, conforme o modelo constante do Anexo 3 do Anexo LXXXVI ; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 49, II)

III - análise quanto ao enquadramento do projeto à Lei nº 12.715, de 2012, e às demais normas aplicáveis ao Pronon e ao Pronas/PCD; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 49, III)

IV - análise da adequação do projeto e da instituição aos mecanismos do Pronon e do Pronas/PCD; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 49, IV)

V - análise das planilhas orçamentárias e dos documentos técnicos exigidos da instituição; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 49, V)

VI - avaliação da capacidade técnico-operacional para execução do projeto apresentado; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 49, VI)

VII - análise da adequação entre o objeto a ser executado e os produtos resultantes; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 49, VII)

VIII - análise da adequação das estratégias de ação aos objetivos, assinalando-se claramente no parecer se as etapas previstas são necessárias ou suficientes a sua realização e se são compatíveis com os prazos e custos previstos; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 49, VIII)

IX - verificação do enquadramento do projeto nos campos de atuação estabelecidos nos arts. 5º e 9º do Anexo LXXXVI ; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 49, IX)

X - verificação da compatibilidade dos custos previstos com os preços praticados no mercado nacional e internacional, quando for o caso. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 49, X)

Parágrafo Único. O parecer técnico conclusivo será homologado pelo titular do órgão do Ministério da Saúde competente. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 49, Parágrafo Único)

Art. 50. São hipóteses para reprovação do projeto e consequente arquivamento do processo: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 50)

I - apresentação incompleta ou em desacordo com a documentação exigida por meio deste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 50, I)

II - apresentação intempestiva de resposta à diligência prevista no art. 48, § 1º ; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 50, II)

III - existência de dúvidas fundamentadas quanto à veracidade dos documentos e das informações apresentadas; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 50, III)

IV - não observância das disposições da Lei nº 12.715, de 2012, do Decreto nº 7.988, de 2013, deste Anexo e demais normas que regem o Pronon e o Pronas/PCD; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 50, IV)

V - objeto e/ou cronograma idênticos ao de outro projeto já apresentado no mesmo ano fiscal; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 50, V)

VI - reapresentação de projeto similar arquivado ou já analisado e indeferido pelo Ministério da Saúde, no mesmo ano fiscal; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 50, VI)

VII - fracionamento de outro projeto ativo, na medida em que seu objeto ou ação principal estejam nele contidas, podendo resultar em prejuízo para o alcance dos objetivos do projeto como um todo. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 50, VII)

Art. 51. A avaliação dos valores dos itens apresentados em cada uma das rubricas orçamentárias levará em conta os valores constantes do SIGEM, do BPS, do Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG), do SINAPI, além de outros sistemas de informação que possam servir de referência para definição de preços e custos de ações e serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 51)

§ 1º Quando os itens não estiverem relacionados nos sistemas descritos no "caput", os valores deverão representar a opção de maior economicidade, com base na cotação prévia realizada pela instituição de, no mínimo, 3 (três) orçamentos com preços praticados no mercado. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 51, § 1º)

§ 2º Caso não seja possível obter o número de cotações de que trata o § 1º, a instituição deverá apresentar justificativa circunstanciada, observados os princípios da impessoalidade e da moralidade. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 51, § 2º)

Art. 52. Após a manifestação do titular do órgão do Ministério da Saúde competente, o projeto e o parecer técnico conclusivo serão encaminhados à SE/MS. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 52)

Art. 53. O cumprimento de todos os requisitos dispostos neste Anexo não garante a aprovação do projeto, que dependerá, ainda, da consonância com as Redes de Atenção à Saúde, com as prioridades do Ministério da Saúde e com o limite financeiro destinado ao Pronon e ao Pronas/PCD. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 53)

§ 1º A aprovação final dos projetos será feita pelo Comitê Gestor do Pronon e do Pronas/PCD, a partir do parecer técnico conclusivo emitido para cada projeto e da consonância do projeto com as prioridades definidas por meio deste Anexo e com a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer e com a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 53, § 1º)

§ 2º A SE/MS enviará documento contendo o conjunto de resumos de projetos com parecer favorável dos órgãos do Ministério da Saúde competentes aos membros do Comitê Gestor do Pronon e do Pronas/PCD, para conhecimento prévio, em até 5 (cinco) dias, contados do prazo final de conclusão dos pareceres técnicos conclusivos. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 53, § 2º)

§ 3º O Comitê Gestor do Pronon e do Pronas/PCD deliberará sobre a aprovação dos projetos em reunião realizada em, no máximo, 10 (dez) dias após o envio do documento de que trata o §2º. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 53, § 3º)

Seção IV

Da Publicação do Resultado da Análise Técnica

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO IV, Seção IV)

Art. 54. Em caso de aprovação do projeto, caberá à SE/MS providenciar a publicação da portaria de aprovação do projeto e de autorização para captação de recursos em favor da instituição contemplada, no prazo de 5 (cinco) dias. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 54)

Art. 55. A portaria de aprovação de projetos e de autorização para captação de recursos conterá, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 55)

I - o número de registro do projeto no SIPAR; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 55, I)

II - o título do projeto; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 55, II)

III - a razão social da instituição e o respectivo CNPJ; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 55, III)

IV - o valor aprovado para captação de doações; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 55, IV)

V - os prazos de captação e de execução; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 55, V)

VI - o extrato do projeto aprovado. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 55, VI)

§ 1º A instituição ficará vinculada aos termos do projeto aprovado. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 55, § 1º)

§ 2º Em caso de ocorrência de fato novo ou constatação de erro material que interfira na aprovação do projeto, o Ministério da Saúde poderá tornar sem efeito, no todo ou em parte, a portaria de aprovação de projeto e de autorização para captação de recursos, respeitados os direitos adquiridos em relação a metas ou etapas já executadas. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 55, § 2º)

Art. 56. Da publicação do resultado de que trata o art. 54, caberá recurso, no prazo de 5 (cinco) dias, contado da data de publicação da portaria, à autoridade que proferiu o parecer técnico conclusivo. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 56)

§ 1º O recurso será encaminhado à SE/MS, que encaminhará à autoridade recorrida, no prazo de 5 (cinco) dias, contado da data de recebimento. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 56, § 1º)

§ 2º A área técnica fará análise do pedido e encaminhará à SE/MS, no prazo de 10 (dez) dias, contados da data de recebimento do recurso, e, na hipótese de reforma da decisão, será providenciada pela SE/MS a publicação de portaria de aprovação de projeto e de autorização para captação de recursos em favor da instituição contemplada ou de manutenção da decisão quanto à reprovação total ou parcial, no prazo de 5 (cinco) dias, contado do recebimento da decisão reformada. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 56, § 2º)

§ 3º Recursos intempestivos não serão conhecidos pela SE/MS. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 56, § 3º)

CAPÍTULO V

DAS DOAÇÕES

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO V)

Art. 57. As doações no âmbito do Pronon e do Pronas/PCD poderão assumir as seguintes espécies de atos gratuitos: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 57)

I - transferência de quantias em dinheiro; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 57, I)

II - transferência de bens móveis ou imóveis; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 57, II)

III - comodato ou cessão de uso de bens imóveis ou equipamentos; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 57, III)

IV - realização de despesas com reformas; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 57, IV)

V - fornecimento de medicamentos, kits diagnósticos, materiais médico-hospitalares, órteses, próteses e outros produtos para a saúde. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 57, V)

Parágrafo Único. Os doadores deverão observar a regulamentação expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil sobre os procedimentos a serem adotados para fruição dos benefícios fiscais relativos ao Imposto sobre a Renda das Pessoas Físicas e Jurídicas, nas doações efetuadas diretamente ao Pronon e ao Pronas/PCD.(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 57, Parágrafo Único)

Art. 58. As informações relativas às doações a projetos do Pronon e do Pronas/PCD são de envio obrigatório pelo Ministério da Saúde à Secretaria da Receita Federal do Brasil, por meio do Programa Gerador da Declaração de Benefícios Fiscais (DBF), conforme instrução normativa da Receita Federal do Brasil. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 58)

Seção I

Da Transferência de Quantias em Dinheiro e da Abertura e Movimentação das Contas Correntes

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO V, Seção I)

Art. 59. Os recursos financeiros captados no âmbito do Pronon e do Pronas/PCD serão depositados em conta bancária bloqueada, denominada Conta Captação, e geridas em conta de livre movimentação, denominada Conta Movimento. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 59)

§ 1º As contas de que trata o "caput" serão vinculadas a cada projeto e serão abertas pelo Ministério da Saúde em instituição financeira oficial. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 59, § 1º)

§ 2º O Ministério da Saúde divulgará no Portal Saúde os dados das contas, em até 10 (dez) dias, contados da data de publicação da portaria de aprovação de projeto e de autorização para captação de recursos. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 59, § 2º)

§ 3º Somente poderão ser depositados na Conta Captação recursos de fontes relacionadas ao mecanismo de incentivo fiscal. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 59, § 3º)

§ 4º Competirá exclusivamente à instituição zelar para que não seja depositados na Conta Captação recursos oriundos de outras fontes não relacionadas ao mecanismo de renúncia fiscal. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 59, § 4º)

§ 5º Durante o acompanhamento da execução do projeto, o Ministério da Saúde poderá, motivadamente e a fim de garantir sua regularidade: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 59, § 5º)

I - determinar o recolhimento parcial ou integral dos recursos constantes da Conta Captação; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 59, § 5º, I)

II - bloquear a Conta Captação e a movimentação da Conta Movimento; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 59, § 5º, II)

III - providenciar a movimentação de recursos da Conta Captação e da Conta Movimento para a Conta Única do Tesouro Nacional. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 59, § 5º, III)

§ 6º Após o prazo de captação ou quando for captada a integralidade dos recursos previstos no projeto, o Ministério da Saúde providenciará o bloqueio da Conta Captação. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 59, § 6º)

§ 7º Competirá ao Ministério da Saúde providenciar junto à instituição financeira oficial o encerramento de contas após o término da vigência do Termo de Compromisso ou no caso de equívoco de sua abertura. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 59, § 7º)

Art. 60. Os recursos financeiros oriundos de doação somente poderão ser captados após a publicação da portaria de aprovação de projeto e de autorização para captação de recursos de que trata o art. 54. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 60)

§ 1º Os recursos serão depositados na Conta Captação por meio de depósito identificado, com a informação obrigatória do CPF ou do CNPJ dos depositantes, ou, desde que tenha sido identificados os depositantes, por Transferência Eletrônica Disponível (TED) ou Documento de Operação de Crédito (DOC), com a informação da modalidade dos depósitos (doação). (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 60, § 1º)

§ 2º Competirá à instituição esclarecer aos doadores quanto à forma de depósito na Conta Captação, informando as opções disponíveis, nos termos do § 1º. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 60, § 2º)

§ 3º Na hipótese do § 3º, o Ministério da Saúde comunicará o fato à Secretaria da Receita Federal do Brasil, para eventual fiscalização tributária. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 60, § 4º)

§ 4º Depósitos equivocados na Conta Captação, quando devidamente identificados e justificados, poderão ter o estorno autorizado pelo Ministério da Saúde, para o devido ajuste, desde que o pedido da instituição ocorra em data prévia à celebração do Termo de Compromisso e seja protocolado até o dia 28 de fevereiro do exercício fiscal seguinte à doação equivocadamente realizada. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 60, § 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1575/2015)

Art. 61. Para a efetivação da abertura de contas correntes, além dos demais requisitos previstos neste Anexo, a instituição autorizará a instituição financeira oficial, em caráter irrevogável e irretratável, a cumprir as determinações do Ministério da Saúde relativas às movimentações financeiras. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 61)

Art. 62. O Ministério da Saúde e a instituição firmarão Termo de Compromisso, cujo prazo máximo de vigência será igual ao prazo de início da vigência do projeto até a última apresentação das demonstrações contábeis e do parecer conclusivo de que trata o art. 92, parágrafo único, e que regulará as obrigações entre as partes, especialmente quanto ao projeto aprovado. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 62)

Parágrafo Único. O Ministério da Saúde convocará o representante legal da instituição para assinatura do Termo de Compromisso, depois de comprovada a captação de 100% (cem por cento) dos recursos previstos nos respectivos orçamentos. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 62, Parágrafo Único)

Art. 63. As Contas Movimento somente poderão ser operadas após a regularização cadastral, pelos respectivos titulares, na agência bancária da instituição financeira oficial onde tenham sido abertas, de acordo com as normas vigentes do Banco Central do Brasil, e depois da autorização do Ministério da Saúde para que a instituição financeira oficial repasse os recursos da Conta Captação para a Conta Movimento. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 63)

Art. 64. Caberá à instituição emitir recibo em favor do doador, assinado por pessoa competente, em três vias, para cada depósito efetuado na Conta Captação, observados os requisitos estabelecidos pela Secretaria da Receita Federal do Brasil, e conforme os modelos constantes do Anexo 10 do Anexo LXXXVI sendo: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 64)

I - a primeira via para o doador; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 64, I)

II - a segunda via para o Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 64, II)

III - a terceira via para controle da própria instituição. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 64, III)

Parágrafo Único. A instituição encaminhará ao Ministério da Saúde, no prazo de até 20 (vinte) dias, ofício discriminando os números de ordem e os valores dos recibos emitidos, juntamente com os respectivos recibos. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 64, Parágrafo Único)

Art. 65. O desbloqueio dos recursos financeiros depositados na Conta Captação para fins de início da execução do projeto será condicionado à assinatura e publicação do Termo de Compromisso. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 65)

Art. 66. É vedada a captação de recursos de entidades vinculadas à instituição proponente. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 66)

Art. 67. Os recursos captados não poderão ser aplicados em atividades não integrantes do projeto aprovado. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 67)

Art. 68. Somente poderão ser iniciadas as execuções dos projetos depois de captados 100% (cem por cento) dos recursos previstos nos respectivos orçamentos. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 68)

§ 1º A instituição não poderá ressarcir-se de despesas efetuadas em data anterior à celebração do Termo de Compromisso, exceto para captação de recursos e elaboração de projeto. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 68, § 1º)

§ 2º Para fins de verificação da captação de 100% (cem por cento) dos recursos previstos no orçamento, serão consideradas todas as doações recebidas a título das espécies previstas no art. 57. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 68, § 2º)

§ 3º As instituições terão o prazo de 90 (noventa) dias para captação dos recursos previstos no art. 59, podendo este prazo ser prorrogável, por mais 30 (trinta) dias, por meio de solicitação formal da instituição, devidamente justificada, antes de findar o prazo final de captação, observado o término do exercício fiscal. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 68, § 3º)

§ 4º A liberação dos recursos para a Conta Movimento e, portanto, a autorização para início da execução do projeto, estará condicionada à apresentação dos recibos nos casos de doações previstas nos incisos II a V do art. 57, quando houver. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 68, § 5º)

§ 1º Somente após o prazo de captação previsto no art. 68, § 3º , a instituição executora poderá apresentar ao Ministério da Saúde a proposta de readequação do projeto. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 69, § 1º)

§ 2º A proposta de readequação será enviada à SE/MS que, no prazo de 10 (dez) dias, remeterá ao órgão do Ministério da Saúde Competente. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 69, § 2º)

§ 3º O órgão do Ministério da Saúde que aprovou o projeto terá o prazo de 30 (trinta) dias do recebimento da proposta de readequação para emitir parecer técnico conclusivo. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 69, § 3º)

§ 4º Após o recebimento do parecer técnico conclusivo, a SE/MS providenciará a publicação de Portaria com a divulgação do resultado da análise dos projetos de readequação, no prazo de 10 (dez) dias, contado do recebimento do parecer técnico conclusivo. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 69, § 4º)

§ 5º Caso a instituição não apresente a readequação do projeto no prazo estabelecido no "caput" ou caso a readequação seja reprovada, os recursos captados deverão ser recolhidos à Conta Única do Tesouro Nacional. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 69, § 5º)

Art. 69. Caso não haja a captação integral dos recursos financeiros no prazo previsto no art. 68, § 3º , desde que tenham sido captados pelo menos 60% dos recursos, a instituição enviará, no prazo de 30 (trinta) dias contados do término do período de captação de recursos, readequação das ações previstas no projeto aprovado ao valor total obtido na captação, mediante aprovação prévia do Ministério da Saúde, para fins de execução dos recursos financeiros. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 69) (com redação dada pela PRT MS/GM 1575/2015)

§ 1º A proposta de readequação de que trata o "caput" será enviada à SE/MS que, no prazo de 10 (dez) dias, remeterá ao órgão do Ministério da Saúde competente. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 70, § 1º)

§ 2º O órgão do Ministério da Saúde que aprovou o projeto terá o prazo de 30 (trinta) dias do recebimento da proposta de readequação para emitir parecer técnico conclusivo em relação à readequação de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 70, § 2º)

§ 3º Após receber o parecer técnico de que trata o § 2º, a SE/MS providenciará a publicação de portaria com a divulgação do resultado da análise das readequações do projeto, no prazo máximo de 10 (dez) dias, contado do recebimento do parecer técnico conclusivo. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 70, § 3º)

§ 4º Os recursos captados remanescentes serão recolhidos na forma do art. 88. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 70, § 4º)

Art. 70. A instituição poderá enviar, no prazo de 30 (trinta) dias contados do término do período de captação de recursos, readequação para maior do orçamento do projeto aprovado, em até 20% (vinte por cento), a critério do Ministério da Saúde, na hipótese da captação de recursos realizada ser superior ao orçamento previsto no projeto aprovado. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 70) (com redação dada pela PRT MS/GM 1575/2015)

Seção II

Da Transferência de Bens Móveis e Imóveis

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO V, Seção II)

Art. 71. A transferência de bens móveis ou imóveis será feita diretamente aos órgãos e entidades públicas integrantes da administração pública direta e indireta da União, estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 71)

§ 1º A instituição participante do Pronon e do Pronas/PCD deverá obter aceitação do gestor local do SUS para as providências de transferência do bem para a administração pública. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 71, § 1º)

§ 2º A instituição poderá fazer uso do bem durante a vigência do projeto. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 71, § 2º)

§ 3º Somente será admitida a doação de bens móveis novos. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 71, § 3º)

§ 4º Na doação de bens móveis, o doador deverá apresentar a nota fiscal dos bens. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 71, § 4º)

Art. 72. Na hipótese de doação de bens imóveis, o doador deverá considerar como valor dos bens doados o constante da última Declaração de Bens e Direitos da Declaração de Ajuste Anual ou valor pago no caso de bens adquiridos no mesmo ano da doação, que não poderá ultrapassar o valor de mercado. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 72)

Seção III

Da Realização de Despesas com Reformas

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO V, Seção III)

Art. 73. No caso de despesas com reformas, executadas a título de doação, a comprovação será feita mediante a apresentação de notas fiscais, contrato de prestação de serviço ou de recibos devidamente assinados com a perfeita identificação da fonte pagadora, do beneficiário e discriminação a que se refere o pagamento.(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 73)

Seção IV

Da Doação de Medicamentos, Kits Diagnósticos, Materiais Médico-Hospitalares, Órteses, Próteses e Outros Produtos para a Saúde

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO V, Seção IV)

Art. 74. As doações de medicamentos, kits diagnósticos, materiais médico-hospitalares, órteses, próteses e outros produtos para saúde somente poderão ser feitas por pessoas jurídicas e com apresentação de nota fiscal dos produtos doados. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 74)

§ 1º O prazo de validade dos produtos, quando for o caso, não poderá ser inferior a 12 (doze) meses. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 74, § 1º)

§ 2º O preço unitário dos produtos doados constante da nota fiscal não poderá exceder o preço incluído no orçamento aprovado, baseado nos sistemas de informação de que trata o art. 39. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 74, § 2º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300521

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Seção V

Do remanejamento de recursos entre projetos no âmbito do Pronon e do Pronas/PCD

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Seção I-A) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1575/2015)

Art. 75. Será facultado à SE/MS remanejar recursos entre Contas Captação de diferentes projetos da mesma entidade credenciada no âmbito do Pronon e do Pronas/PCD, mediante solicitação formal da instituição credenciada e sem que acarrete prejuízos ao incentivador quanto ao benefício fiscal. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 70-A)

§ 1º O remanejamento de que trata o "caput" somente poderá ser solicitado caso ambos os projetos sejam exclusivamente do Pronon ou exclusivamente do Pronas/PCD, após o encerramento do período de captação de recursos e previamente ao envio da readequação do projeto cedente do qual serão remanejados os recursos e do projeto a ser beneficiado. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 70-A, § 1º)

§ 2º O projeto a ser beneficiado fará jus aos recursos remanejados até o limite de 20% (vinte por cento) a maior do valor aprovado por meio de portaria de aprovação do projeto e de autorização para captação de recursos de que trata o art. 54. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 70-A, § 3º)

§ 3º A instituição deverá apresentar readequação do projeto cedente do qual serão remanejados os recursos e do projeto a ser beneficiado em até 30 (trinta) dias contados do efetivo remanejamento de recursos. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 70-A, § 4º)

§ 4º É dispensada apresentação de readequação do projeto cedente do qual serão remanejados os recursos, quando a solicitação de remanejamento de recursos referir-se a valores que excedam o percentual máximo disposto no § 1º , podendo o remanejamento ocorrer em qualquer fase de execução do projeto cedente, excetuando-se saldo remanescente ao fim de execução do projeto. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 70-A, § 5º)

§ 5º Quando os recursos captados não atingirem o percentual mínimo do § 1º , os recursos do projeto cedente também poderão ser remanejados, respeitando-se o limite disposto no § 3º e as vedações do art. 76, restando, no entanto, reprovado o projeto cedente e devendo-se recolher eventual saldo remanescente nos termos do art. 77. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 70-A, § 6º)

§ 6º Caso a instituição não observe os prazos do § 4º ou caso a readequação seja reprovada pelo órgão do Ministério da Saúde competente, os recursos remanejados deverão ser recolhidos à Conta Única do Tesouro Nacional. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 70-A, § 7º)

§ 7º A SE/MS dará conhecimento ao Comitê Gestor do Pronon e do Pronas/PCD sobre os efetivos remanejamentos de recursos, em reunião ordinária subsequente, ou, se for o caso, em reunião extraordinária. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 70-A, § 8º)

§ 8º Excepcionalmente para os projetos apresentados em 2014 e 2015, o remanejamento de que trata o "caput" poderá ser solicitado após o encerramento do período de captação de recursos e previamente à celebração do termo de compromisso do projeto cedente do qual serão remanejados os recursos e do projeto a ser beneficiado, observados os termos dos §§ 3º e 4º. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 70-A, § 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 823/2016)

Art. 76. É vedado o remanejamento de recursos entre projetos quando: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 70-B)

I - não forem observados os critérios do art. 75; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 70-B, I)

II - o projeto cedente do qual serão remanejados os recursos e o projeto a ser beneficiado não pertencerem ambos ao Pronon ou ao Pronas/PCD; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 70-B, II)

III - o projeto cedente do qual serão remanejados os recursos e o projeto a ser beneficiado forem apresentados por instituições credenciadas com CNPJ distintos; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 70-B, III)

IV - o projeto cedente restar economicamente inviabilizado nos termos do § 1º ; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 70-B, IV)

V - o projeto cedente do qual serão remanejados os recursos e o projeto a ser beneficiado não forem apresentados no mesmo ano fiscal; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 70-B, V)

VI - tratar-se de saldo remanescente ao fim de execução de projeto. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 70-B, VI)

Art. 77. Quando não houver possibilidade de remanejamento, os recursos serão devolvidos à Conta Única do Tesouro Nacional por meio de Guia de Recolhimento da União (GRU), sem prejuízo ao incentivador quanto ao benefício fiscal. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 70-C)

Art. 78. A SE/MS publicará Portaria com o resultado da análise da solicitação de remanejamento de recursos no prazo de 20 (vinte) dias contados da data de protocolo da solicitação no Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 70-D)

Art. 79. Do indeferimento do remanejamento de recursos de que trata o art. 75, caberá recurso, no prazo de 5 (cinco) dias contados da notificação da instituição credenciada, à autoridade que proferiu a decisão, que, se não a reconsiderar no prazo de 5 (cinco) dias, o encaminhará à autoridade superior. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 70-E)

CAPÍTULO VI

DA EXECUÇÃO DOS PROJETOS

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO VI)

Art. 80. Os recursos da Conta Movimento serão destinados exclusivamente ao pagamento das despesas constantes do projeto aprovado, devendo sua movimentação se realizar por meio de qualquer operação bancária autorizada pelo Banco Central do Brasil, desde que fique identificada sua destinação e, no caso de pagamento, o credor. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 75)

Parágrafo Único. Fica vedado, em qualquer hipótese, o saque em espécie. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 75, Parágrafo Único)

Art. 81. Nenhuma aplicação dos recursos poderá ser efetuada mediante intermediação. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 76)

Parágrafo Único. Não configura intermediação a contratação de serviços de: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 76, Parágrafo Único)

I - elaboração de projetos de ações ou serviços para a obtenção de doação; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 76, Parágrafo Único, I)

II - captação de recursos. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 76, Parágrafo Único, II)

Art. 82. Nas hipóteses previstas em Lei, Regulamento ou nesta Portaria, impõe-se a aplicação dos recursos no mercado financeiro, a qual deverá ser feita, obrigatoriamente, em fundo de aplicação financeira de curto prazo ou em operação de mercado aberto, lastreada em título da dívida pública federal. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 77)

Parágrafo Único. Os rendimentos obtidos em função das aplicações financeiras de que trata o "caput" deverão ser utilizados exclusivamente nas ações do projeto aprovado, estando sujeitos às mesmas condições de prestação de contas exigidas para os recursos incentivados, devendo o proponente justificar, quando da apresentação das prestações de contas, a ação escolhida, tendo como critério a obtenção do melhor resultado para a execução do projeto. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 77, Parágrafo Único)

Art. 83. Cada lançamento efetuado a débito na Conta Movimento deverá corresponder a um comprovante de sua regular aplicação no projeto aprovado. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 78)

Art. 84. A instituição não poderá realizar pagamentos anteriores à celebração do Termo de Compromisso ou posteriores ao prazo de execução do projeto aprovado, sob pena de ressarcimento e demais penalidades previstas na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 79)

Art. 85. Os documentos comprobatórios das despesas serão emitidos única e exclusivamente em nome da instituição beneficiária. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 80)

Parágrafo Único. A instituição registrará o número do processo administrativo referente ao projeto aprovado no âmbito do Pronon ou do Pronas/PCD em todos os documentos que comprovem as despesas. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 80, Parágrafo Único)

Art. 86. O Ministério da Saúde decidirá sobre eventual pedido de prorrogação de prazo para a execução do projeto, uma única vez, desde que fundamentado e apresentado pelo proponente em até 60 (sessenta) dias antes de encerrar o prazo inicialmente previsto para sua execução. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 81)

Art. 87. Quaisquer alterações no Plano de Trabalho do projeto autorizado serão submetidas à apreciação do órgão do Ministério da Saúde competente, com justificativas necessárias. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 82)

Parágrafo Único. O órgão do Ministério da Saúde competente terá o prazo de 10 (dez) dias para se manifestar formalmente acerca da alteração de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 82, Parágrafo Único)

Art. 88. Os recursos deverão ser recolhidos à Conta Única do Tesouro Nacional, por meio de Guia de Recolhimento da União (GRU), sem prejuízo ao doador quanto ao benefício fiscal, quando: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 83)

I - a instituição se negar a celebrar o Termo de Compromisso junto ao Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 83, I)

II - a instituição for considerada inabilitada, nos termos do art. 12 do Decreto nº 7.988, de 2013; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 83, II)

III - a instituição for descredenciada, nos termos do art. 22; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 83, III)

IV - houver impossibilidade de readequação do projeto; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 83, IV)

V - houver saldo remanescente em relação ao orçamento do projeto; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 83, V)

VI - houver saldo remanescente ao fim da execução do projeto; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 83, VI)

VII - em caso de reprovação, parcial ou final, da execução do projeto. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 83, VII)

§ 1º Os recursos da Conta Captação e da Conta Movimento deverão ser recolhidos pela instituição beneficiária à Conta Única do Tesouro Nacional, no prazo de até 30 (trinta) dias, da notificação emitida pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 83, § 1º)

§ 2º O comprovante do recolhimento de saldo remanescente deverá ser apresentado juntamente com a prestação de contas do projeto, quando for o caso. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 83, § 2º)

CAPÍTULO VII

DO MONITORAMENTO, DA PRESTAÇÃO DE CONTAS E DA AVALIAÇÃO TÉCNICA

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO VII)

Seção I

Do Monitoramento

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO VII, Seção I)

Art. 89. As doações captadas pelas instituições no âmbito do Pronon e do Pronas/PCD são recursos públicos e estão sujeitas a acompanhamento, prestação de contas e avaliação técnica. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 84)

§ 1º A não aplicação sem justa causa ou aplicação incorreta dos recursos no âmbito do Pronon e do Pronas/PCD poderá ensejar instauração de Tomada de Contas Especial. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 84, § 1º)

§ 2º As instituições deverão permitir e facilitar aos representantes do Ministério da Saúde o acesso a toda documentação, dependências e locais do projeto, a fiscalização por meio de auditorias, vistorias "in loco" e demais diligências de acompanhamento, que serão realizadas diretamente pelo Ministério da Saúde, por suas entidades vinculadas, ou mediante parceria com outros órgãos federais, estaduais e municipais. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 84, § 2º)

§ 3º A unidade executora do projeto será a própria instituição, que se responsabilizará integralmente por todos os atos, contratos e obrigações referentes à execução do projeto, não podendo atribuir a terceiros as atividades principais objeto do projeto, conforme previsto no plano de trabalho aprovado pelo Ministério da Saúde.(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 84, § 3º)

§ 4º As diligências previstas no § 2º serão registradas em relatório de monitoramento do projeto, que integrará os autos do processo administrativo. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 84, § 4º)

§ 5º Caso necessário, o órgão do Ministério da Saúde responsável pelo acompanhamento e fiscalização do projeto poderá notificar a instituição a prestar esclarecimentos no prazo de 20 (vinte) dias. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 84, § 5º)

§ 6º O Ministério da Saúde determinará a suspensão do projeto, verificada a omissão da instituição no atendimento às diligências ou decorrido o prazo do § 5º sem o devido atendimento da notificação, e adotará as demais providências necessárias para a apuração de responsabilidade e o ressarcimento dos prejuízos ao erário.(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 84, § 6º)

Seção II

Da Prestação de Contas

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO VII, Seção II)

Art. 90. Será responsabilidade das instituições comprovar a correta aplicação dos recursos financeiros recebidos ao final do desenvolvimento das ações e serviços realizado no âmbito dos projetos, ou anualmente, se o projeto for executado em um período superior a 1 (um) ano. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 85)

Parágrafo Único. A apuração de eventuais ajustes contábeis no projeto observará a vigência do Termo de Compromisso em que está inserido, não sendo permitido remanejamento de saldo financeiro ou de qualquer outro recurso para eventual Termo de Compromisso subsequente. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 85, Parágrafo Único)

Art. 91. O relatório de execução do projeto, equivalente à prestação de contas, conterá informações sobre o conteúdo e o valor das atividades previstas e executadas e as demais informações acerca do desempenho físico-financeiro do projeto em relação ao respectivo projeto aprovado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 86)

Parágrafo Único. O relatório de execução do projeto será enviado ao Ministério da Saúde por meio de carta com Aviso de Recebimento (AR) ou SEDEX ou entregue diretamente no Protocolo Central do Ministério da Saúde, contando como destinatário "Ministério da Saúde - Pronon ou Pronas/PCD - Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Protocolo Central, CEP 70058-900 Brasília- DF". (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 86, Parágrafo Único)

Art. 92. Os relatórios de execução dos projetos deverão estar acompanhados de demonstrações contábeis e financeiras, submetidas a parecer conclusivo de auditoria independente, realizada por instituição credenciada perante o respectivo Conselho Regional de Contabilidade (CRC). (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 87)

Parágrafo Único. As demonstrações contábeis do projeto e o relatório de auditoria serão apresentados anualmente até o dia 30 de abril de cada ano de execução o projeto, juntamente com o relatório de execução, bem como no ano seguinte ao último exercício fiscal em que houve execução do projeto, devendo ser instruídos com os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 87, Parágrafo Único)

I - relatório de cumprimento do objeto, no qual serão discriminados os resultados esperados e atingidos, os objetivos previstos e alcançados e os custos estimados e reais; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 87, Parágrafo Único, I)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300522

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

II - relatório final de execução físico-financeira; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 87, Parágrafo Único, II)

III - relatório de execução de receitas e despesas; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 87, Parágrafo Único, III)

IV - relação de pagamentos; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 87, Parágrafo Único, IV)

V - cópia do extrato da conta bancária específica, desde o dia do recebimento dos recursos até a data do último pagamento; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 87, Parágrafo Único, V)

VI - demonstrativo de rendimentos das aplicações; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 87, Parágrafo Único, VI)

VII - comprovante de recolhimento dos recursos não aplicados, mediante Guia de Recolhimento da União (GRU), quando houver; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 87, Parágrafo Único, VII)

VIII - comprovante de transferência dos recursos não utilizados da Conta Movimento para Conta Captação, quando houver; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 87, Parágrafo Único, VIII)

IX - cópia dos documentos comprobatórios das despesas da prestação de contas; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 87, Parágrafo Único, IX)

X - relação de bens adquiridos ou produzido com recursos do Pronon ou do Pronas/PCD; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 87, Parágrafo Único, X)

XI - fotografias e reportagens que comprovem a execução do projeto; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 87, Parágrafo Único, XI)

XII - relação de equipamentos e materiais permanentes adquiridos para as atividades do projeto, contendo o número e/ou identificação do projeto e controlados em inventário físico específico; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 87, Parágrafo Único, XII)

XIII - informações lançadas no CIHA; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 87, Parágrafo Único, XIII)

XIV - comprovante de encerramento da Conta Movimento. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 87, Parágrafo Único, XIV)

Art. 93. Na ocasião da apresentação de relatório de auditoria e das demonstrações contábeis, a instituição poderá apresentar retificação ao relatório anual de execução do projeto referente ao mesmo exercício fiscal. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 88)

Art. 94. É responsabilidade da instituição, efetuar a retenção e os recolhimentos de impostos e contribuições que incidirem sobre os recursos movimentados, serviços contratados e obrigações decorrentes de relações de trabalho. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 89)

Art. 95. Cabe à instituição emitir comprovantes em favor dos doadores, bem como manter o controle documental das receitas e despesas do projeto, pelo prazo de 5 (cinco) anos, contado da aprovação da prestação de contas, à disposição do Ministério da Saúde e dos órgãos de controle e fiscalização, caso seja instado a apresentá-las, respeitada a regulamentação da Secretaria da Receita Federal do Brasil. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 90)

§ 1º As faturas, recibos, notas fiscais, cheques emitidos e quaisquer outros documentos abrangidos por este artigo deverão conter a discriminação dos serviços contratados e dos produtos adquiridos, o número de registro no SIPAR e o nome do projeto. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 90, § 1º)

§ 2º Caso não haja possibilidade do prestador de serviços informar eletronicamente o número de registro no SIPAR e o nome do projeto, caberá ao representante legal da instituição declará-los expressamente no próprio documento. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 90, § 2º)

Seção III

Da Análise da Prestação de Contas

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO VII, Seção III)

Art. 96. Caberá ao órgão do Ministério da Saúde que emitiu o parecer técnico conclusivo favorável à aprovação do projeto realizar a análise das atividades executadas, com emissão de parecer conclusivo do relatório em até 90 (noventa) dias, contados da data de recebimento. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 91)

§ 1º A análise dos aspectos contábeis e financeiros das prestações de contas dos projetos será feita pelo Fundo Nacional de Saúde e a emissão do parecer conclusivo, incluindo a avaliação da execução física, pelo órgão do Ministério que emitiu o parecer conclusivo de aprovação do projeto. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 91, § 1º)

§ 2º Para fins de elaboração do parecer de que trata o "caput", o órgão do Ministério da Saúde competente poderá solicitar quaisquer informações necessárias à instituição participante, que deverá responder em até 15 (quinze) dias contados de sua notificação, por meio de correio eletrônico, caso em que o prazo previsto no "caput" ficará suspenso até a data de recebimento dessas informações. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 91, § 2º)

§ 3º A ausência de manifestação da instituição no prazo previsto no § 1º poderá implicar a reprovação do relatório. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 91, § 3º)

Art. 97. O parecer de prestação de contas abordará, no mínimo, os seguintes aspectos: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 92)

I - confirmação da apresentação dos documentos relacionados no art. 92, parágrafo único referente à análise da execução do objeto e dos objetivos do projeto; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 92, I)

II - comparação entre os resultados esperados e os atingidos pelo projeto; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 92, II)

III - outros aspectos considerados relevantes pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 92, III)

§ 1º Caso o parecer conclua pelo descumprimento do objeto, a área técnica deverá indicar as metas ou as atividades descumpridas, recomendando a devolução dos recursos correspondentes. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 92, § 1º)

§ 2º Em caso de descumprimento integral do objeto, atestado no parecer de avaliação técnica, fica dispensada a análise financeira da prestação de contas. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 92, § 2º)

§ 3º Quando as contas e demais documentos comprobatórios do cumprimento do objeto do projeto não forem apresentados no prazo estipulado no art. 92, parágrafo único, o Ministério da Saúde registrará a inadimplência da instituição e a notificará, uma única vez, para que regularize a prestação de contas em 30 (trinta) dias, sob pena de reprovação. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 92, § 3º)

§ 4º Para elaboração do parecer a que se refere este artigo, o Ministério da Saúde poderá: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 92, § 4º)

I - valer-se de informações, documentos ou outros elementos obtidos junto a autoridades públicas; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 92, § 4º, I)

II - solicitar quaisquer informações, documentos ou outros elementos que julgar necessários; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 92, § 4º, II)

III - diligenciar a instituição para que apresente informações, documentos e outros esclarecimentos que julgar necessários para que possa avaliar a prestação de contas. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 92, § 4º, III)

Art. 98. Os pareceres técnicos serão submetidos à autoridade máxima do órgão do Ministério da Saúde competente, para decisão de aprovação, aprovação com ressalvas ou reprovação. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 93)

§ 1º O projeto será considerado aprovado integralmente quando o parecer técnico atestar a aplicação regular dos recursos e indicar que o projeto teve avaliação técnica satisfatória. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 93, § 1º)

§ 2º O projeto será considerado aprovado com ressalvas quando, apesar de regulares as contas, tiver obtido avaliação técnica insatisfatória com fundamento nos aspectos do art. 97, desde que não resulte em prejuízo ao erário ou descumprimento do objeto. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 93, § 2º)

§ 3º O projeto será considerado reprovado quando: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 93, § 3º)

I - o objeto tenha sido descumprido, conforme atestado no parecer de avaliação técnica; ou (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 93, § 3º, I)

II - a prestação de contas não seja considerada regular, ainda que o resultado do parecer de avaliação técnica tenha sido favorável quanto ao cumprimento do objeto. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 93, § 3º, II)

§ 4º A omissão na prestação de contas também é causa de reprovação, podendo ser sanada se apresentada até o julgamento da Tomada de Contas Especial. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 93, § 4º)

Art. 99. O ato de aprovação, aprovação com ressalva ou reprovação poderá ser revisto de ofício pela autoridade máxima do órgão do Ministério da Saúde competente, a qualquer tempo, de forma justificada. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 94)

Art. 100. Caberá à SE/MS providenciar a publicação do resultado da análise da prestação de contas. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 95)

Art. 101. Quando a decisão for pela reprovação da prestação de contas, será assinalado o prazo de 30 (trinta) dias à instituição para recolhimento dos recursos que tenham sido irregularmente aplicados, atualizados desde a captação, pelo índice oficial da caderneta de poupança. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 96)

§ 1º As notificações para o recolhimento de que trata este artigo poderão ser expedidas com aviso de recebimento ou outra forma que assegure a ciência do interessado, sem prejuízo de notificação por correspondência eletrônica. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 96, § 1º)

§ 2º Esgotado o prazo sem o cumprimento das exigências ou solicitação de parcelamento de débito, caberá ao Ministério da Saúde providenciar a comunicação ao órgão de controle interno para instauração de Tomada de Contas Especial. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 96, § 2º)

Art. 102. Quando a decisão for pela aprovação com ressalva em virtude de execução parcial do projeto, a decisão de que trata o art. 93 assinalará prazo de 30 (trinta) dias à instituição para recolhimento dos recursos remanescentes à Conta Única do Tesouro Nacional, incluídos os rendimentos da aplicação financeira, caso o proponente não os tenha recolhido espontaneamente na forma do art. 92, parágrafo único, VII. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 97)

Art. 103. A instituição poderá interpor recurso perante a SE/MS, que encaminhará à autoridade recorrida, no prazo máximo de 5 (cinco) dias, contados de seu recebimento. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 98)

§ 1º Se houver reformulação da decisão, será providenciada a publicação pela SE/MS de Portaria com o resultado da reanálise da prestação de contas, no prazo de 10 (dez) dias. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 98, § 1º)

§ 2º Se a autoridade recorrida mantiver a decisão, esta encaminhará o recurso à autoridade superior para apreciação, no prazo de 5 (cinco) dias. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 98, § 2º)

§ 3º Recursos intempestivos não serão conhecidos pela SE/MS. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 98, § 3º)

§ 4º A interposição de recurso não obsta as providências decorrentes de eventual Tomada de Contas Especial. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 98, § 4º)

CAPÍTULO VIII

DO ATO DE INABILITAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES DO PRONON E DO PRONAS/PCD

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO VIII)

Art. 104. Após avaliados os relatórios de execução dos projetos e em caso de execução de má qualidade ou de inexecução parcial ou completa das ações e serviços previstos no projeto, o Ministério da Saúde poderá inabilitar, por até 3 (três) anos, a instituição destinatária de recursos e participante do Pronon ou do Pronas/PCD.(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 99)

Parágrafo Único. O Ministério da Saúde divulgará em meio oficial as instituições consideradas inabilitadas, com o respectivo prazo de inabilitação para participar do Pronon e do Pronas/PCD. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 99, Parágrafo Único)

Art. 105. Para fins do disposto no art. 104, são critérios para a inabilitação da instituição destinatária: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 100)

I - dolo ou má-fé; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 100, I)

II - violação da dignidade da pessoa humana; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 100, II)

III - prejuízo à saúde ou à vida do cidadão; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 100, III)

IV - descumprimento de normas éticas ou legais; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 100, IV)

V - descumprimento da política definida para o setor no Plano Nacional de Saúde e nas diretrizes do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 100, V)

VI - prejuízo ao erário; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 100, VI)

VII - uso do projeto com intuito lucrativo; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 100, VII)

VIII - prejuízo das finalidades institucionais desenvolvidas pelo SUS; (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 100, VIII)

IX - prestação de informações incompletas, distintas ou falsas em relação às solicitadas pelo Ministério da Saúde para análise e acompanhamento do projeto; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 100, IX)

X - concessão a doador de vantagem de qualquer espécie ou bem em razão da doação. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 100, X)

Art. 106. Constatada a ocorrência de execução de má qualidade ou de inexecução parcial ou completa das ações e serviços previstos no projeto, o órgão do Ministério da Saúde responsável pelo acompanhamento do projeto notificará a instituição para que, no prazo de até 10 (dez) dias, se manifeste. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 101)

§ 1º Depois do recebimento das informações prestadas pela instituição: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 101, § 1º)

I - caso entenda que não tenha ocorrido quaisquer dos fatos suscitados, o órgão do Ministério da Saúde responsável analisará a possibilidade de concessão, mediante decisão motivada, de novo prazo, no máximo de 6 (seis) meses, para que o projeto seja devidamente executado; ou (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 101, § 1º, I)

II - caso entenda que tenha ocorrido quaisquer dos fatos suscitados, o órgão do Ministério da Saúde responsável notificará novamente a instituição, com indicação do evento, para que, no prazo de 10 (dez) dias, apresente sua manifestação. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 101, § 1º, II)

§ 2º Na hipótese do inciso II do § 1º, prestadas as informações pela instituição, o órgão do Ministério da Saúde responsável decidirá, de forma motivada, pela ocorrência ou não do fato e: (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 101, § 2º)

I - caso decida pela inocorrência do fato, aplicará o disposto no inciso I do § 1º; e (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 101, § 2º, I)

II - caso decida pela ocorrência do fato, inabilitará a instituição destinatária, por até 3 (três) anos, observados critérios de razoabilidade e proporcionalidade e a gravidade do fato ocorrido. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 101, § 2º, II)

Art. 107. Caberá recurso para o Ministro de Estado da Saúde, da decisão de que trata o art. 106, § 2º , II, no prazo de 15 (quinze) dias, contado da notificação da instituição destinatária. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 102)

CAPÍTULO IX

DA TOMADA DE CONTAS ESPECIAL

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO IX)

Art. 108. A instauração do processo de Tomada de Contas Especial se fará conforme as normas específicas em vigor, visando à apuração dos fatos, identificação dos responsáveis, quantificação do dano e obtenção do ressarcimento, sendo levada a efeito pelo órgão competente do Ministério da Saúde ou, na sua omissão, por determinação da Controladoria-Geral da União (CGU) ou do Tribunal de Contas da União (TCU). (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 103)

Art. 109. Havendo instauração de Tomada de Contas Especial, o registro de seus atos será realizado no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), para consulta pública. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 104)

CAPÍTULO X

DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 1550/2014, CAPÍTULO X)

Art. 110. Constitui infração ao disposto na Lei nº 12.715, de 2012, no Decreto nº 7.988, de 2013, e neste Anexo o recebimento pelo doador de vantagem financeira ou bem, em razão da doação. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 105)

Art. 111. Em caso de má execução ou inexecução parcial ou total do projeto desenvolvido no âmbito do Pronon ou do Pronas/PCD, além do disposto no art. 106, a instituição ficará sujeita às demais responsabilizações cabíveis. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 106)

Art. 112. A dedução do imposto sobre a renda dos valores correspondentes às doações no âmbito do Pronon e do Pronas/PCD e a aplicação e movimentação dos recursos financeiros de que tratam os Capítulos IV e V do Decreto nº 7.988, de 2013, serão cumpridas pelas entidades observando-se, ainda, regras complementares do Ministério da Fazenda instituídas, conforme o caso, isoladamente ou em conjunto com o Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 107)

Art. 113. Aplicam-se aos procedimentos previstos neste Anexo as disposições da Lei nº 9.784, de 1999, em especial quanto aos prazos, recursos e comunicação de atos e decisões. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 108)

Art. 114. Ato do Ministro de Estado da Saúde disporá sobre o patrocínio com finalidade promocional no âmbito do Pronon e do Pronas/PCD. (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Art. 109)

Anexo 1 do Anexo LXXXVI

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO AO PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À ATENÇÃO ONCOLÓGICA (PRONON) (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Anexo 1)

I - INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO		
Razão Social:		
CNPJ:	CNES:	Data de fundação da instituição:
Endereço:		
Bairro:	Município:	UF:
CEP:	Fone:	FAX:
E-mail:		
Nome do dirigente da instituição:		
Procurador (se aplicável):		
Qualificação da Instituição: ( ) CEBAS-Saúde ( ) CEBAS-MDS ( ) CEBAS-MEC ( ) Organização Social ( ) OSCIP		
II REQUERIMENTO		
O representante legal da supracitada instituição vem requerer o credenciamento no Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON), como etapa prévia à apresentação de projetos, em conformidade com a Lei n° 12.715/2012 e demais legislação regulamentadora. Local e data Assinatura do dirigente da instituição _____ Nome do dirigente da instituição		

Anexo 2 do Anexo LXXXVI

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO NO PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À ATENÇÃO DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PRONAS/PCD) (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Anexo 2)

I - INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO		
Razão Social:		
Endereço:		
Bairro:	Município:	UF:
CEP:	Fone:	FAX:
E-mail:		
Nome do dirigente da instituição:		
Procurador (se aplicável):		
Qualificação da Instituição: [ ] CEBAS - Saúde [ ] CEBAS - MDS [ ] CEBAS - MEC [ ] Organização Social [ ] OSCIP [ ] Declaração de prestação de atendimento direto e gratuito e cadastro no SCNES		
II - REQUERIMENTO		
O representante legal da supracitada instituição vem requerer o credenciamento no Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), como etapa prévia à apresentação de projetos, em conformidade com a Lei n° 12.715/2012 e demais legislação regulamentadora. Local e data Assinatura do dirigente da instituição _____ Nome do dirigente da instituição		

Anexo 3 do Anexo LXXXVI

APRESENTAÇÃO DE PROJETOS REFERENTES AO PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À ATENÇÃO ONCOLÓGICA (PRONON) OU AO PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À ATENÇÃO DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PRONAS/PCD) (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Anexo 3)

A - INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO

Programa: [ ] PRONON [ ] PRONAS/PCD	Portaria de credenciamento: n° e data	
Razão Social:		
CNPJ:		
Endereço:		
Bairro:	Município:	
CEP:	Fone:	
Procurador (se aplicável):		

B - DO PROJETO

O projeto congrega o conjunto mínimo de conceitos e instrumentos de gerenciamento, imprescindíveis para o monitoramento, avaliação e prestação de contas da execução físico-financeira.

B.1 - INFORMAÇÕES GERAIS DO PROJETO	
2.1 Título do Projeto:	
2.2 Valor total do Projeto:	
2.3 Prazo de execução (em meses):	
B.2 - DA(S) AÇÕES E SERVIÇOS DE ONCOLOGIA E REABILITAÇÃO	
De acordo com os artigos 5º e 9º desta Portaria, registrar o campo de atuação pretendida. Assinalar apenas uma única opção	
( ) Prestação de serviços médico-assistenciais;	( ) realização de pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais.
( ) Formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos em todos os níveis;	

B.3 - ÁREA(S) PRIORITÁRIA(S) DO PRONON (De acordo com o artigo 6º) *Preenchimento exclusivo para projeto apresentados no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON). Neste item, descrever, de forma resumida, a área prioritária de que trata o projeto, considerando as opções citadas no Art. 6º.
B.4 - ÁREA(S) PRIORITÁRIA(S) DO PRONAS/PCD (De acordo com o artigo 10) *Preenchimento exclusivo para projeto apresentados no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD).
Nesse item, descrever, de forma resumida, a área prioritária de que trata o projeto, considerando as opções citadas no Art. 10.
B.5 - INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS DO PROJETO DE ASSISTÊNCIA E CAPACITAÇÃO
Descrição do projeto:
a) Descrever o(s) objetivo(s) do projeto considerando as áreas prioritárias de sua aplicação; b) Apresentar a justificativa e aplicabilidade do projeto; c) Descrever os equipamentos, as ações e os serviços de saúde atualmente realizados em nível ambulatorial e hospitalar que apresentem relação com o objetivo do projeto, a fim de demonstrar as ações inovadoras a que o projeto se propõe;
d) Descrever a estrutura física (ambientes e equipamentos) a ser utilizada e os recursos humanos a serem empregados na execução do projeto; e) Descrever a abrangência do projeto quanto a: - dimensão geográfica, com indicação de UF/município beneficiário; - população que será beneficiada com a execução do projeto; - instituições que serão beneficiadas com o projeto, quando houver, com indicação do número do CNES e/ou CNPJ.
f) Descrever o número de vagas ofertadas, quando aplicável; g) Descrever os resultados esperados, decorrentes da execução do projeto, suas metas a serem atingidas e respectivos indicadores (conforme quadro abaixo); Resultado* Indicador** Meta***
* Os resultados devem apresentar coerência com o objetivo do projeto. ** Definir as variáveis que serão utilizadas para construção do indicador e apresentar método de cálculo. *** As metas devem ser quantitativas e devem considerar um prazo determinado. h) Apresentar o plano de atividades para execução do projeto (conforme quadro abaixo);
ATIVIDADE DATA DE INÍCIO DATA DO FIM VALOR ESTIMADO (R$) - quando aplicável
i) Descrever as atividades de monitoramento da execução do projeto; j) Quando aplicável, descrever formas de disseminação dos resultados do projeto, tais como: eventos científicos, oficinas, material de divulgação/publicação, entre outras formas; l) No caso do projeto envolver reforma, deverão ser atendidos os requisitos previstos nesta Portaria; m) Demais informações relevantes em conformidade com as especificidades da área de atuação e do projeto.

B.6 - INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS DO PROJETO DE PESQUISA
Descrição do projeto:
a) Informações gerais do projeto: a.1) Título do projeto; a.2) Pesquisador principal, com a identificação do nome, telefone e e-mail; a.3) Valor total do projeto;
a.4) Período de execução. b)Informações específicas do projeto. b.1) Submeter protocolo de pesquisa com: i - Introdução: apresentar conceitos, antecedentes científicos que justifiquem a pesquisa. Relatar o estado atual do conhecimento sobre o assunto, por meio de uma revisão bibliográfica. Deve-se finalizar com a
proposição do problema a ser estudado, evidenciado pela revisão apresentada. Recomenda-se a utilização de referências com forte poder de evidência científica; ii - Justificativa: explicar a relevância no desenvolvimento do estudo proposto, comentando repercussão científica, médica e/ou social dos resultados, além da sua viabilidade; iii - Hipótese: são possíveis respostas ao problema da pesquisa e orientam a busca de novas informações; iv - Objetivo Geral: define, esclarece e revela o foco de interesse da pesquisa;
v - Objetivos Específicos: definem os diferentes pontos a serem abordados, visando verificar as hipóteses e concretizar o objetivo geral; vi - Procedimentos Metodológicos: conjunto de métodos e técnicas utilizadas para a realização de uma pesquisa. Deve incluir: - Desenho do estudo: tipo do estudo a ser realizado, como observacional, experimental, exploratório, descritivo, analítico, longitudinais, transversais, pesquisa básica, ensaios clínicos, epidemiológicos, revisão sistemática, estudo de campo e outros.
- Participantes de pesquisa e tamanho amostral: critérios de inclusão e exclusão, informações necessárias ao cálculo do tamanho amostral, o valor obtido e as referências bibliográficas utilizadas. - Descrição do local do estudo. - Planejamento do estudo: descrever a sequência lógica de execução, técnicas utilizadas, testes e exames, quando couber. - Materiais e equipamentos: descrever a infraestrutura disponível e o aparato experimental necessário para a realização do estudo
- Análise dos dados: descrever métodos, técnicas, testes estatísticos e/ou programas computacionais utilizados para trabalhar os dados obtidos. vii - Resultados esperados: descrever detalhadamente o que se almeja com o estudo, em consonância com as hipóteses previamente estabelecidas; viii - Aspectos éticos: descrever quais serão os procedimentos éticos adotados, em conformidade com as diretrizes e regulamentações vigentes; ix - Cronograma de atividades: planejar o estudo em meses, sendo recomendada a utilização do modelo de Gráfico Gantt; e
x - Referências: indicar, segundo normas da ABNT, lista das publicações e documentos consultados e citados ao longo do texto. c) Descrever os resultados anuais esperados, decorrentes da execução do projeto, seus indicadores e respectivas metas a serem atingidas; d) Descrever os produtos gerados com a execução do projeto, seus indicadores e metas; e) Descrever as atividades de monitoramento e de avaliação e seus respectivos valores;
f) Descrever a abrangência do projeto quanto a: i - população e/ou instituição beneficiada, seja diretamente - que receberá a intervenção do projeto - seja indiretamente - que poderá se beneficiar dos resultados do projeto, com indicação de n° CNES; ii - dimensão geográfica, com indicação de UF/município beneficiário; e iii - número de vagas ofertadas, quando aplicável.
g) Quando aplicável, descrever formas de disseminação dos resultados do projeto, tais como: eventos científicos, oficinas, material de divulgação/publicação, dentre outras formas; h) Apresentar Organograma e Quadro de Atribuições, bem como currículo Lattes, para os principais atores envolvidos no projeto, incluindo a equipe executora e ressaltando a formação e experiências relevantes ao projeto; i) Apresentar o Plano de Atividades do Projeto com as seguintes especificações: i - descrição da atividade; ii - definição da data de início e fim de cada atividade; iii - descrição do indicador da atividade; iv - unidade de medida; v - metas quantitativas; e vi - valor estimado de cada atividade (anexar memória de cálculo) e total. j) Demais informações relevantes em conformidade com as especificidades da área de atuação e do projeto

Anexo 4 do Anexo LXXXVI

MODELO DE DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Anexo 4)

ATESTADO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
Eu, NOME DO REPRESENTANTE LEGAL DA INSTITUIÇÃO CREDENCIADA, CPF Nº XXXX, sob Portaria nº xxxxx ATESTO, para fins de apresentação de projetos no âmbito do PRONON OU PRONAS/PCD do Ministério da Saúde, que o(a) INSTITUIÇÃO CREDENCIADA, inscrito(a) no CNPJ sob o nº XXXXX, situado(a) à ENDEREÇO COMPLETO com CEP, apresenta capacidade técnica e operacional para o desenvolvimento do Projeto "TÍTULO DO PROJETO", em atendimento ao disposto no Art. XX, da Portaria GM/MS nº XXX de XX de XXX de 2014, considerando as experiências na execução de projeto(s)/ação(es) na(s) área(s) XXXXXX, conforme DOCUMENTO ANEXO.

Anexo 5 do Anexo LXXXVI

MODELO DE DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICO-OPERATIVA (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Anexo 5)

DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE OPERACIONAL
Declaramos, para os devidos fins que a instituição XXXXX, credenciada pela Portaria XXX de xx de xxxxx de 201x, inscrita no CNPJ sob o Nº XXXXXXXX estabelecida no [endereço da instituição XXXXXXX], possui capacidade técnica e operacional necessárias para a realização do projeto intitulado "XXXXXXXXXX" apresentado para execução no âmbito do PRONON ou PRONAS/PCD.
Local e Data.
[Nome do Representante Legal]Instituição XXXXX
* Enviar em papel timbrado da instituição

Anexo 6 do Anexo LXXXVI

MODELO DE ORÇAMENTO (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Anexo 6)

DEMONSTRATIVO DA PROJEÇÃO DAS DESPESAS - PRONON OU PRONAS/PCD VALOR DO PROJETO: R$ XXX			
CUSTOS DIRETOS DO PROJETO			
NATUREZA	DESCRIÇÃO	PREVISÃO DE DESPESAS (R$)	% SOBRE O VALOR TOTAL DO PROJETO
CUSTEIO	Diárias		
	Passagens		
	Serviço de terceiros - Pessoa Física - serviço de captação de recursos - serviço de elaboração de projeto		
	Serviço de terceiros - Pessoa Jurídica - serviço de captação de recursos - serviço de elaboração de projeto		
	Material de Consumo		
	Consultoria		
	Coordenação		
	Outros (especificar)		
CUSTOS INDIRETOS DO PROJETO			
CAPITAL	Imobilizado Tangível		
	Obras (reformas) e Instalações		
	Equipamentos e Material Permanente		
	Equipamentos de Informática		
	Outros (especificar)		
	Imobilizado - Intangível (especificar)		
TOTAL			

Anexo 7 do Anexo LXXXVI

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PARA PROPOSTAS QUE PREVEEM A AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES NO ÂMBITO DO PRONON E DO PRONAS/PCD (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Anexo 7)

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PARA PROPOSTAS QUE PREVEEM A AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES NO ÂMBITO DO PRONON E DO PRONAS/PCD

1.Dados Institucionais	
Razão Social:	
Projeto: ( ) PRONON ( ) PRONAS/PCD	Nº DO SIPAR do Projeto:
2.Responsável pela instituição	
Nome:	
Cargo:	Telefone:
E-mail para contato:	
3.Infraestrutura	
3.1 Os ambientes possuem áreas físicas adequadas em conformidade com a regulação do Ministério da Saúde, para a instalação e uso dos equipamentos e materiais permanentes solicitados? ( ) Sim ( ) Não, mas a reforma necessária está contemplada neste projeto ( ) Não possui área física	
3.2 Existem meios de acesso (pontos de desembarque, rampas, portas de acesso, corredores, etc.) para permitir a entrada e a instalação dos equipamentos de grande porte/volume? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
3.3 O estabelecimento possui Sistema de Aterramento de acordo com as normas vigentes (NBRs) aplicáveis? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
3.4 O estabelecimento possui Sistema de Proteção contra Descargas Atmosféricas (Pára-raios), de acordo com as normas vigentes (NBRs) aplicáveis? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
3.5 O estabelecimento possui Sistema de estabilização eletrônico de tensão? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
3.6 O estabelecimento possui gerador de energia elétrica? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
3.7 Os ambientes onde os equipamentos que possuem necessidade de climatização, possuem esse sistema? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
3.8 No caso de pleito de equipamentos que emitem radiações ionizantes, o estabelecimento possui estrutura de radioproteção de acordo com as normas vigentes aplicáveis? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica a este projeto	

3.9 O estabelecimento dispõe de recursos humanos capacitados para a gerência e manutenção dos equipamentos e materiais permanentes dos equipamentos pleiteados? ( ) Sim, para gerência e manutenção ( ) Sim, para gerência, a manutenção é terceirizada ( ) Não, o serviço é terceirizado (gerência e manutenção)
( ) Não se aplica
3.10 Para os equipamentos de maior complexidade, estão sendo previstos contratos de manutenção externa? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica
3.11 Caso tenha respondido SIM a questão anterior, detalhe o tipo de contrato: ( ) Manutenção preventiva + Manutenção corretiva (somente mão-de-obra) ( ) Manutenção preventiva + Manutenção corretiva + Peças ( ) Manutenção preventiva + Manutenção corretiva + Peças + Acessórios
( ) Não sei responder
3.12 O estabelecimento dispõe de profissionais capacitados e habilitados para a operação do(s) equipamento(s) solicitado(s)? ( ) Sim ( ) Não, devendo capacitar profissionais disponíveis no estabelecimento, antes da aquisição ( ) Não, sem previsão de dispor de um programa de contratação
4. Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (RSS)
4.1 O estabelecimento possui um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos, conforme normas vigentes aplicáveis? ( ) Sim ( ) Em desenvolvimento ( ) Em fase de implantação
( ) Não possui
5. Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (RSS)

Item	Identificação do equipamento	Especificação técnica do equipamento	Quant.	Modalidade	Valor unitário (R$)	Valor total (R$)
				( ) Aquisição ( ) Comodato ( ) Doação		

				( ) Aquisição ( ) Comodato ( ) Doação		
				( ) Aquisição ( ) Comodato ( ) Doação		
				( ) Aquisição ( ) Comodato ( ) Doação		
				( ) Aquisição ( ) Comodato ( ) Doação		
				( ) Aquisição ( ) Comodato ( ) Doação		

Anexo 8 do Anexo LXXXVI

MODELO DE TERMO DE DOAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Anexo 8)

TERMO DE DOAÇÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM A "INSTITUIÇÃO BENEFICIÁRIA XXXXX" E "INSTITUIÇÃO DONATÁRIA XXXXX"

Pelo presente instrumento, a Entidade de Saúde (sede e/ou filial) <NOME>, por intermédio da <Gerência/Superintendência/presidência> com sede xxxxxxxxxxxx, inscrita no CNPJ sob nº xx.xxx.xxx/xxx-xx, ora designado DOADOR, neste ato representado na forma do seu Estatuto por <nome.>, <cargo>, <nacionalidade>, <profissão>, portador do CPF/MF nº <xxx.xxx.xxx-xx> e RG nº <xxxxxxx>, expedido pela xxx/xx, e de outro lado, a entidade beneficiada, <NOME>, inscrita no CNPJ/MF xxxxxxxxxx, com sede xxxxxxx, doravante denominado DONATÁRIO, neste ato representada por <nome>, <cargo>, <nacionalidade>, <profissão>, portador do CPF/MF nº xxxxxxxxx e RG nº xxxxxxx, expedido pela xxx/xx, e de acordo com os autos do Processo nº <25000.xxxxxx/20xx-xx>,com fundamento na Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, no Decreto nº 7.988, de 17 de abril de 201, na nova Portaria GM/MS nº xxxxxx/2013, têm entre si celebrar o presente TERMO DE DOAÇÃO, sob a forma e condições constantes das seguintes CLÁUSULAS:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente instrumento tem por objeto a Doação dos bens móveis e imóveis, relacionados no anexo deste Termo, tendo por finalidade a utilização pelo DONATÁRIO, na continuidade das ações e serviços de assistência à saúde da população, visando a melhoria da produção e qualidade dos procedimentos da atenção oncológica e/ou da atenção da saúde da pessoa com deficiência, assim como o aperfeiçoamento e expansão da capacidade operacional do Sistema Único de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES

O DONATÁRIO compromete-se a destinar os bens, objeto deste instrumento à execução de ações de saúde, conforme o disposto no art . Xxxx da nova Portaria nº xxxxxx/GM/MS de 2013.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O DONATÁRIO, em observância à cláusula Primeira e Segunda do presente termo, responsabiliza-se por:

a) manter em funcionamento e assumir custo operacional de acordo com parâmetros firmados pelo Ministério da Saúde;

b) adquirir equipamentos complementares, materiais permanentes e de consumo, necessários à implantação e operacionalização dos serviços objeto deste Termo;

c) efetuar manutenção preventiva e corretiva, após o término da garantia do equipamento doado;

d) manter atualizado os dados da Instituição prestadora de serviço ao SUS no Cadastro Nacional de Entidade de Saúde (CNES); e

e) é de responsabilidade do DONATÁRIO, prover treinamento aos seus colaboradores para utilização correta do(s) equipamento(s) doado(s), bem como a obtenção de todas as licenças necessárias para operação dos bens.

Parágrafo único. O anexo é parte integrante e indissociável deste Termo.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS DESPESAS

Os custos com remoção e instalação do equipamento e/ou material permanente serão arcados pela donatária.

CLÁUSULA QUARTA- DO RECEBIMENTO

O DONATÁRIO, por intermédio deste instrumento, atesta, plena e irrestritamente, o recebimento de todos os bens arrolados no anexo deste Termo.

CLÁUSULA QUINTA - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

Em caso de constatação, pelo Ministério da Saúde ou pelos órgãos de controle externo, quanto a não utilização do bem doado para os fins e forma a que se propõe a presente DOAÇÃO, poderá ser promovida à revogação deste Termo, com comunicação prévia ao Ministério da Saúde, sem direito de indenização ao DONATÁRIO.

CLÁUSULA SEXTA - DA PUBLICAÇÃO

Incumbirá à entidade beneficiária providenciar a publicação do extrato deste Termo na Imprensa Oficial, até o quinto dia útil d o mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de 20 (vinte) dias daquela data.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO FORO

Fica eleito o Foro da Seção Judiciária XXXX, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Termo de Doação.

E, por estarem de pleno acordo, as partes assinam este Termo em três vias de igual teor e forma, que depois de lido e achado conforme para um só efeito, é assinado pelos partícipes na presença de 2 (duas) testemunhas, igualmente signatárias.

Local e data.

Pelo Doador Pelo Donatário

Nome: Nome:

Cargo : Cargo :

TESTEMUNHAS

Nome: Nome:

CPF: CPF:

ANEXO AO TERMO DE DOAÇÃO

Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD)
Projeto:
Nº do Processo Ministério da Saúde:

Dados do Doador:

Entidade:			
Nome do Representante:			
Cargo:			
RG:		CPF:	
Endereço:			
CEP:	Cidade/UF:	Telefone:	Fax:

Dados do Donatário:

Entidade:			
Nome do Representante:			
Cargo:			
RG:		CPF:	
Endereço:			
CEP:	Cidade/UF:	Telefone:	Fax:

Descrição	Preço Unitário (R$)	Qtde	Preço Total (R$)

Anexo 9 do Anexo LXXXVI
MODELO DE PARECER TÉCNICO CONCLUSIVO (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Anexo 9)
MODELO DE PARECER TÉCNICO CONCLUSIVO

PARECER TÉCNICO n°	Data:
SIPAR	[ ] PRONON [ ] PRONAS/PCD
Nome do projeto:	
Área de atuação:	
Razão social:	
CNPJ:	
Valor aprovado: R$	
Prazo de execução aprovado:	
I - DO RESUMO DO PROJETO: a) descrever o objeto; e b) descrever o objetivo	
II - DA ANÁLISE TÉCNICA: a) descrever a relevância do projeto, a sua adequação às ações prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde e o seu potencial de contribuição para melhoria da execução, gestão e qualificação das ações e serviços de atenção oncológica ou de reabilitação. b) verificar o completo e correto preenchimento do requerimento de apresentação de projeto do ANEXO III;	
c) analisar quanto ao enquadramento do projeto à Lei nº 12.715/2012, e às demais normativas do PRONON e do PRONAS/PCD; d) verificar a adequação do projeto e da instituição aos mecanismos dos programas; e) verificar as planilhas orçamentárias e os documentos técnicos exigidos da instituição; e f) verificar a duplicidade da proposta apresentada a qualquer modalidade de financiamento no âmbito do PRONON e do PRONAS/PCD	
g) aferir a capacidade técnica-operacional para execução do projeto apresentado; h) verificar a adequação entre o objeto a ser executado e os produtos resultantes, mediante indicadores para avaliação final do projeto; i) verificar a adequação das estratégias de ação aos objetivos, assinalando-se, claramente, no parecer, se as etapas previstas são necessárias ou suficientes à sua realização e se são compatíveis com os prazos e custos previstos;	
j) verificar o enquadramento do projeto nos campos de atuação estabelecidos no art. 6 e no 10; k) destacar a repercussão local, regional, nacional e internacional do projeto, conforme o caso; l) indicar os impactos e desdobramentos positivos ou negativos do projeto, no âmbito social ou outro considerado relevante; m) ressaltar a contribuição para o desenvolvimento da área ou segmento em que se insere o projeto analisado;	
n) verificar a compatibilidade dos custos previstos com os preços praticados no mercado regional da produção, destacando-os; e o) verificar o atendimento aos critérios e limites de custos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.	
III - DA CONCLUSÃO:	
[ ] Aprovado [ ] Reprovado [ ] Em Diligência	
Assinaturas	

ASPECTO PARA AVALIAÇÃO DO PROJETO

Aspectos a serem observados para avaliação do mérito	Nota Máxima	Peso
Tempo de experiência da instituição, em relação à área a que se refere a proposta	10	1
Experiência em relação ao tema dos responsáveis pelo projeto	10	2
Descrição dos objetivos clara e articulada com as ações previstas e as propostas do projeto	10	2
Qualidade da metodologia para o alcance dos objetivos	10	2
Metodologia e conteúdo com abordagem multiprofissional	10	2
Viabilidade do projeto em relação ao cronograma de execução	10	3
Metas e indicadores de monitoramento e avaliação das ações coerentes com as propostas no projeto	10	2
Abrangência do projeto em regiões que apresentem vazios assistenciais	10	4

Anexo 10 do Anexo LXXXVI
MODELOS DE RECIBO (Origem: PRT MS/GM 1550/2014, Anexo 10)
MODELOS DE RECIBO

MODELO DE RECIBO I Transferência de Quantias em Dinheiro			
LOGO DA INSTITUIÇÃO			
RECIBO EM FAVOR DO DOADOR PRONON - PRONAS/PCD	ANO CALENDÁRIO DA DOAÇÃO:	NÚMERO DE ORDEM:	
Recebemos a importância, abaixo especificada, como participação no Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), conforme estabelecido no art. 6º da Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, e IN nº 1.311, de 31 de dezembro de 2012, da Receita Federal do Brasil.			
DADOS DA PARTICIPAÇÃO			
01. TIPO DA OPERAÇÃO: Transferência de Quantias em Dinheiro			
02. VALOR DA DOAÇÃO: R$_____ Por extenso: _____			
03.BANCO:	04. N° DA AGÊNCIA:	05. N.º CONTA CORRENTE	06. DATA DO RECEBIMENTO DA DOAÇÃO
DADOS DO DOADOR			
7. NOME:			
8. CNPJ/CPF:		9. ENDEREÇO:	
10. CIDADE:	11. UF:	12. CEP:	13. TELEFONE:
14. NOME DO DIRIGENTE MÁXIMO DA EMPRESA DOADORA (no caso de Pessoa Jurídica):			
DADOS DO PROJETO			
15. [ ] PRONON 16. [ ] PRONAS/PCD			
17. TÍTULO DO PROJETO:			
18. Nº SIPAR DO PROJETO:			

19. PORTARIA DE AUTORIZAÇÃO DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS:		
20. INSTITUIÇÃO PROPONENTE:		21. CNPJ
22. ENDEREÇO:		23. TELEFONE:
24. CIDADE:	25. UF:	26. CEP:
DADOS DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		
27. NOME:		
28. CPF:	29. CARGO:	30. TELEFONE:
31. LOCAL/DATA:	32. ASSINATURA E CARIMBO	
1ª VIA - DOADOR	2ª VIA - MINISTÉRIO DA SAÚDE	3ª VIA - INSTITUIÇÃO PROPONENTE

MODELO DE RECIBO II Transferência de Bens Movéis e Imóveis		
LOGO DA INSTITUIÇÃO		
RECIBO EM FAVOR DO DOADOR PRONON - PRONAS/PCD	ANO CALENDÁRIO DA DOAÇÃO:	NÚMERO DE ORDEM:
Recebemos a importância, abaixo especificada, como participação no Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), conforme estabelecido no art. 6º da Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, e IN nº 1.311, de 31 de dezembro de 2012, da Receita Federal do Brasil.		
DADOS DA PARTICIPAÇÃO		
01. TIPO DA OPERAÇÃO: Transferência de Bens: (__) Movéis (__) Imóveis		
02. VALOR DA DOAÇÃO: Bens Móveis R$_____ Por extenso:_____ Bens Imóveis R$_____ Por extenso:_____		
03. Documentação comprobatória - Bem Móveis (vide Anexo I) 04. Documentação comprobatória - Bens Imóveis (vide Anexo II)		

DADOS DO DOADOR			
5. NOME:			
6. CNPJ/CPF:		7. ENDEREÇO:	
8. CIDADE:	9. UF:	10. CEP:	11. TELEFONE:
12. NOME DO DIRIGENTE MÁXIMO DA EMPRESA DOADORA (no caso de Pessoa Jurídica)			

DADOS DO PROJETO		
13. [ ] PRONON 14. [ ] PRONAS/PCD		
15. TÍTULO DO PROJETO:		
16. Nº SIPAR DO PROJETO:		
17. PORTARIA DE AUTORIZAÇÃO DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS:		
18. INSTITUIÇÃO PROPONENTE	19. CNPJ:	
20. ENDEREÇO:	21. TELEFONE:	
22. CIDADE:	23. UF:	24. CEP:

DADOS DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO				
25. NOME:				
26. CPF:	27. CARGO:			28. TELEFONE:
29. LOCAL/DATA		30. ASSINATURA E CARIMBO		
1ª VIA - DOADOR	2ª VIA - MINISTÉRIO DA SAÚDE			3ª VIA - INSTITUIÇÃO PROPONENTE
(Anexo A) Documentação comprobatória - Bem Móveis - Nota Fiscal ou Fatura de Bem Móveis - Guia de Transferência de Bens Móveis (*)				
Guia de Transferência de Bens Móveis				
Descrição do Bem	Especificação (nome e características)	Quantidade	Valor (R$)	Estado e Conservação Avaliação do bem
				(_)sim (anexar Laudo de Avaliação) (_)não
- Laudo de Avaliação deve conter: Nome do(s) avaliador(es) CPF: CNPJ:				
Endereço do(s) avaliador(es) - Última Declaração do IR				
(Anexo B) Documentação comprobatória - Bens Imóveis - Documentação de Transferência de Bem Imóveis, registrado em cartório - Certidão de feitos ajuizados, comprovando a existência ou não de ações contra o imóvel. - Registro e Escritura do Imóvel - Regularidade dos impostos/despesas do Imóvel				

MODELO DE RECIBO III Comodato ou cessão de uso de bens imóveis ou equipamentos		
LOGO DA INSTITUIÇÃO		
RECIBO EM FAVOR DO DOADOR PRONON - PRONAS/PCD	ANO CALENDÁRIO DA DOAÇÃO:	NÚMERO DE ORDEM:
Recebemos a importância, abaixo especificada, como participação no Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), conforme estabelecido no art. 6º da Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, e IN nº 1.311, de 31 de dezembro de 2012, da Receita Federal do Brasil.		

DADOS DA PARTICIPAÇÃO
03. TIPO DA OPERAÇÃO: (__) Comodato de Equipamentos (__) Cessão de Uso de Bens Imóveis
04. VALOR DA DOAÇÃO: R$_____ Comodato de Equipamentos R$_____ Por extenso:_____ Cessão de Uso de Bens Imóveis R$_____ Por extenso:_____

03. Documentação comprobatória - Comodato de Equipamentos (vide Anexo I) 04. Documentação comprobatória - Cessão de Uso de Bens Imóveis (vide Anexo II)

DADOS DO DOADOR			
5. NOME:			
6. CNPJ/CPF:		7. ENDEREÇO:	
8. CIDADE:	9. UF:	10. CEP:	11. TELEFONE:
12. NOME DO DIRIGENTE MÁXIMO DA EMPRESA DOADORA (no caso de Pessoa Jurídica):			

DADOS DO PROJETO		
13. [ ] PRONON 14. [ ] PRONAS/PCD		
15. TÍTULO DO PROJETO:		
16. Nº SIPAR DO PROJETO:		
17. PORTARIA DE AUTORIZAÇÃO DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS:		
18. INSTITUIÇÃO PROPONENTE:	19. CNPJ	
20. ENDEREÇO:	21. TELEFONE:	
22. CIDADE:	23. UF:	24. CEP:

DADOS DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		
25. NOME:		
26. CPF:	27. CARGO:	28. TELEFONE:
29. LOCAL/DATA	30. ASSINATURA E CARIMBO	
1ª VIA - DOADOR	2ª VIA - MINISTÉRIO DA SAÚDE	3ª VIA - INSTITUIÇÃO PROPONENTE

(Anexo A)
Comodato de equipamentos

- Contrato de Comodato de Equipamentos
- especificar a garantia dos equipamentos, observando a vigência do projeto (Cabe indenização?)
- Termo de Entrega do Equipamento em Comodato
- Nota Fiscal de Remessa e Nota Fiscal de Retorno (na última prestação de contas do projeto).

Anexo B
Cessão de Uso de Bens Imóveis

- Contrato de Cessão de Uso de Bens Imóveis - especificar a garantia dos equipamentos, observando a vigência do projeto.
- Documentos que comprovam o atendimento às normas sanitárias.

MODELO DE RECIBO IV Fornecimento de material de consumo, hospitalar ou clínico, de medicamentos ou de produtos de alimentação		
LOGO DA INSTITUIÇÃO		
RECIBO EM FAVOR DO DOADOR PRONON - PRONAS/PCD	ANO CALENDÁRIO DA DOAÇÃO:	NÚMERO DE ORDEM:
Recebemos a importância, abaixo especificada, como participação no Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), conforme estabelecido no art. 6º da Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, e IN nº 1.311, de 31 de dezembro de 2012, da Receita Federal do Brasil.		

DADOS DA PARTICIPAÇÃO

05. TIPO DA OPERAÇÃO:
(__) fornecimento de material de consumo hospitalar;
(__) fornecimento de material de consumo cliníco;
(__) fornecimento de medicamentos; e
• fornecimento de produtos de alimentação.

06. VALOR DA DOAÇÃO:
- fornecimento de material de consumo hospitalar R$_____
Por extenso:_____
- fornecimento de material de consumo clínico R$_____
Por extenso:_____
- fornecimento de medicamentos R$_____
Por extenso:_____
- fornecimento de produtos de alimentação R$_____
Por extenso:

03. Documentação comprobatória para o tipo de operação vide Anexos

DADOS DO DOADOR

4. NOME:			
5. CNPJ/CPF:		6. ENDEREÇO:	
7. CIDADE:	8. UF:	9. CEP:	10. TELEFONE:
11. NOME DO DIRIGENTE MÁXIMO DA EMPRESA DOADORA (no caso de Pessoa Jurídica):			

DADOS DO PROJETO

12. [ ] PRONON 13. [ ] PRONAS/PCD		
14. TÍTULO DO PROJETO:		
15. Nº SIPAR DO PROJETO:		
16. PORTARIA DE AUTORIZAÇÃO DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS:		
17. INSTITUIÇÃO PROPONENTE:	18. CNPJ:	
19. ENDEREÇO:	20. TELEFONE:	
21. CIDADE:	22. UF:	23. CEP:

DADOS DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

24. NOME:		
25. CPF:	26. CARGO:	27. TELEFONE:
28. LOCAL/DATA	29. ASSINATURA E CARIMBO	
1ª VIA - DOADOR	2ª VIA - MINISTÉRIO DA SAÚDE	3ª VIA - INSTITUIÇÃO PROPONENTE

(Anexo A)
Fornecimento de material de consumo hospitalar ou clínico/ Medicamentos/Produtos de alimentação

- Contrato de Fornecimento
- Ordem de Fornecimento
- Nota Fiscal/Fatura

Material de consumo hospitalar ou clínico				
Item	Especificação sucinta	Quantidade	Preço Unitário (em R$)	Preço Total (em R$)

Anexo LXXXVII

CRITÉRIOS E INDICAÇÕES PARA AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR (Origem: PRT MS/GM 2583/2007, Anexo 1)

ANEXO

1. INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus é uma doença crônica, caracterizada pelo comprometimento do metabolismo da glicose, cujo controle glicêmico inadequado resulta no aparecimento das graves complicações que reduzem a expectativa de vida e comprometem a qualidade de vida do portador desta doença.

As intervenções terapêuticas do diabetes visam ao rigoroso controle da glicemia e de outras condições clínicas no sentido de prevenir ou retardar a progressão da doença para as complicações crônicas micro e macrovasculares, assim como evitar complicações agudas, em especial a cetoacidose e o estado hiperglicêmico hiperosmolar. Essas intervenções objetivam minimizar os efeitos adversos do tratamento, garantir adesão do paciente às medidas terapêuticas e garantir o bem estar do paciente e de sua família.

Um programa de cuidado integral ao diabetes mellitus deve ter como prioridades estratégicas: a prevenção primária da doença com ações sobre os fatores de risco, a detecção precoce, o tratamento adequado que permita modificar a evolução da doença, previna as complicações e melhore a qualidade de vida dos portadores.

Essas estratégias devem ser coordenadas e integradas, levando em conta tanto ações de base populacional como aquelas sobre os grupos de risco e as de características individuais; devem ser custo-efetivas e fundamentadas em evidências científicas.

A organização do cuidado integral deve estar centrada na pessoa que vive com diabetes, em sua família e incluir a comunidade; deve ser planejada levando em conta os diversos aspectos do cuidado, as circunstâncias e os recursos locais.

A abordagem terapêutica deve ser multiprofissional, incluindo a assistência farmacêutica, o monitoramento da glicemia e outros parâmetros clínicos, planejamento da atividade física e orientação dietética. A participação do paciente e seu envolvimento constante e harmonioso com a equipe de saúde é fundamental para que as recomendações sejam seguidas e o tratamento, efetivo.

As duas abordagens fundamentais para avaliar o controle glicêmico são: a medida da Hemoglobina Glicada (A1c) e o automonitoramento da glicemia capilar (AMGC); ambas fornecem informações fundamentais e complementares para um tratamento adequado.

2. AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR

O automonitoramento do nível de glicose do sangue por intermédio da medida da glicemia capilar é considerado uma ferramenta importante para seu controle, sendo parte integrante do autocuidado das pessoas com diabetes mellitus insulino-dependentes, aí compreendidos os portadores de diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que usam insulina e diabetes gestacional (DG).

2.1. Critérios para inclusão dos pacientes:

-o automonitoramento da glicemia capilar não deve ser considerado como uma intervenção isolada;

-sua necessidade e finalidade devem ser avaliadas pela equipe de saúde de acordo com o plano terapêutico global, que inclui intervenções de mudança de estilo de vida e medicamentos;

-deve estar integrado ao processo terapêutico e, sobretudo, ao desenvolvimento da autonomia do portador para o autocuidado por intermédio da Educação em Saúde;

-a indicação deve ser reavaliada e regulada a depender dos diversos estágios da evolução da doença, acordado com o paciente que deve ser capacitado a interpretar os resultados do AMGC e fazer as mudanças apropriadas nas dosagens da insulina;

-o AMGC deve ser oferecido de forma continuada para os pacientes selecionados de acordo com circunstâncias pessoais e quadro clínico e esses devem receber suporte continuado da equipe para garantir a eficácia do processo; a instrução inicial e a reinstrução periódica a respeito da monitorização da glicemia;

-o uso de medidores (glicosímetros) e de tiras reagentes deve ser individualizado e atender às necessidades do paciente; e

-a amostra do sangue deve ser colhida na ponta dos dedos da mão, acessado com picada de lancetas, daí ser também chamada de glicemia em "ponta do dedo".

2.2. Indicações do automonitoramento

O AMGC deve ser incentivado nos pacientes que usam insulina associado às estratégias de Educação em Saúde que visem aumentar a autonomia do portador para o autocuidado e essas ações devem ser incorporadas na rotina das unidades de saúde.

Não existem evidências científicas suficientes que o automonitoramento rotineiro da glicemia capilar nos pacientes diabéticos tipo 2 em terapia com hipoglicemiantes orais seja custo-efetivo para o melhor controle da glicemia. Nesses casos, a glicemia capilar pode ser realizada na própria unidade de saúde por ocasião das visitas regulares de avaliação definidas pela equipe conforme protocolo instituído.

A freqüência do AMGC deve ser determinada individualmente, dependente da situação clínica, do plano terapêutico, do esquema de utilização da insulina, do grau de informação e compromisso do paciente para o autocuidado e da sua capacidade de modificar sua medicação a partir das informações obtidas.

A freqüência diária recomendada em média deve ser três a quatro vezes ao dia.

Os portadores de diabetes tipo 1 e os que usam múltiplas injeções diárias de insulina podem fazer a glicemia de "ponta de dedo" 3 a 4 vezes ao dia e em horários de ocorrência de maior descontrole glicêmico permitindo ajustes individualizados da insulina; essas medidas incluem uma antes (pré-prandial) e 2 horas após as refeições (pós-prandial) e ao deitar. O teste à noite é importante para a prevenção de hipoglicemias noturnas.

Para os que usam insulina e agentes hipoglicemiantes orais e praticam exercício, o AMGC antes, durante e, especialmente, horas após o exercício pode contribuir para estabelecer o nível de resposta à atividade física. Essa informação pode ser usada para fazer ajustes nas doses e/ou na ingestão de carboidratos e evitar alterações glicêmicas significativas, sobretudo a hipoglicemia.

2.3. Avaliação e controle

A reavaliação das habilidades para o autocuidado, para o uso adequado das informações colhidas com o teste e da exatidão e precisão dos resultados oferecidos pelos glicosímetros devem ser feitas pelo menos anualmente ou quando houver discordância entre o controle glicêmico e/ou quadro clínico e as leituras obtidas. Para isso, os resultados do teste com o glicosímetro devem ser comparados com os da glicemia em jejum de laboratório medido simultaneamente.

O paciente deve fazer o registro dos resultados das glicemias capilares na freqüência estabelecida pela equipe e este deve estar disponível quando dos retornos agendados e registrados nos prontuários.

Outro fator a ser reavaliado é a freqüência e a constância da realização da glicemia capilar em "ponta do dedo"; essas são influenciadas pelo desconforto causado pelo alto número de terminações nervosas presentes neste local o que pode afetar a adesão do paciente. Alguns trabalhos recentes apresentam sítios alternativos para glicemia capilar, porém são pouco utilizados.

Anexo LXXXVIII

TERMO DE COMPROMISSO ENTRE O MINISTÉRIO DA SAÚDE E O ESTADO PARA ADESÃO AO PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA (Origem: PRT MS/GM 568/2013, Anexo 2)

TERMO DE COMPROMISSO ENTRE O MINISTÉRIO DA SAÚDE E O ESTADO _____, PARA ADESÃO AO PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA (PROVAB).

O Ministério da Saúde, CNPJ nº 00.394.544/0002-66, doravante denominado simplesmente MS, neste ato representado pelo Ministro de Estado da Saúde, ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA, e o ESTADO _____, neste ato representado por _____, (qualificação), considerando a Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 1º de setembro de 2011 e suas alterações, que institui o PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA, doravante denominado PROVAB, resolvem CELEBRAR o presente Termo de Compromisso, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso tem por objeto pleitear a habilitação ao recebimento dos recursos financeiros previstos na Portaria GM/MS nº XXX de 2013, de custeio para manutenção e execução das atividades das Coordenações Estaduais e do Distrito Federal ao PROVAB, que visa o estímulo e a valorização do profissional de saúde que atue em equipes no âmbito da Atenção Básica e na Estratégia de Saúde da Família, conforme previsto no art. 1º, da Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 1º de setembro de 2011 e suas alterações.

CLÁUSULA SEGUNDA - DOS COMPROMISSOS COM A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

O gestor Estadual de saúde deverá orientar seus trabalhos em atendimento às exigências dispostas na Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, da Política Nacional de Atenção Básica, notadamente no que se refere aos princípios e diretrizes gerais da atenção básica e a infraestrutura existente.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DO ESTADO

Para consecução do objeto estabelecido neste Termo de Compromisso, o ESTADO deverá atender os seguintes aspectos relativos à Gestão estadual do PROVAB e apoio aos municípios participantes do Programa:

a) Compor a Comissão de Coordenação Estadual do PROVAB e indicar o Coordenador Estadual;

b) Disponibilizar infraestrutura para o funcionamento da Comissão de Coordenação Estadual do PROVAB, bem como para as atividades do Coordenador Estadual do programa, prevendo deslocamentos eventuais aos municípios;

c) Auxiliar a Comissão de Coordenação Estadual do PROVAB no acompanhamento dos profissionais inseridos nos municípios e nas eventuais situações de remanejamento dos médicos;

d) Apoiar na fiscalização do cumprimento de carga horária dos médicos nas equipes de saúde da família;

e) Promover articulação da Comissão de Coordenação Estadual do PROVAB com a Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) e o Conselho Estadual de Saúde (CES);

f) Incentivar a adesão das equipes de saúde da família com médicos participantes do PROVAB no Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso (PMAQ), no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) e no e-SUS Atenção Básica;

g) Incentivar a implantação dos núcleos de telessaúde nos municípios;

h) Promover Fóruns de Educação Permanente em Saúde, com vistas à integração Ensino Serviço;

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Constituem obrigações do Ministério da Saúde:

a) Coordenar em âmbito Nacional o programa e indicar representante para compor Comissão Coordenadora estadual do PROVAB ;

b) Selecionar, conforme edital público, os profissionais aptos a participar do PROVAB, nos termos do inciso I do art. 2º da Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 1º de setembro de 2011 e suas alterações;

c) Garantir o pagamento da bolsa do trabalhador-estudante do PROVAB, obedecendo a legislação vigente e edital específico a ser publicado;

d) Garantir a inclusão dos profissionais do PROVAB em curso de especialização em Saúde da Família sob responsabilidade das universidades públicas participantes do Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS);

e) Instalar e manter os Núcleos de Telessaúde, onde houver necessidade, nas instituições que forem responsáveis pela supervisão dos profissionais participantes do PROVAB e nas unidades básicas de saúde selecionadas pelo Programa;

f) Selecionar as instituições responsáveis pela supervisão e avaliação;

g) Expedir certificado de participação para os profissionais de saúde aprovados no PROVAB, conforme o disposto no art. 10 da Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 1º de setembro de 2011 e suas alterações;

h) Promover a troca de experiência entre UNA-SUS, Instituições Supervisoras e estados, através de oficinas regionais de trabalho;

i) Garantir o monitoramento e avaliação do PROVAB;

j) Promover a integração com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

CLÁUSULA QUINTA - DA VIGÊNCIA

O presente Termo terá vigência por um ano a contar da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado mediante celebração de aditivo.

CLÁUSULA SEXTA - DAS ALTERAÇÕES

As eventuais alterações ao presente compromisso serão realizadas por meio de Termo Aditivo acordado entre os partícipes.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA PUBLICAÇÃO

O presente Termo deverá ser publicado em extrato no Diário Oficial da União, as expensas do MS.

CLÁUSULA OITAVA - DA RESOLUÇÃO DE CONFLITOS

Eventuais conflitos, dúvidas ou controvérsias decorrentes da interpretação e execução do presente Termo de Compromisso serão dirimidos administrativamente pelos partícipes.

E, por estarem de pleno acordo, as partes assumem os compromissos elencados acima, sem prejuízo de quaisquer outros que visem uma gestão democrática e que promovam a qualidade do trabalho, a promoção de saúde do trabalhador e a valorização dos profissionais de saúde, e firmam o presente Termo de Compromisso, na presença das testemunhas abaixo, para que produza seus jurídicos e legais efeitos.

Brasília, _____ de _____ de 2013.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA _____Estado

Ministro de Estado da Saúde

TESTEMUNHAS: NOME:_____

RG:_____

NOME:_____

RG:_____

Anexo LXXXIX

MUNICÍPIOS CONTEMPLADOS NA ETAPA II DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NO SUS (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Anexo 1)

Municípios	População	Postos de Trabalho Públicos
Bahia		
Feira de Santana	511.153	2.666
Vitória da Conquista	277.659	1.915
Ilhéus	221.468	1.160
Camaçarí	181.223	1.542
Ceará		
Caucaia	285.094	1.018
Espírito Santo		
Vila Velha	378.553	1.236
Serra	361.328	2.039
Cariacica	344.457	1.156
Colatina	108.004	1.090
Goiás		
Anápolis	302.822	1.162
Maranhão		
Imperatriz	231.659	1.441
Minas Gerais		
Contagem	573.870	2.726
Uberlândia	555.606	4.499
Juiz de Fora	485.500	4.025
Betim	361.710	4.031
Montes Claros	330.009	3.003
Uberaba	270.176	2.738
Governador Valadares	253.863	1.349
Barbacena	119.870	1.185
Pará		
Santarém	269.961	1.017
Paraíba		
Campina Grande	368.792	2.770
Paraná		
Londrina	473.741	4.448
Maringá	308.260	2.207
Cascavel	266.604	1.507
Pernambuco		
Jaboatão dos Guararapes	619.845	1.571
Olinda	378.649	1.833
Paulista	282.811	1.029
Caruaru	269.826	2.512
Petrolina	241.283	1.535
Rio de Janeiro		
São Gonçalo	936.239	3.431
Duque de Caxias	819.096	4.088
Nova Iguaçu	804.044	3.265
Niterói	468.897	8.987
São João de Meriti	459.084	1.621
Campos dos Goytacazes	419.427	3.813
Petrópolis	299.131	2.401
Volta Redonda	250.884	2.367
Itaboraí	205.857	1.163
Nova Friburgo	175.987	1.331
Nilópolis	151.937	1.071
Macaé	147.940	1.046
Itaguaí	89.546	1.115
Rio Grande do Norte		
Mossoró	222.587	1.989
Rio Grande do Sul		
Pelotas	334.779	1.767
Santa Maria	258.128	3.128
São Leopoldo	203.942	1.031
Rio Grande	192.274	1.014
Santa Catarina		
Joinville	469.362	3.215
São José	188.668	2.583
São Paulo		
Guarulhos	1.188.206	5.302
Campinas	1.018.781	9.052
São Bernardo do Campo	758.430	2.758
Osasco	686.799	4.544
Santo André	662.444	1.650
São José dos Campos	578.617	3.028
Sorocaba	539.877	3.597
Ribeirão Preto	534.944	8.112
Santos	418.199	4.158
Mauá	391.119	1.673
São José do Rio Preto	389.781	1.169
Diadema	378.057	1.581
Carapicuiba	369.303	1.982
Mojí das Cruzes	353.378	2.047
Piracicaba	349.610	2.025
Bauru	338.344	2.799
São Vicente	317.712	1.059
Taubaté	259.247	1.916

Barueri	239.697	1.171
Sumaré	219.311	1.469
Marília	212.017	1.712
Presidente Prudente	198.794	1.288
Americana	194.250	1.169
Araçatuba	176.025	1.041
Ferraz de Vasconcelos	161.113	1.469
Itapecerica da Serra	147.540	2.599
Itu	146.739	1.915
Franco da Rocha	117.282	1.277
Botucatu	115.418	3.338
Cubatão	115.272	1.047
Assis	91.886	1.333
Caieiras	84.254	1.310
Lins	68.929	1.031
Fonte: Pesquisa IBGE/AMS, 2002.		

Anexo XC

MUNICÍPIOS CONTEMPLADOS NA ETAPA III DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NO SUS (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Anexo 2)

Municípios	População	Postos de Trabalho Públicos
Acre		
Cruzeiro do Sul	75.399	745
Alagoas		
Arapiraca	195.200	770
Amapá		
Santana	92.190	792
Amazonas		
Coari	78.615	574
Itacoatiara	77.517	637
Bahia		
Itabuna	201.296	898
Juazeiro	193.136	507
Jequié	148.186	905
Alagoinhas	135.448	761
Lauro de Freitas	131.494	662
Barreiras	126.885	658
Porto Seguro	120.479	543
Paulo Afonso	100.509	634
Candeias	80.368	771
Serrinha	73.511	538
Itaberaba	61.052	530
Ceará		
Juazeiro do Norte	227.774	792
Maracanau	188.882	680
Sobral	166.543	673
Crato	110.378	736
Maranguape	94.796	518
Iguatú	89.654	741
Quixadá	72.979	552
Crateús	72.618	532
Quixeramobim	59.195	503
Espírito Santo		
Cachoeiro de Itapemirim	187.643	599
Linhares	118.315	731
São Mateus	97.313	701
Barra de São Francisco	38.351	546
Goiás		
Aparecida de Goiânia	400.412	817
Luziânia	166.413	626
Rio Verde	127.347	585
Planaltina	87.304	523
Itumbiara	84.210	685
Jataí	80.647	555
Maranhão		
Caxias	142.296	924
Timon	138.715	761
Codó	113.314	500
Barra do Corda	77.992	574
Mato Grosso		
Várzea Grande	236.932	723
Rondonópolis	160.971	745
Cáceres	86.430	596
Mato Grosso do Sul		
Dourados	176.693	803
Minas Gerais		
Ribeirão das Neves	288.605	679
Ipatinga	225.642	908
Santa Luzia	203.989	539
Sete Lagoas	201.436	961
Divinópolis	197.141	815
Ibirité	155.301	756
Poços de Caldas	145.968	665
Patos de Minas	132.369	906
Teófilo Otoni	128.386	508
Varginha	117.504	655
Itabira	103.478	631
Passos	102.315	550
Ubá	92.586	626
Alfenas	72.737	523
Manhuaçú	70.631	539
Nova Lima	69.247	617
Pará		
Ananindeua	450.905	931
Marabá	186.003	954
Castanhal	147.643	645
Cametá	102.664	513
Itaituba	95.719	521
Altamira	81.942	599
Tucuruí	81.372	766
Paraíba		
Patos	96.002	997
Sousa	62.839	594
Paraná		
Ponta Grossa	290.818	926
Foz do Iguaçu	286.285	933
São José dos Pinhais	235.476	782
Guarapuava	162.754	607
Paranaguá	138.635	736
Pinhais	114.122	656
Apucarana	113.000	548
Araucária	107.450	660
Pernambuco		
Cabo de Santo Agostinho	163.493	816
Camaragibe	140.577	812
Garanhuns	123.591	882
Vitória de Santo Antão	121.972	669
Igarassu	87.861	772
Goiana	74.027	674
Arcoverde	63.962	530
Limoeiro	56.916	788
Palmares	55.002	512
Salgueiro	53.338	564
Piauí		
Parnaíba	138.530	735
Picos	71.975	843
Floriano	55.850	590
Rio de Janeiro		
Belford Roxo	464.386	729
Magé	222.930	554
Barra Mansa	173.715	653
Cabo Frio	148.091	946
Teresópolis	145.123	571
Angra dos Reis	132.899	894
Resende	112.876	793
Araruama	92.445	595
São Pedro da Aldeia	71.453	552
Saquarema	58.369	563
Arraial do Cabo	25.504	543
Casimiro de Abreu	24.799	559
Carmo	15.603	580
São Sebastião do Alto	8.627	804
Rio Grande do Norte		
Parnamirim	149.575	859
São José de Mipibú	37.652	510
Santa Cruz	32.363	541
Rio Grande do Sul		
Caxias do Sul	388.740	760
Canoas	321.027	729
Novo Hamburgo	248.569	729
Viamão	246.377	540
Alvorada	200.967	501
Passo Fundo	179.346	843
Sapucaia do Sul	129.998	761
Cachoeirinha	115.415	814
Erechim	94.435	552
Alegrete	86.630	526
Esteio	83.900	510
Rondônia		
Jiparaná	110.448	694
Vilhena	60.295	504
Santa Catarina		
Blumenau	281.993	830
Criciúma	180.188	893
Lages	163.489	937
Chapecó	161.391	608
Itajaí	158.790	641
São Paulo		
Jundiaí	337.233	644
Itaquaquecetuba	316.721	503
Franca	309.888	857
Guarujá	286.953	671
Embu	228.616	672
Praia Grande	222.000	632
Taboão da Serra	212.870	903
São Carlos	207.098	543
Jacareí	202.407	588
Araraquara	191.899	997
Rio Claro	180.373	588
Cotia	165.826	567
São Caetano do Sul	136.364	827
Mojiguaçú	133.737	650
Ribeirão Pires	112.382	505
Catanduva	111.955	620
Salto	101.601	505
Itanhaém	82.503	700
Bebedouro	77.674	608
Pirassununga	68.153	692
Paulínia	57.253	828
São José do Rio Pardo	52.306	555
São Joaquim da Barra	43.865	620
Pariqueraaçu	19.466	527
Casa Branca	27.403	958
Santa Rita do Passa Quatro	26.954	844
Sergipe		
Itabaiana	81.666	579
Tocantins		
Araguaina	122.450	799
Fonte: Pesquisa IBGE/AMS, 2002.		

Anexo XCI

MODELO DE OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Anexo 3)

Modelo de Ofício de Encaminhamento de Projeto

... [timbre da secretaria de saúde] ...

Ofício nº ..... [número do ofício] ...

... [município] ..., de ... [data] ...

Ao Senhor

... [nome completo] ...

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde

Assunto: Encaminhamento de Projeto de Fortalecimento da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Senhor Secretário.

1. Encaminho, para análise e homologação, o Projeto de Fortalecimento da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (ou Estado de .... [denominação] .... ou Município de ..... [denominação] ....).

2. Como anexo do individuado projeto, também segue a Declaração de Adesão, Alimentação e Atualização do INFORSUS. Atenciosamente,

... [nome completo] ...

Secretário de Saúde do Distrito Federal

(ou do Estado de ... [denominação] ... ou Município de ... [denominação] ...)

Anexo XCII

MODELO DE DECLARAÇÃO DE ADESÃO, ALIMENTAÇÃO E ATUALIZAÇÃO DO INFORSUS (Origem: PRT MS/GM 2261/2006, Anexo 4)

Modelo de Declaração de Adesão, Alimentação e Atualização do INFORSUS

... [timbre da secretaria de saúde] ...

Declaração de Adesão, Alimentação e atualização do INFORSUS Declaro que, imediatamente após o início do funcionamento do Sistema Nacional de Informações de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (INFORSUS), a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (ou Estado de ... [denominação] ... ou Município de ... [deNominação] ...) promoverá os atos necessários para se integrar ao mencionado sistema. Declaro, ainda, que a Secretaria promoverá a alimentação e atualização dos dados requeridos, observando a periodicidade que vier a ser estabelecida.

[nome completo]

Secretário de Saúde do Distrito Federal

(ou do Estado de ... [denominação] ... ou Município de ... [denominação] ...)

Anexo XCIII

DO PROGRAMA DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (PROADI-SUS) (Origem: PRT MS/GM 2814/2014)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, CAPÍTULO I)

Art. 1º Ficam estabelecidos as regras e os critérios para a formalização, apresentação, análise, aprovação, monitoramento e avaliação dos projetos no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), bem como sua sistemática de gestão e fluxo processual. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 1º)

Parágrafo Único. O ciclo de gestão do PROADI-SUS obedecerá à periodicidade trienal, respeitado o exercício fiscal. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º A entidade de saúde de reconhecida excelência estará apta a apresentar Projetos de Apoio no âmbito do PROADI-SUS dentre as seguintes áreas de atuação: (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 2º)

I - estudos de avaliação e incorporação de tecnologia: projetos de realização de estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; revisão sistemática de literatura; meta-análise de estudos clínicos; estudos clínicos; desenvolvimento de pesquisas e tecnologias úteis ao SUS para fins de diagnóstico, tratamento ou controle de doenças e promoção da qualidade de vida, buscando impacto nos determinantes de saúde com recorte étnico-racial e de gênero; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 2º, I)

II - capacitação de recursos humanos: projetos para realização de cursos; seminários; palestras; formação e capacitação em serviços destinados à qualificação de profissionais de saúde/gestão de serviços, de acordo com as necessidades identificadas pelos gestores do SUS e Política Nacional de Educação na Saúde, em consonância com as diretrizes traçadas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES/MS; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 2º, II)

III - pesquisas de interesse público em saúde: projetos para realização de pesquisas relacionadas à promoção e à recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos; monitoramento; avaliação; mensuração de resultados de políticas/programas de saúde com recorte étnico-racial e de gênero; e (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 2º, III)

IV - desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde: desenvolvimento e implantação de técnicas operacionais, sistemas e tecnologias da informação alinhadas com a gestão de serviços de saúde vinculados ao SUS; da racionalização de custos e ampliação da eficiência operacional dos serviços e sistemas regionais, com o desenvolvimento de controle de doenças no âmbito populacional, avançando nas metodologias estruturadas em torno de metas em qualidade de vida e saúde, incluindo, se necessário, a compra de materiais, desenvolvimento de softwares e equipamentos requeridos para a melhor operação das áreas acima referidas, bem como a efetivação de adequações físicas e de instalações necessárias a essas incorporações. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 2º, IV)

Art. 3º O Projeto de Apoio a ser apresentado deverá destacar a relevância, a adequação aos temas e objetivos prioritários a serem definidos por meio de ato específico do Ministério da Saúde e o seu potencial de contribuição para a governança do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 3º)

Art. 4º A entidade de saúde interessada em apresentar projetos no âmbito do PROADI-SUS deverá ser previamente certificada como entidade de reconhecida excelência pelo Ministério da Saúde, nos termos previstos no art. 11 "caput" da Lei nº 12.101/2009. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 4º)

Parágrafo Único. Os critérios e requisitos a serem estabelecidos para o reconhecimento de excelência de que trata o "caput" serão previstos em ato específico publicado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 4º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, CAPÍTULO II)

Seção I

Das Secretarias do Ministério da Saúde

(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 5º Compete à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS): (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 5º)

I - realizar a gestão administrativa dos Projetos de Apoio, centralizando, coordenando e monitorando o fluxo dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 5º, I)

a) carta consulta; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 5º, I, a)

b) Projeto de Apoio; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 5º, I, b)

c) relatórios semestral, anual e final de atividades do Projeto de Apoio; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 5º, I, c)

d) pareceres técnicos das Secretarias e entidades competentes vinculadas ao Ministério da Saúde responsáveis pela análise, monitoramento e avaliação dos projetos; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 5º, I, d)

e) Termos Aditivos ao Termo de Ajuste; e (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 5º, I, e)

f) Termos Aditivos e apostilamentos aos Projetos de Apoio. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 5º, I, f)

II - preparar relatório sobre as cartas-consulta apresentadas pelas entidades de saúde de reconhecida excelência e os projetos demandados pelas Secretarias e entidades vinculadas do Ministério da Saúde, para análise do Comitê de Avaliação e deliberação do Comitê Gestor do PROADI-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 5º, II)

III - elaborar e formalizar Termos de Ajuste, Aditivo e apostilamento aos Projetos de Apoio, conforme as necessidades, em interlocução com as Secretarias e entidades vinculadas responsáveis pelos projetos; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 5º, III)

IV - coordenar o Comitê de Avaliação do PROADI-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 5º, IV)

V - subsidiar o Comitê Gestor do PROADI-SUS na aprovação dos relatórios finais dos Projetos de Apoio; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 5º, V)

VI - publicar portaria com os temas e objetivos prioritários definidos para o triênio; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 5º, VI)

VII - expedir a certidão prevista no art. 55; e (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 5º, VII)

VIII - promover a articulação entre as Secretarias do Ministério da Saúde e entidades vinculadas envolvidas na execução dos Projetos de Apoio e as entidades de saúde de reconhecida excelência. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 5º, VIII)

Art. 6º Compete às Secretarias do Ministério da Saúde e às entidades vinculadas: (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 6º)

I - demandar Projetos de Apoio; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 6º, I)

II - analisar e emitir parecer técnico sobre as cartas-consulta, devendo observar os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 6º, II)

a) o modelo constante do Anexo 2 do Anexo XCIII ; e (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 6º, II, a)

b) os temas e objetivos prioritários definidos na Portaria publicada pela SE/MS, na forma do art. 3º. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 6º, II, b)

III - analisar, diligenciar e emitir parecer técnico conclusivo sobre os Projetos de Apoio encaminhados pela SE/MS, referente aos seus respectivos campos de atuação; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 6º, III)

IV - monitorar a execução e avaliar os resultados e a prestação de contas dos Projetos de Apoio; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 6º, IV)

V - emitir parecer técnico conclusivo referente à execução física e financeira dos Projetos de apoio; e (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 6º, V)

VI - emitir parecer técnico conclusivo relativo à suspensão ou ao cancelamento de Projetos de Apoio em execução, para submissão ao Comitê de Avaliação do PROADI-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 6º, VI)

Seção II

Do Comitê de Avaliação do PROADI-SUS

(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 7º O Comitê de Avaliação do PROADI-SUS será composto por representantes dos seguintes órgãos do Ministério da Saúde, entidades vinculadas, órgãos colegiados e entidades de saúde de reconhecida excelência: (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 7º)

I - 1 (um) da Secretaria-Executiva (SE/MS), que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 7º, I)

II - 2 (dois) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), sendo 01 (um) do Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde (DCEBAS/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 7º, II)

III - 01 (um) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 7º, III)

IV - 01 (um) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 7º, IV)

V - 01 (um) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 7º, V)

VI - 01 (um) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 7º, VI)

VII - 01 (um) da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 7º, VII)

VIII - 01 (um) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 7º, VIII)

IX - 01(um) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 7º, IX)

X - 01 (um) do Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 7º, X)

XI - 01 (um) do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 7º, XI)

XII - 01 (um) do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 7º, XII)

XIII - 01 (um) representante das entidades de saúde de reconhecida excelência. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 7º, XIII)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados ao Ministro de Estado da Saúde pela autoridade superior das respectivas Secretarias do Ministério da Saúde e entidades vinculadas, bem como pela presidência do CNS, CONASS, CONASEMS e pelo conjunto das entidades de saúde de reconhecida excelência.(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 7º, § 1º)

§ 2º O membro do Comitê de Avaliação do PROADI-SUS declarará formalmente, em ata, eventual conflito de interesses entre suas atividades profissionais e o tema objeto de deliberação do colegiado, sendo que, presente o conflito de interesses, abster-se-á de participar da discussão e da deliberação. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 7º, § 2º)

Art. 8º Compete ao Comitê de Avaliação do PROADI-SUS elaborar relatórios prévios que subsidiem as decisões a serem tomadas pelo Comitê Gestor do PROADI-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 8º)

§ 1º Todos os processos que demandarem atuação do Comitê Gestor do PROADI-SUS serão previamente encaminhados ao Comitê de Avaliação do PROADI-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O Comitê de Avaliação do PROADI-SUS poderá constituir Grupos de Trabalho (GT) para o cumprimento de finalidades específicas. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 8º, § 2º)

§ 3º O Comitê de Avaliação do PROADI-SUS reunir-se-á em plenária ordinariamente uma vez por trimestre e, extraordinariamente, mediante convocação do Ministro de Estado da Saúde, a qualquer momento, sempre com antecedência de pelo menos 5 (cinco) dias úteis em relação às reuniões do Comitê Gestor. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 8º, § 3º)

Seção III

Do Comitê Gestor do PROADI-SUS

(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 9º O Comitê Gestor do PROADI-SUS será composto pelas seguintes autoridades: (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 9º)

I - Ministro de Estado da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 9º, I)

II - Presidente do CONASS; e (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 9º, II)

III - Presidente do CONASEMS. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 9º, III)

Parágrafo Único. As autoridades enumeradas no "caput" poderão fazer-se representar por delegação. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 10. Compete ao Comitê Gestor do PROADI-SUS: (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 10)

I - definir os temas e objetivos prioritários; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 10, I)

II - aprovar as cartas-consulta; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 10, II)

III - definir a Secretaria do Ministério da Saúde ou entidade vinculada competente para realizar a análise e acompanhamento de cada projeto constante de Cartas-consulta aprovadas; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 10, III)

IV - aprovar os Projetos de Apoio demandados; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 10, IV)

V - avaliar os resultados dos Projetos de Apoio; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 10, V)

VI - formular proposições para aprimoramento do PROADI-SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 10, VI)

VII - analisar e deliberar acerca dos casos omissos. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 10, VII)

Parágrafo Único. O Comitê Gestor reunir-se-á em plenária ordinariamente uma vez por trimestre e, extraordinariamente, mediante convocação do Ministro de Estado da Saúde, a qualquer momento. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 10, Parágrafo Único)

CAPÍTULO III

DO TERMO DE AJUSTE

(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, CAPÍTULO III)

Art. 11. A entidade de saúde de reconhecida excelência apta a apresentar projetos no âmbito do PROADI-SUS poderá firmar Termo de Ajuste com o Ministério da Saúde, o qual disciplinará os direitos e obrigações entre as partes, objetivando a elaboração, a execução, a prestação de contas e a avaliação dos projetos no âmbito do programa. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 11)

§ 1º O Termo de Ajuste deverá ser firmado em consonância com os temas e objetivos prioritários definidos em Portaria publicada pela SE/MS, observado o valor estimado da isenção tributária a ser obtida pela entidade de saúde de reconhecida excelência no triênio e observado o modelo do Anexo 1 do Anexo XCIII . (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 11, § 1º)

§ 2º A Portaria SE/MS a que se refere o § 1º será publicada no ano anterior ao início do triênio, até 30 de junho. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 11, § 2º)

§ 3º Após firmado o Termo de Ajuste, a entidade de saúde de reconhecida excelência estará apta a apresentar Projetos de Apoio, que serão formalizados em processos administrativos independentes e vinculados ao Termo de Ajuste, respeitado o triênio de vigência e o limite das isenções tributárias. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 11, § 3º)

Art. 12. São cláusulas necessárias aos Termos de Ajustes firmados entre o Ministério da Saúde e a entidade de saúde de reconhecida excelência: (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 12)

I - o objeto, em consonância com os temas e objetivos prioritários referentes ao respectivo triênio; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 12, I)

II - o prazo de vigência do Termo de Ajuste, o qual deverá ficar adstrito à vigência do respectivo triênio; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 12, II)

III - o valor estimado da isenção tributária a ser usufruída pela entidade de saúde de reconhecida excelência no triênio; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 12, III)

IV - os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, especialmente a obrigatoriedade da entidade de saúde de apresentar, regularmente e sempre que requerida, ao Ministério da Saúde as informações e documentos exigidos, com a devida atualização, nos termos do regulamento vigente para o PROADI-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 12, IV)

V - a definição dos dados e informações confidenciais considerados como direito à intimidade das pessoas, sigilo profissional e intelectual, os quais deverão estar em estrita observância à legislação pertinente; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 12, V)

VI - a obrigação da prestação de contas nos termos deste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 12, VI)

VII - o monitoramento e a avaliação dos Projetos de Apoio vinculados ao Termo de Ajuste; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 12, VII)

VIII - as vedações impostas às partes; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 12, VIII)

IX - as hipóteses de rescisão; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 12, IX)

X - o prazo de publicação; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 12, X)

XI - a indicação do foro para dirimir as dúvidas decorrentes da execução dos projetos vinculados ao Termo de Ajuste; e (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 12, XI)

XII - a competência do Comitê Gestor do PROADI-SUS para decidir acerca de casos omissos. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 12, XII)

Parágrafo Único. O valor total da isenção tributária apurada no exercício fiscal anterior, comprovado por meio do Balanço Patrimonial, deverá ser informado, anualmente, ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 12, Parágrafo Único)

Art. 13. O Termo de Ajuste deverá dispor ainda sobre: (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 13)

I - a observância dos requisitos previstos nas normas de ética em pesquisa vigentes; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 13, I)

II - a disponibilização dos recursos materiais instrucionais na rede mundial de computadores para entidades públicas e privadas, sem fins lucrativos e certificadas como beneficentes, mediante licença de uso de interesse do SUS, vedado o uso privado e comercial; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 13, II)

III - a divulgação e a publicidade dos produtos decorrentes da realização do projeto de apoio, previamente aprovadas pelo Ministério da Saúde, cujos textos deverão ser apresentados no idioma oficial do país, bem como deverão conter menção à parceria firmada com o Ministério da Saúde no âmbito do PROADI-SUS, de acordo com a Lei nº 12.101, de 2009; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 13, III)

IV - a obrigatoriedade do respeito às normas de editoração do Ministério da Saúde, quando resultar do projeto algum tipo de publicação; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 13, IV)

V - a previsão de publicação de artigos científicos em outros idiomas com fins de divulgação dos produtos decorrentes da realização do projeto de apoio, que não substituirá a entrega de relatório contendo metodologia detalhada e conjunto dos resultados obtidos em vernáculo; e (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 13, V)

VI - a previsão de participação e apresentação de trabalhos (parciais ou completos) em eventos nacionais e internacionais, cujos textos deverão ser apresentados no idioma oficial do país para ciência da Secretaria competente ou entidade vinculada ao Ministério da Saúde, e deverão conter menção à parceria firmada no âmbito do PROADI-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 13, VI)

Parágrafo Único. A titularidade dos direitos patrimoniais advindos das pesquisas científicas, dos programas desenvolvidos, bem como dos resultados tecnológicos decorrentes dos recursos do projeto de apoio referentes ao PROADI-SUS será do Ministério da Saúde, respeitados os direitos morais do autor quando da finalização do projeto, nos termos da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 14. O Termo de Ajuste será assinado pelo Ministro de Estado da Saúde e pelo representante legal da entidade de saúde de reconhecida excelência até o dia 31 de agosto do exercício fiscal anterior ao início da sua vigência. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 14)

§ 1º O extrato do Termo de Ajuste publicado no Diário Oficial da União (DOU) conterá: (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 14, Parágrafo Único)

I - numeração sequencial e exclusiva para o PROADI-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 14, Parágrafo Único, I)

II - o número de registro no Sistema Integrado de Protocolo e Arquivo (SIPAR) do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 14, Parágrafo Único, II)

III - a qualificação das partes; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 14, Parágrafo Único, III)

IV - o objeto e a finalidade do Termo de Ajuste; e (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 14, Parágrafo Único, IV)

V - o valor de isenção previsto para o triênio. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 14, Parágrafo Único, V)

§ 2º O valor previsto da isenção das contribuições sociais deverá ser estimado com base no exercício fiscal anterior ao da celebração do Termo de Ajuste, ou através de projeção econômica com justificativa e memória de cálculo apresentadas pela entidade de excelência, devendo a variação anual do Termo de Ajuste ser ajustada mediante Termos Aditivos durante sua vigência. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 14, § 1º)

§ 3º O valor total dos projetos executados não poderá ser inferior ao valor da isenção das contribuições sociais usufruídas previstas no Termo de Ajuste, em observância ao disposto no § 2º do art. 11 da Lei nº 12.101, de 2009, considerando-se, nesse caso, o conjunto de Projetos de Apoio. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 14, § 2º)

§ 4º As despesas executadas em desacordo ao estabelecido no art. 14, § 3º são de responsabilidade exclusiva da entidade de saúde, vedada a possibilidade de serem relacionadas ao valor das contribuições sociais usufruídas. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 14, § 3º)

Art. 15. O Termo de Ajuste poderá ser alterado, no decorrer de sua vigência, mediante celebração de Termo Aditivo, com as devidas justificativas e comprovações, nos seguintes casos: (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 15)

I - alteração da qualificação da entidade de saúde e/ou do seu representante legal; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 15, I)

II - atualização ou alteração do valor estimado de isenção a ser usufruída pela entidade de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 15, II)

III - modificação dos direitos, das obrigações e das responsabilidades das partes; e (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 15, III)

IV - retificação da redação das cláusulas inicialmente previstas no Termo de Ajuste. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 15, IV)

Art. 16. O Termo de Ajuste poderá ser rescindido nos seguintes casos: (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 16)

I - a pedido da entidade de saúde de reconhecida excelência; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 16, I)

II - pela superveniência de norma legal com ele incompatível; e (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 16, II)

III - pela inobservância de qualquer de suas cláusulas. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 16, III)

§ 1º No caso do inciso I, a entidade de saúde de reconhecida excelência permanecerá obrigada à execução dos Projetos de Apoio que estejam em andamento. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 16, § 1º)

§ 2º Nos casos dos incisos II e III do "caput", a rescisão do Termo de Ajuste será precedida de notificação formal e fundamentada, garantida a apresentação de defesa no prazo de 10 (dez) dias. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 16, § 2º)

CAPÍTULO IV

DO PROJETO DE APOIO

(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 17. Uma vez firmado o Termo de Ajuste, a entidade de saúde de reconhecida excelência poderá apresentar Projetos de Apoio, considerando-se os temas e objetivos prioritários a que tenha aderido no Termo de Ajuste. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 17)

Parágrafo Único. O somatório dos valores dos Projetos de Apoio apresentados e aprovados deve corresponder ao montante de isenção tributária constante do Termo de Ajuste firmado entre a entidade de saúde de reconhecida excelência e o Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 17, Parágrafo Único)

Seção I

Dos Projetos Demandados

(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, CAPÍTULO IV, Seção I)

Art. 18. As Secretarias do Ministério da Saúde e entidades vinculadas, sob aprovação do Comitê Gestor do PROADI-SUS, poderão demandar Projetos de Apoio, na forma do Anexo IV, de acordo com os temas e objetivos prioritários a que tenha aderido a entidade de saúde de reconhecida excelência no Termo de Ajuste firmado. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 18)

§ 1º A entidade de saúde deverá manifestar-se quanto à viabilidade técnico-financeira em apresentar Projeto de Apoio demandado pelo Ministério da Saúde, no prazo de até 15 (quinze) dias, a contar da data de recebimento da proposta de projeto demandado, nos termos do Anexo 4 do Anexo XCIII . (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 18, § 1º)

§ 2º Caso haja viabilidade técnico-financeira para apresentação de Projeto de Apoio demandado pelo Ministério da Saúde, nos termos do §1º, a entidade de saúde deverá protocolar, na Secretaria-Executiva/MS, no prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias, Projeto de Apoio conforme Anexo 5 do Anexo XCIII . (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 18, § 2º)

§ 3º Em caso de inviabilidade técnico-financeira para apresentação de Projeto de Apoio demandado, a entidade de saúde de reconhecida excelência deverá justificar a inviabilidade declarada. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 18, § 3º)

Seção II

Da Carta Consulta

(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, CAPÍTULO IV, Seção II)

Art. 19. A proposta de Projeto de Apoio será formalizada por intermédio de carta-consulta apresentada pela entidade de saúde de reconhecida excelência. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 19)

Parágrafo Único. A carta-consulta será protocolada na Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS) e será submetida, no prazo de até 5 (cinco) dias contados da data do protocolo, à Secretaria ou entidade vinculada competente para análise e emissão de parecer conclusivo. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 20. A Secretaria ou entidade vinculada competente emitirá parecer técnico no prazo de 15 (quinze) dias, nos moldes do Anexo 3 do Anexo XCIII , e o encaminhará à SE/MS para compor a análise do Comitê de Avaliação e posterior deliberação Comitê Gestor. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 20)

Parágrafo Único. Caso o parecer técnico não seja emitido no prazo previsto no "caput", o Comitê de Avaliação do PROADI-SUS poderá proceder à análise direta da carta-consulta. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 20, Parágrafo Único)

Art. 21. O Comitê Gestor deliberará acerca da aprovação ou reprovação das cartas-consulta na reunião ordinária subsequente ao seu recebimento, ou, em caso de urgência definida pelo Ministro de Estado da Saúde, em reunião extraordinária. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 21)

Art. 22. A SE/MS dará conhecimento à entidade de saúde acerca do resultado da deliberação da carta-consulta pelo Comitê Gestor no prazo de 05 (cinco) dias contados do seu recebimento. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 22)

Seção III

Da Apresentação de Projetos de Apoio

(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, CAPÍTULO IV, Seção III)

Art. 23. Aprovada a carta-consulta, a entidade de saúde de reconhecida excelência apresentará o Projeto de Apoio proposto no prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias, contados da data da notificação da aprovação da proposta. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 23)

§ 1º O Projeto de Apoio será apresentado nos moldes definidos no Anexo 5 do Anexo XCIII e será protocolado na SE/MS. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 23, § 1º)

§ 2º Nos casos de projetos referentes à realização de pesquisa, a entidade de saúde de reconhecida excelência enviará versão digital do Projeto de Apoio ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ou ao Comitê de Ética no Uso de Animais (CEUA). (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 23, § 2º)

§ 3º A ausência de manifestação da entidade de saúde de reconhecida excelência previsto no "caput" implicará a necessidade de apresentação de nova carta-consulta. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 23, § 3º)

Art. 24. A SE/MS tramitará o Projeto de Apoio apresentado à Secretaria ou entidade vinculada competente, no prazo de 5 (cinco) dias contados da data do protocolo. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 24)

Art. 25. A análise técnica e financeira do Projeto de Apoio, recomendando ou não sua aprovação, será realizada por meio de parecer conclusivo da Secretaria ou entidade vinculada competente, no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, contados da data de recebimento e observado o modelo contido no Anexo 6 do Anexo XCIII .(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 25)

Parágrafo Único. O prazo previsto no "caput" poderá ser prorrogado em até 15 (quinze) dias, a critério da unidade administrativa responsável pela análise. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 25, Parágrafo Único)

Art. 26. A Secretaria ou entidade vinculada competente poderá solicitar à entidade de saúde de reconhecida excelência complementação ao Projeto de Apoio apresentado, incluindo outras informações não mencionadas no Anexo 5 do Anexo XCIII . (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 26)

§ 1º A entidade de saúde de reconhecida excelência deverá enviar as informações solicitadas no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da solicitação, hipótese em que o prazo para emissão do parecer conclusivo ficará suspenso. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 26, § 1º)

§ 2º A ausência de manifestação da entidade de saúde de reconhecida excelência previsto no § 1º implicará a não aprovação do Projeto de Apoio e o consequente arquivamento do processo. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 26, § 2º)

Art. 27. O parecer conclusivo da Secretaria ou entidade vin-

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

culada competente, devidamente aprovado pelo Secretário ou dirigente máximo da entidade, será tramitado à SE/MS no prazo de 5 (cinco) dias contados da aprovação final. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 27)

Art. 28. A SE/MS notificará a entidade de saúde de reconhecida excelência acerca da aprovação ou não do Projeto de Apoio, no prazo de 5 (cinco) dias contados da data de recebimento do processo. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 28)

Parágrafo Único. Será publicado extrato do Projeto de Apoio no DOU, contendo as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 28, Parágrafo Único)

I - numeração do Termo de Ajuste a que esteja vinculado; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 28, Parágrafo Único, I)

II - o número de registro no SIPAR; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 28, Parágrafo Único, II)

III - a qualificação das partes; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 28, Parágrafo Único, III)

IV - o objeto e a finalidade do Projeto de Apoio; e (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 28, Parágrafo Único, IV)

V - e o valor de isenção previsto para a execução do Projeto de Apoio. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 28, Parágrafo Único, V)

Art. 29. Os Projetos de Apoio a serem executados no âmbito do PROADI-SUS que envolverem o desenvolvimento e/ou aperfeiçoamento de Soluções de Tecnologia da Informação deverão observar os princípios e diretrizes estabelecidos na Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) e no Plano Diretor de Tecnologia da Informação do Ministério da Saúde (PDTI-MS), e serão encaminhados ao do Comitê de Informação e Informática em Saúde do Ministério da Saúde (CIINFO/MS) para ciência. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 29)

§ 1º Para os fins previstos no "caput", os projetos que envolverem o desenvolvimento e/ou aperfeiçoamento de Soluções de Tecnologia da Informação serão objeto de análise técnica pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS). (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 29, § 1º)

§ 2º A SE/MS encaminhará os projetos referidos no "caput" ao DATASUS após o recebimento do processo vindo da Secretaria ou entidade vinculada competente, observado o prazo previsto no art. 24. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 29, § 2º)

§ 3º O DATASUS emitirá parecer técnico no prazo de 15 (quinze) dias contados do recebimento do processo, que será então restituído à SE/MS. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 29, § 3º)

§ 4º Caberá ao DATASUS dar ciência do Projeto de Apoio de que trata este artigo ao Comitê de Informação e Informática em Saúde do Ministério da Saúde (CIINFO/MS). (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 29, § 4º)

Art. 30. No Projeto de Apoio que envolver a aquisição de equipamento e/ou materiais permanentes deverá constar o órgão ou estabelecimento público de assistência à saúde ou de ensino e pesquisa destinatário da doação dos bens adquiridos, os quais deverão ser registrados no patrimônio do órgão ou estabelecimento beneficiário quando da finalização do Projeto de Apoio. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 30)

§ 1º A documentação comprobatória da formalização da doação ao órgão ou estabelecimento público de assistência à saúde ou de ensino e pesquisa deverá ser encaminhada em conjunto com o Relatório Anual referente ao último ano de vigência do projeto de apoio, conforme modelo constante do Anexo 7 do Anexo XCIII .(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 30, § 1º)

§ 2º Quando finalizado o Projeto de Apoio, os equipamentos e/ou materiais permanentes utilizados em sua execução poderão ser destinados para uso em outro Projeto de Apoio que esteja sob a responsabilidade da mesma entidade de saúde de reconhecida excelência, desde que haja aprovação prévia da Secretaria ou entidade vinculada competente e do órgão ou estabelecimento beneficiário, indicado quando da elaboração do novo Projeto de Apoio. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 30, § 2º)

§ 3º A aprovação prévia de que trata o § 2º deverá ser solicitada em até 90 (noventa) dias antes do término do Projeto de Apoio. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 30, § 3º)

§ 4º Os equipamentos e/ou materiais permanentes advindos de Projetos de Apoio findados deverão estar previstos no plano de trabalho do novo Projeto de Apoio sem previsão de custos relativos a sua aquisição e já indicada a propriedade do beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 30, § 4º)

§ 5º No caso de projeto de pesquisa que preveja a aquisição de equipamentos que não possuam registro ou cadastro junto à ANVISA, a destinação desses seguirá as normas sanitárias em vigor. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 30, § 5º)

Seção IV

Das Alterações dos Projetos de Apoio

(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, CAPÍTULO IV, Seção IV)

Art. 31. A entidade de saúde de reconhecida excelência poderá requerer à SE/MS alterações aos Projetos de Apoio durante a sua execução. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 31)

§ 1º O requerimento de alteração do Projeto de Apoio deverá conter informações suficientes para análise de mérito pela Secretaria ou entidade vinculada competente e responsável pelo monitoramento e avaliação, em especial: (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 31, § 1º)

I - justificativa para alteração de valor; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 31, § 1º, I)

II - prorrogação ou redução de vigência do projeto; e (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 31, § 1º, II)

III - proposta de readequação da execução físico-financeira e os respectivos cronogramas de atividades e desembolsos, quando couber. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 31, § 1º, III)

§ 2º A alteração do valor despendido no Projeto de Apoio deverá observar o disposto no § 2º do art. 11 da Lei nº 12.101, de 2009, considerando-se, nesse caso, o valor estimado da isenção tributária previsto no Termo de Ajuste. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 31, § 2º)

§ 3º É vedado à entidade de saúde de reconhecida excelência executar despesas em Projeto de Apoio sem a prévia autorização do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 31, § 3º)

§ 4º As despesas executadas em desacordo ao estabelecido no §3º são de responsabilidade exclusiva da entidade de saúde, vedada a possibilidade de serem relacionadas ao montante da isenção tributária prevista no Termo de Ajuste. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 31, § 4º)

Art. 32. A SE/MS tramitará os requerimentos de alteração dos Projetos de Apoio, no prazo de 5 (cinco) dias contados da data de seu recebimento, para análise e emissão de parecer técnico conclusivo pela Secretaria ou entidade vinculada compete e responsável pelo monitoramento e avaliação do Projeto, para emissão de parecer técnico conclusivo no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, contados da data de tramitação. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 32)

§ 1º A Secretaria ou entidade vinculada competente poderá solicitar à entidade de saúde de reconhecida excelência complementação ao requerimento de alteração do Projeto de Apoio, incluindo outras informações não mencionadas no Anexo 5 do Anexo XCIII . (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 32, § 1º)

§ 2º A entidade de saúde de reconhecida excelência deverá enviar as informações solicitadas no prazo de 10 (dez) dias, contados da data do recebimento da solicitação, hipótese em que o prazo para emissão do parecer conclusivo ficará suspenso. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 32, § 2º)

Art. 33. A SE/MS dará conhecimento à entidade de saúde de reconhecida excelência acerca da aprovação ou não da alteração requerida, no prazo de 5 (cinco) dias contados a partir da data de seu recebimento do processo. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 33)

Art. 34. O requerimento de alteração do Projeto de Apoio deverá ser apresentado com prazo que viabilize a sua análise e aprovação ainda dentro da vigência do Projeto de Apoio, considerados os prazos de análise e encaminhamento previstos nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 34)

Art. 35. As alterações do Projeto de Apoio serão promovidas por Termo Aditivo aprovado pela Secretaria ou entidade vinculada competente e publicado no DOU, observado o modelo constante do Anexo 5 do Anexo XCIII . (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 35)

§ 1º Fica dispensada a formalização de Termo Aditivo nas alterações aos Projetos de Apoio que digam respeito exclusivamente a: (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 35, § 1º)

I - alteração de cronograma físico-financeiro de execução do Projeto de Apoio, incluída redução de vigência; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 35, § 1º, I)

II - inclusão ou exclusão de recursos financeiros no Projeto de Apoio, em decorrência de alterações de mercado, devidamente justificadas e confirmadas pela Secretaria ou entidade vinculada competente, que exijam o reequilíbrio econômico-financeiro, desde que mantido idêntico o objeto definido no Projeto; e (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 35, § 1º, II)

III - correção de erros materiais. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 35, § 1º, III)

§ 2º Nos casos previstos no §1º, a alteração será promovida por simples apostilamento, definido como o registro da alteração no Projeto de Apoio formalizado. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 35, § 2º)

CAPÍTULO V

DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PROJETOS DE APOIO

(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, CAPÍTULO V)

Seção I

Do Monitoramento

(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, CAPÍTULO V, Seção I)

Art. 36. O processo de monitoramento do Projeto de Apoio será realizado pela Secretaria ou entidade vinculada competente com o objetivo de resguardar a adequada execução do plano de trabalho aprovado, podendo contar com visitas ou inspeções "in loco" e podendo ensejar a determinação de reorientação de ações, caso se entenda pelo descumprimento do plano de trabalho. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 36)

§ 1º Em caso de determinação de reorientação de ações, as medidas tomadas pela entidade de saúde de reconhecida excelência serão informadas no próximo relatório de atividades a ser apresentado. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 36, § 1º)

§ 2º A Secretaria ou entidade vinculada competente poderá solicitar auxílio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) ou do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde para realização de diligências que julgue necessárias, observado o modelo constante do Anexo 5 do Anexo XCIII , no que couber.(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 36, § 2º)

Seção II

Da Avaliação

(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, CAPÍTULO V, Seção II)

Art. 37. A prestação de contas e avaliação dos Projetos de Apoio ocorrerá mediante a apresentação, pela entidade de saúde de reconhecida excelência à SE/MS, de relatórios semestrais, anuais e final relativos a cada Projeto, conforme modelos dos Anexos 9, 10 e 11 do Anexo XCIII , sem prejuízo de outras informações que venham a ser solicitadas pelas Secretarias ou entidades vinculadas competentes. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 37)

Subseção I

Do Relatório Semestral de Atividades

(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, CAPÍTULO V, Seção II, Subeção I)

Art. 38. O relatório semestral de atividades compreenderá o período de 1º de janeiro a 30 de junho de cada ano e será apresentado pela entidade de saúde de reconhecida excelência até 31 de agosto do mesmo ano considerado, contendo, no mínimo, informações sobre: (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 38)

I - o conteúdo das atividades previstas e executadas; e (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 38, I)

II - o desempenho físico do Projeto de Apoio em relação ao previsto no plano de trabalho, observado o disposto no Anexo 9 do Anexo XCIII . (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 38, II)

§ 1º O relatório semestral de atividades deverá ser protocolado pela entidade de saúde na SE/MS, que, no prazo de 5 (cinco) dias contados do protocolo, o remeterá à Secretaria ou à entidade vinculada competente. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 38, § 1º)

§ 2º A Secretaria ou entidade vinculada competente emitirá, no prazo de 30 (trinta) dias contados do recebimento do processo, parecer de recomendação sobre o conteúdo do relatório semestral, com apontamentos e indicação de medidas corretivas reputadas necessárias à devida execução do Projeto de Apoio, quando couber.(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 38, § 2º)

§ 3º Para fins de elaboração do parecer de que trata o § 2º, a Secretaria ou entidade vinculada competente poderá solicitar informações e diligências necessárias à entidade de saúde de reconhecida excelência, que deverá responder em até 15 (quinze) dias contados de sua notificação, caso em que o prazo para emissão do parecer de recomendação ficará suspenso. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 38, § 3º)

§ 4º Caso a entidade de saúde de reconhecida excelência não encaminhe as informações solicitadas no prazo previsto no § 3º, o parecer de recomendação será emitido com as informações que constem do processo, sabendo-se que o não atendimento de apontamentos e medidas corretivas indicadas pela Secretaria ou entidade vinculada competente poderá ensejar a reprovação do relatório anual de atividades do Projeto de Apoio. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 38, § 4º)

Art. 39. A SE/MS dará conhecimento à entidade de saúde acerca do parecer de recomendação em até 5 (cinco) dias contados do recebimento proveniente da Secretaria ou entidade vinculada competente. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 39)

Subseção II

Do Relatório Anual de Atividades

(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, CAPÍTULO V, Seção II, Subeção II)

Art. 40. O relatório anual de atividades compreenderá o período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de cada ano e será apresentado pela entidade de saúde de reconhecida excelência até 30 de abril do ano seguinte, contendo, no mínimo, informações sobre: (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 40)

I - o conteúdo e o valor das atividades previstas e executadas; e (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 40, I)

II - demais informações acerca dos desempenhos físico e financeiro do Projeto de Apoio em relação ao previsto no plano de trabalho, observado o disposto nos Anexos 9 e 10 do Anexo XCIII . (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 40, II)

Parágrafo Único. O relatório anual de atividades será apresentado acompanhado de parecer de auditoria independente, contratada pela entidade de saúde de reconhecida excelência em contrato específico para cada Projeto ou para o conjunto de Projetos de Apoio vinculados ao Termo de Ajuste daquela entidade. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 40, Parágrafo Único)

Art. 41. O relatório anual de atividades será acompanhado, no mínimo, dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 41)

I - relação de equipamentos, incluindo os de informática, e materiais permanentes adquiridos para as atividades do Projeto de Apoio, com o número e/ou identificação do Projeto para controle em inventário físico específico e com as respectivas notas fiscais comprobatórias da aquisição; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 41, I)

II - relação de serviços contratados para execução das atividades do Projeto de Apoio, arrolada em tabela separada, discriminando a personalidade jurídica do fornecedor, sua identificação, breve descrição dos serviços prestados e respectivos valores dispendidos, com as respectivas notas fiscais; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 41, II)

III - os demonstrativos de resultados por centro de custos, quando pertinente; e (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 41, III)

IV - relatório técnico-científico do projeto de pesquisa, quando for o caso, conforme Anexo 12 do Anexo XCIII . (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 41, IV)

Parágrafo Único. Quando se tratar da contratação de pessoa jurídica para atuação em mais de um Projeto de Apoio, com emissão de única nota fiscal, a entidade de saúde de reconhecida excelência deverá discriminar, nos respectivos relatórios anuais, os valores dispendidos por Projeto, juntando-se cópia da nota fiscal em todos os relatórios anuais de que fizer parte. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 41, Parágrafo Único)

Art. 42. A apuração de eventuais ajustes contábeis no Projeto de Apoio deverá observar a vigência do Termo de Ajuste, não sendo permitido remanejamento de saldo financeiro ou de qualquer outro recurso para o Termo de Ajuste subsequente. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 42)

Art. 43. O relatório anual de atividades será protocolado pela entidade de saúde de reconhecida excelência na SE/MS, que, no prazo de 5 (cinco) dias contados da data do protocolo, o remeterá à Se-

cretaria ou à entidade vinculada competente. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 43)

Art. 44. A Secretaria ou entidade vinculada competente realizará análise técnica e econômico-financeira das atividades executadas, com auxílio da SE/MS quando necessário, para, no prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias a contar da data do recebimento do processo, emitir parecer técnico conclusivo, que analisará os aspectos técnicos das execuções física e financeira do Projeto de Apoio. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 44)

§ 1º Para fins de elaboração do parecer de que trata o "caput", a Secretaria ou entidade vinculada competente poderá solicitar informações e diligências necessárias à entidade de saúde de reconhecida excelência, que deverá responder em até 15 (quinze) dias contados de sua notificação, caso em que o prazo para emissão dos pareceres ficará suspenso. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 44, § 1º)

§ 2º Caso a entidade de saúde de reconhecida excelência não encaminhe as informações solicitadas no prazo previsto no § 1º, o parecer conclusivo será emitido com as informações que constem do processo, sabendo-se que o não atendimento de apontamentos e medidas corretivas indicadas pela Secretaria ou entidade vinculada competente quando do parecer de recomendação do relatório semestral poderá ensejar a reprovação do relatório anual de atividades do Projeto de Apoio. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 44, § 2º)

Art. 45. Em caso de reprovação do relatório anual de atividades, o Projeto de Apoio correspondente será excluído do Termo de Ajuste, sem prejuízo de se considerar executados os recursos aplicados em resultados obtidos com a execução até o momento da primeira notificação que tenha indicado a necessidade de apontamentos e medidas corretivas. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 45)

Parágrafo Único. O valor anual que for considerado como não executado em razão da reprovação do relatório anual de atividades, bem como os valores remanescentes, quando houver, deverá ser objeto de novo Projeto de Apoio ou de inclusão em Projeto já em curso, com vistas à observância do emprego total do valor de isenção tributária constante do Termo de Ajuste. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 45, Parágrafo Único)

Art. 46. A SE/MS dará conhecimento à entidade de saúde de reconhecida excelência acerca do parecer de análise do relatório anual de atividades em até 5 (cinco) dias contados do recebimento do processo. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 46)

Seção III

Do Relatório Final de Atividades

(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, CAPÍTULO V, Seção III)

Art. 47. Ao final do triênio de vigência do Termo de Ajuste, a entidade de saúde de reconhecida excelência apresentará relatório final de atividades de cada Projeto de Apoio executado, de forma a contemplar: (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 47)

I - as informações relativas ao conteúdo e ao valor das atividades previstas e executadas de forma discriminada e por exercício fiscal; e (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 47, I)

II - as informações acerca do desempenho físico e financeiro do Projeto em relação ao previsto no plano de trabalho, de acordo com o modelo constante do Anexo XI. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 47, II)

§ 1º O relatório final de atividades será apresentado no mesmo prazo do relatório anual de atividades referente ao último ano do triênio. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 47, § 1º)

§ 2º Nos Projetos referentes ao desenvolvimento de pesquisas, a entidade de saúde deverá encaminhar, ao término das atividades do Projeto de Apoio, relatório técnico-científico do projeto de pesquisa em versão impressa e digital conforme Anexo 11 do Anexo XCIII . (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 47, § 2º)

Art. 48. O relatório final de atividades será protocolado pela entidade de saúde de reconhecida excelência na SE/MS, que, no prazo de 5 (cinco) dias contados da data do protocolo, o remeterá à Secretaria ou à entidade vinculada competente. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 48)

Art. 49. A Secretaria ou entidade vinculada competente emitirá parecer técnico conclusivo do relatório final do Projeto, no prazo de 90 (noventa) dias a contar da data de sua tramitação, momento em que serão analisadas as execuções física e financeira do projeto, com apoio da SE/MS, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 49)

§ 1º Para fins de elaboração do parecer de que trata o "caput", a Secretaria ou entidade vinculada competente poderá solicitar informações e diligências necessárias à entidade de saúde de reconhecida excelência, que deverá responder em até 15 (quinze) dias contados de sua notificação, caso em que o prazo para emissão dos pareceres ficará suspenso. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 49, § 1º)

§ 2º Caso a entidade de saúde de reconhecida excelência não encaminhe as informações solicitadas no prazo previsto no § 1º, o parecer conclusivo será emitido com as informações que constem do processo. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 49, § 2º)

§ 3º Admitir-se-á uma margem de execução de 10% (dez por cento) para mais ou para menos com relação ao valor total do Projeto de Apoio, sem que seja necessária autorização prévia do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 49, § 3º)

§ 4º No caso de diferença a menor, a entidade de saúde de reconhecida excelência deverá viabilizar a inclusão do valor faltante em algum dos Projetos de Apoio vinculados ao Termo de Ajuste, de modo a garantir que o valor total empregado no conjunto dos Projetos não seja inferior ao valor da isenção das contribuições sociais usufruída, observados os fluxos e prazos previstos Anexo XCIII. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 49, § 4º)

CAPÍTULO VI

DOS PROJETOS ASSISTENCIAIS

(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, CAPÍTULO VI)

Art. 50. A entidade de saúde de reconhecida excelência poderá aplicar até 30% (trinta por cento) do valor da isenção usufruída em prestação de serviços públicos de saúde ambulatoriais e hospitalares ao SUS, mediante pacto com o gestor local do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 50)

§ 1º A prestação de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares no âmbito do PROADI-SUS constará do Termo de Ajuste firmado entre a entidade de saúde de reconhecida excelência e o Ministério da Saúde e não será remunerada pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 50, § 1º)

§ 2º A entidade de saúde deverá apresentar ao gestor local do SUS plano de trabalho com previsão de atendimento e detalhamento de custos, os quais não poderão exceder o valor por ela efetivamente despendido. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 50, § 2º)

Art. 51. A prestação de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares será apresentada por meio de carta-consulta a ser apresentada pela entidade de saúde de reconhecida excelência, conforme Anexo 1 do Anexo XCIII , a ser analisada pelo Comitê de Avaliação e aprovada pelo Comitê Gestor do PROADI-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 51)

Art. 52. Aprovada a Carta-Consulta, o Projeto Assistencial deverá ser apresentado no prazo de 60 (sessenta) dias e será acompanhada de Declaração de Anuência do gestor local do SUS, dando ciência e concordando com os termos deste Anexo, na forma do Anexo 8 do Anexo XCIII . (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 52)

§ 1º A responsabilidade pelo acompanhamento, monitoramento, avaliação e prestação de contas dos Projetos Assistenciais caberá ao gestor local do SUS que anuiu com o referido Projeto. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 52, § 1º)

§ 2º Aplicam-se aos Projetos Assistenciais, naquilo que couber, os dispositivos previstos neste Anexo para os Projetos de Apoio. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 52, § 2º)

Art. 53. A prestação de serviços públicos de saúde de que trata este Capítulo deverá ser comprovada para fins de obtenção do CEBAS-saúde, observada a regulamentação respectiva. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 53)

Art. 54. Projetos Assistenciais que prevejam a realização de procedimentos de alta complexidade constantes da relação dos procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) conterão previsão expressa acerca da necessária regulação pela referida Central, observadas as vigências do respectivo Termo de Ajuste ou Termo Aditivo e as exigências referentes ao credenciamento ou habilitação conforme as especificidades dos Projetos. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 54)

CAPÍTULO VII

DA UTILIZAÇÃO DA ISENÇÃO FISCAL DECORRENTE DA EXECUÇÃO DOS PROJETOS

(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, CAPÍTULO VII)

Art. 55. Quando da análise dos relatórios anuais dos Projetos de Apoio, a SE/MS expedirá certidão que atesta o valor anual executado dos Projetos pelas entidades de saúde de reconhecida excelência, de acordo com os pareceres conclusivos elaborados pelas Secretarias ou entidades vinculadas competentes e pelos gestores locais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 55)

§ 1º Nos dois primeiros anos do triênio, a SE/MS admitirá uma margem de execução de até 10% (dez por cento) para menos com relação ao valor total da isenção gozada pela entidade de saúde de reconhecida excelência no exercício fiscal a que se refere a certidão a ser expedida. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 55, § 1º)

§ 2º A certidão de que trata o "caput" será emitida até 31 de outubro do exercício fiscal subsequente e será enviada às respectivas entidades de saúde de reconhecida excelência e ao Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde (DCEBAS/SAS/MS), em até 5 (cinco) dias após sua emissão. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 55, § 2º)

Art. 56. A isenção fiscal apurada anualmente deverá ser comprovada por meio de relatório de auditoria, acompanhado dos seguintes demonstrativos contábeis: (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 56)

I - Balanço Patrimonial; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 56, I)

II - Demonstração do Resultado do Exercício Fiscal; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 56, II)

III - Demonstração da Mutação de Patrimônio; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 56, III)

IV - Demonstração de Fluxo de Caixa; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 56, IV)

V - Notas Explicativas; e (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 56, V)

VI - Demonstrativo de Execução Financeira do Projeto. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 56, VI)

Art. 57. No último exercício fiscal do Termo de Ajuste, caso o valor despendido no conjunto de Projetos de Apoio e Projetos Assistenciais de prestação de serviços públicos de saúde ambulatoriais e hospitalares ao SUS vinculados ao Termo de Ajuste seja inferior ao valor da isenção das contribuições sociais usufruída, as entidades deverão compensar a diferença até o término do prazo de validade de sua certificação, desde que tenham aplicado, no mínimo, 70% (setenta por cento) do valor usufruído anualmente com a isenção das contribuições sociais nos Projetos de Apoio. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 57)

CAPÍTULO VIII

DO SISTEMA DE GESTÃO DE PROJETOS DO PROGRAMA DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO SUS

(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, CAPÍTULO VIII)

Art. 58. Fica instituído o Sistema de Gestão dos Projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (SISPROADI-SUS), como o sistema oficial de gestão dos projetos de apoio apresentados ao PROADI-SUS, sob a supervisão da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde em parceria com o DATASUS. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 58)

§ 1º Os atos e procedimentos relativos aos processos no âmbito do PROADI-SUS deverão ser registrados pelo Ministério da Saúde, entidades vinculadas e pelas entidades de saúde de reconhecida excelência por meio do SISPROADI-SUS, nos termos deste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 58, § 1º)

§ 2º Até que seja possível a utilização plena do SISPROADI-SUS para gestão dos processos no âmbito do PROADI-SUS, toda documentação deverá ser protocolada e tramitada fisicamente. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 58, § 2º)

Art. 59. Caberá à SE/MS: (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 59)

I - fazer a gestão do SISPROADI-SUS, observado o disposto neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 59, I)

II - zelar pelas informações geradas no SISPROADI-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 59, II)

III - articular internamente no Ministério da Saúde ou com órgãos dos Governos Federal, Estadual e Municipal, a integração do SISPROADI-SUS com outros sistemas de informações, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 59, III)

IV - acompanhar no SISPROADI-SUS o andamento dos projetos durante todo o fluxo processual; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 59, IV)

V - realizar o treinamento e divulgar informações de interesse dos usuários do Sistema; e (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 59, V)

VI - auxiliar o DATASUS, as Secretarias e entidades vinculadas competentes e as entidades de saúde de reconhecida excelência na implantação do SISPROADI-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 59, VI)

Art. 60. Ato específico do Ministro de Estado da Saúde definirá os procedimentos e fluxos do SISPROADI-SUS, especialmente para: (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 60)

I - disponibilizar endereço eletrônico do SISPROADI-SUS na rede mundial de computadores; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 60, I)

II - zelar pela segurança e armazenamento das informações cadastradas e/ou geradas pelo SISPROADI-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 60, II)

III - garantir a publicidade e a transparência das informações do SISPROADI-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 60, III)

IV - realizar a integração do SISPROADI-SUS com outros sistemas de informações; e (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 60, IV)

V - disponibilizar central de atendimento ao usuário do SISPROADI-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 60, V)

Art. 61. Todos os atos referentes à submissão, análise, aprovação, celebração, execução, acompanhamento, alteração, prestação de contas e fiscalização dos Termos de Ajustes, Cartas-consulta, Projetos de Apoio e Projetos Assistenciais referentes ao triênio 2015-2017 e posteriores deverão ser registrados no SISPROADI-SUS, observado o art. 58, § 2º . (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 61)

CAPÍTULO IX

DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS

(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, CAPÍTULO IX)

Art. 62. Caberá recurso dirigido à autoridade que proferiu a decisão, com efeito suspensivo: (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 62)

I - da decisão que não aprovar Projeto de Apoio; (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 62, I)

II - da decisão que não aprovar o pedido de alteração de Projeto de Apoio; e (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 62, II)

III - da decisão que não aprovar o relatório anual de atividades do Projeto de Apoio. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 62, III)

Art. 63. O prazo para interposição de recurso será de 10 (dez) dias, contados da notificação da entidade de saúde de reconhecida excelência. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 63)

Art. 64. Caso a autoridade que proferiu a decisão recorrida não a reconsiderar no prazo de 10 (dez) dias, de forma fundamentada, o recurso será encaminhado ao Comitê de Avaliação do PROADI-SUS, para análise e posterior encaminhamento ao Comitê Gestor do PROADI-SUS, para deliberação final. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 64)

Art. 65. Aplicam-se a este Capítulo, supletivamente, as regras constantes no Capítulo XV da Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, que regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 65)

CAPÍTULO X

DA APROVAÇÃO DAS MINUTAS E DA PUBLICIDADE

(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, CAPÍTULO X)

Art. 66. As minutas do Termo de Ajuste e dos Projetos de Apoio, bem como dos respectivos Termos Aditivos, serão submetidas previamente à Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde para emissão de parecer, que deverá ser emitido no prazo máximo de 20 (vinte) dias a contar da data do seu recebimento. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 66)

Parágrafo Único. Caso o prazo previsto no "caput" seja descumprido, o processo poderá retomar seu curso, a critério do DESID/SE/MS, sem prejuízo de manifestação posterior da Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 66, Parágrafo Único)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300537

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 67. A eficácia dos Termos de Ajuste, Projetos de Apoio e respectivos Termos Aditivos ficará condicionada à publicação dos respectivos extratos no Diário Oficial da União, o que será providenciada pelo Ministério da Saúde, no prazo de até 20 (vinte) dias a contar da respectiva assinatura do documento. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 67)

CAPÍTULO XI

DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

(Origem: PRT MS/GM 2814/2014, CAPÍTULO XI)

Art. 68. As entidades de saúde de reconhecida excelência poderão solicitar à SE/MS, com a devida exposição da finalidade e da aplicabilidade dos dados, a disponibilização dos bancos de dados provenientes de Projetos de Apoio desenvolvidos por outra entidade de saúde de reconhecida excelência, conforme política de segurança da informação e de acordo com as normas internas do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 68)

Art. 69. Os prazos previstos neste Anexo começam a correr a partir da data da notificação oficial da entidade de saúde de reconhecida excelência, por documento ou por publicação na imprensa oficial, ou do recebimento do processo nas Secretarias e entidades vinculadas ao Ministério da Saúde, excluindo-se da contagem o dia do começo e incluindo-se o do vencimento. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 69)

Parágrafo Único. Considera-se prorrogado o prazo até o primeiro dia útil seguinte se o vencimento cair em dia em que não houver expediente ou este for encerrado antes da hora normal. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 69, Parágrafo Único)

Art. 70. No último ano do triênio, as cartas-consulta e os pedidos de alteração de Projetos de Apoio deverão ser apresentados até 15 de maio, com vistas a viabilizar o cumprimento dos prazos definidos neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 70)

§ 1º Excepcionalmente, a entidade de saúde de reconhecida excelência poderá apresentar carta-consulta e/ou pedido de alteração de Projeto de Apoio entre 16 de maio e 31 de agosto do último ano do triênio, caso em que a aprovação ficará a critério do Comitê Gestor do PROADI-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 70, § 1º)

§ 2º Em caso de aprovação pelo Comitê Gestor na forma do §1º, os prazos de tramitação e análise pelas Secretarias e entidades vinculadas competentes ficam reduzidos pela metade, considerando-se a metade o próximo número inteiro. (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Art. 70, § 2º)

Anexo 1 do Anexo XCIII

MINUTA DE TERMO DE AJUSTE (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Anexo 1)

MINUTA DE TERMO DE AJUSTE

TERMO DE AJUSTE QUE ENTRE SI CELEBRAM A UNIÃO, POR INTERMÉDIO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, E XXXXXXX, PARA IMPLANTAR E EXECUTAR PROJETOS NO ÂMBITO DO PROGRAMA DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (PROADI-SUS).

A UNIÃO, por intermédio do MINISTÉRIO DA SAÚDE, inscrito sob o CNPJ nº 00.530.493/0001-71, situado na Esplanada dos Ministérios, Bloco G, edifício Sede, Brasília-DF, neste ato representado pelo Ministro de Estado da Saúde, ARTHUR CHIORO nomeado pelo Decreto de XX de XXXX de XXX, portador do CPF/MF nº XXXXXXX e RG nº XXXXXX, expedida pelo XXXXX, doravante denominado MINISTÉRIO e a <ENTIDADE DE SAÚDE> , inscrito no CNPJ sob o nº XXXXXXX, situado na XXXXXXX, habilitada pela Portaria nº <____>/GM/MS, de __ de _____ de_____, neste ato representada por seu Presidente XXXXXXX, portador do CPF/MF nº XXXXXXX e RG nº XXXXXX, expedido pela XXXXXX, doravante denominada ENTIDADE DE SAÚDE, celebram o presente Termo, com fulcro nas disposições da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, do Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014, da Portaria nº XXX/GM/MS, de xx de xxxxx de 2014, da Portaria n°XX/SE/MS, de XX de XXXX de 2014, e nas demais disposições normativas em vigor, legislação superveniente e em especial as que regem a matéria, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente termo tem por objeto a adesão da ENTIDADE DE SAÚDE ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) no triênio XXXX/XXXX, a partir de Projetos de Apoio a serem apresentados nos seguintes temas de interesse:

ESPAÇO RESERVADO PARA LISTAGEM DOS TEMAS DE INTERESSE DA ENTIDADE, CONFORME A PORTARIA SE/MS A QUE SE REFIRA

SUBCLÁUSULA ÚNICA - Os Projetos de Apoio, na medida em que forem aprovados, serão vinculados ao presente Termo de Ajuste, respeitado o triênio de vigência e o limite das isenções tributárias.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

Este Termo de Ajuste vigerá a partir da data da sua assinatura até XXXX, prazo este improrrogável.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA PREVISÃO DE RECURSOS

O valor estimado da isenção tributária relativa às contribuições sociais da ENTIDADE DE SAÚDE para o triênio XXXX/XXXX é de R$ XXXX (XXXXXX).

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA - O somatório do valor dos Projetos de Apoio a serem aprovados e vinculados ao presente Termo de Ajuste não poderá ser superior ao valor estimado da isenção tributária indicada nesta Cláusula.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA - A ENTIDADE DE SAÚDE informará ao Ministério da Saúde, anualmente, o valor total de isenção tributária apurado no exercício fiscal anterior, comprovado por meio do Balanço Patrimonial.

CLÁUSULA QUARTA - DOS DIREITOS, OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS PARTÍCIPES

I - Compete ao MINISTÉRIO:

a) monitorar, acompanhar e avaliar os Projetos de Apoio que integrarão o presente Termo de Ajuste, no tocante a sua execução física e financeira, inclusive por meio de visitas técnicas;

b) analisar as respectivas prestações de contas dos Projetos de Apoio que integrarem o presente Termo de Ajuste, de acordo com as regras e critérios vigentes no Regulamento do PROADI-SUS;

c) adotar as medidas necessárias para o aperfeiçoamento e desenvolvimento do PROADI-SUS, especialmente quanto ao processo de elaboração, monitoramento, acompanhamento, avaliação e prestação de contas dos projetos;

d) solicitar à ENTIDADE DE SAÚDE que adote as medidas necessárias para o aperfeiçoamento do PROADI-SUS, especialmente quanto ao processo de elaboração, monitoramento, acompanhamento, avaliação e prestação de contas dos projetos; e

e) inserir todas as informações referentes a monitoramento, acompanhamento, avaliação e análise, bem como informações pertinentes à prestação de contas dos projetos, em sistema informatizado de gestão do PROADI-SUS, quando implantado e disponível.

II - Compete à ENTIDADE DE SAÚDE:

a) desenvolver e executar os Projetos de Apoio de acordo com os valores e conteúdos aprovados no plano de trabalho;

b) adotar as medidas necessárias para o aperfeiçoamento e desenvolvimento do PROADI-SUS, especialmente quanto ao processo de elaboração, monitoramento, acompanhamento, avaliação e prestação de contas dos Projetos de Apoio;

c) solicitar ao MINISTÉRIO que adote as medidas necessárias ao aperfeiçoamento do PROADI-SUS, especialmente quanto ao processo de elaboração, monitoramento, acompanhamento, avaliação e prestação de contas dos projetos;

d) protocolar/inserir os relatórios de prestação de contas a serem endereçados à Secretaria-Executiva/MS, conforme Cláusula Capítulo V da Portaria nº XXX/GM/MS, de XX de XXXX de 2014;

e) manter à disposição do MINISTÉRIO, pelo prazo mínimo de 10 anos, o conjunto de documentos relacionados aos Projetos de Apoio vinculados ao presente Termo de Ajuste;

f) apresentar, sempre que solicitado pelo MINISTÉRIO, informações ou detalhamento referente aos Projetos de Apoio, suas prestações de contas com documentação comprobatória, inclusive e especialmente os contratos relacionados ou ações a eles vinculados;

g) permitir e facilitar aos representantes do MINISTÉRIO o acesso aos locais de execução dos projetos, o exame da documentação produzida e a vistoria dos bens adquiridos no bojo de Projetos de Apoio vinculados ao presente Termo de Ajuste;

h) destinar dotação orçamentária específica da imunidade tributária usufruída para a aquisição de diárias e passagens para servidores/colaboradores do Ministério da Saúde realizarem visitas técnicas de monitoramento e avaliação, de acordo com instrumento de planejamento a ser pactuado, aplicando-se as normas do Decreto nº 5992/2006 e respectivas alterações, no que couber, e atentando-se às vedações da Lei 8.112/1990, quer se trate de servidores ou agente/colaborador no desempenho das atribuições em referência, devendo constar na prestação de contas dos projetos com a documentação comprobatória;

i) inserir o logotipo do MINISTÉRIO e do PROADI-SUS em material de divulgação e apresentação dos produtos vinculados aos Projetos de Apoio;

j) inserir todas as informações referentes ao Projeto de Apoio, inclusive relatórios de prestação de contas e atendimento de diligências, em sistema informatizado de gestão do PROADI-SUS, quando implantado e disponível; e

k) providenciar que textos de trabalhos, parciais e completos, a serem apresentados em eventos nacionais e internacionais contenham indicação expressa de execução no âmbito do PROADI-SUS e sejam apresentados em Língua Portuguesa à Secretaria ou entidade vinculada competente para acompanhamento do Projeto de Apoio respectivo.

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA - Caso não seja possível a utilização plena do Sistema de Gestão de Projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (SISPROADI-SUS) para registro e tramitação dos atos e procedimentos relativos aos processos no âmbito do PROADI-SUS, o MINISTÉRIO e a ENTIDADE DE SAÚDE deverão valer-se da apresentação e tramitação física dos processos.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA - Fica estabelecido que as obrigações legais decorrentes de eventuais contratações, celebração de convênios ou outras formas de ajuste, necessárias à consecução do objeto deste são de inteira responsabilidade da ENTIDADE DE SAÚDE, não possuindo assim qualquer vínculo com o MINISTÉRIO.

CLÁUSULA QUINTA - DOS DADOS E INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS

A execução dos Projetos de Apoio vinculados ao presente Termo de Ajuste que prevejam a transferência de dados dos sistemas nacionais de informação do MINISTÉRIO (partícipe divulgador) à ENTIDADE (partícipe receptor) será regida pelas regras e obrigações estabelecidas nesta cláusula, sobretudo no tocante a informações confidenciais e dados sensíveis.

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA - DAS DEFINIÇÕES

a) Denominam-se dados ou informações confidenciais os dados considerados como direito à intimidade das pessoas e segredo profissional, incluindo-se os dados sensíveis e as informações proprietárias das subsidiárias de cada um dos partícipes, bem como de suas sociedades afiliadas, parceiros comerciais, provedores de dados e clientes. As Informações Confidenciais poderão ser escritas, orais, gravadas, ou contidas em fita, base de dados ou em qualquer outra mídia eletrônica ou mecânica. Toda informação confidencial é fornecida "no estado em que se encontra" e sem qualquer garantia, expressa, implícita ou não, em relação à precisão ou execução de tais Informações Confidenciais.

b) Informações Confidenciais não devem incluir informações que:

i. já eram de conhecimento do partícipe receptor antes da divulgação da informação;

ii. estejam ou tenham entrado em domínio público sem violação do presente Termo de Ajuste ou conduta ilícita do partícipe receptor;

iii. tenham sido legitimamente recebidas por um terceiro partícipe sem violação do presente Termo de Ajuste;

iv. tenham sido aprovadas para liberação por autorização por escrito da parte divulgadora; ou

v. cuja divulgação seja exigida mediante ordem final e definitiva de um órgão governamental ou tribunal competente, desde que o partícipe divulgador tenha sido devidamente informado da pendência e que tenha tido oportunidade para contestá-la.

c) Entende-se por dados sensíveis:

i.informação pessoalmente identificável relativa aos dados de indivíduos menores de idade;

ii.números de identificação pessoal com o nome associado;

iii.nome de solteiro da mãe com o nome associado;

iv.número da licença de motorista ou de qualquer outro documento de identificação governamental com o nome associado;

v.número de telefone identificado como não listado ou não publicado;

vi.cartão de crédito, de débito, ou número de contas bancárias com o nome associado e/ou com qualquer PIN ou código de acesso necessário;

vii.informações de saúde de identificação pessoal;

viii.informações financeiras ou de folha de pagamento incluindo número de identificação de funcionário;

ix.qualquer tipo de informação que figurar como direito à intimidade das pessoas e segredo profissional; e

x.qualquer outra informação assinalada como Dado Sensível ou cuja natureza claramente assim o indique.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA - A responsabilidade assumida pela ENTIDADE, quanto à confidencialidade dos dados, é extensiva a terceiros que venham a ser contratados na execução dos Projetos de Apoio, exigindo-se da ENTIDADE que garanta esse compromisso de qualquer terceiro contratado, direta ou indiretamente.

SUBCLÁUSULA TERCEIRA - As obrigações contidas nesta Cláusula Quinta aplicam-se a todo dado confidencial e sensível divulgado pelos partícipes entre si, incluindo, sem limitação, todos os preços, listas de endereços, dados de propriedade industrial, modelo(s) de dados, integradores de dados, regras de negócio e quaisquer adaptadores relacionados, projetos de produtos, capacidades, especificações, código de programação, sistema de software e processos, informações sobre técnicas, negócios, planos de marketing e estratégias de produtos atuais e futuros, qualquer relatório de análise ou resultados de testes de qualquer produto, bem como a identidade dos atuais e potenciais clientes, provedores de dados e fornecedores.

SUBCLÁUSULA QUARTA - Cada um dos partícipes deve assegurar que qualquer Dado Sensível esteja criptografado em nível tal que a parte possa aceitar e transmitir ou dividir em dois ou mais arquivos físicos ou de dados, conforme o caso, com as chaves de identificação fornecidas ao partícipe receptor de tal forma que nenhum arquivo em si contenha Dados Sensíveis previamente à transmissão ou expedição de tais Dados Sensíveis ao outro partícipe, por meio de uma rede pública ou em meios físicos.

SUBCLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES COMUNS

a) Os partícipes concordam em manter as Informações Confidenciais em estrita confidencialidade e a não divulgar tais Informações Confidenciais a nenhum terceiro ou a usá-las para nenhum propósito que não aqueles autorizados pela outra parte;

b) Os partícipes concordam que irão empregar todas as medidas razoáveis para proteger as Informações Confidenciais da outra parte de divulgação desautorizada ou inadvertida, incluindo sem limitação todas as medidas que os partícipes adotariam para proteger suas próprias informações que consideram proprietárias;

c) Os partícipes devem divulgar as correspondentes Informações Confidenciais apenas para aqueles funcionários e contratados que tenham a necessidade de tomar conhecimento e somente na extensão necessária para possibilitar aos partícipes executarem adequadamente suas respectivas responsabilidades para com a outra e, no caso de qualquer teste de produto, somente para aqueles empregados que estejam diretamente envolvidos com o teste de tal produto;

d) Nenhum dos partícipes deve usar as Informações Confidenciais da outra parte para o "benchmark" de tais Informações Confidenciais contra produtos ou serviços oferecidos por terceiros (incluindo, sem limitação, produtos e/ou serviços oferecidos por subcontratados ou terceiros prestadores de serviço do partícipe receptor); e

e) Os partícipes comprometem-se a assegurar o compromisso individual de seus respectivos funcionários, prepostos e contratados com os termos do presente Termo de Ajuste.

SUBCLÁUSULA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES DA ENTIDADE

a) As Informações Confidenciais não devem ser traduzidas em outro formato ou idioma, decompiladas ou submetidas à engenharia reversa sem o consentimento prévio do partícipe divulgador;

b) Nenhuma cópia das Informações Confidenciais deverá ser feita pelo partícipe receptor, exceto quando necessária para a execução de serviços relativos às Informações Confidenciais de acordo com a solicitação do partícipe divulgador;

c) Mediante solicitação por escrito do partícipe divulgador, a qualquer momento, o partícipe requerido, por opção do partícipe

divulgador, deve destruir ou devolver ao partícipe divulgador todas as fitas, disquetes ou outra mídia na qual as Informações Confidenciais do partícipe divulgador estejam armazenadas, e todas as respectivas cópias, se houver;

d) Caso seja solicitada pelo partícipe divulgador a destruição de qualquer Informação Confidencial, o partícipe receptor deve, dentro de 5 (cinco) dias úteis após a destruição, entregar ao partícipe divulgador um documento certificando que a destruição foi realizada; e

e) O partícipe receptor ou terceiros subcontratados devem manter obrigação de proteger a confidencialidade de todo dado e Informação Confidencial, mesmo após a rescisão do Termo de Ajuste, não podendo tais dados confidenciais ser revelados em nenhuma hipótese, em especial, aqueles considerados Dados Sensíveis.

SUBCLÁUSULA SÉTIMA - Cada partícipe deve ser considerado como depositário dos dados e Informações Confidenciais, incluindo todas as patentes, direitos autorais, desenhos, "mask work", marca, marca de serviço, segredos comerciais e quaisquer outros direitos de propriedade e interesses nela, e tanto a ENTIDADE quanto o MINISTÉRIO concordam que nada contido neste Termo de Ajuste deve ser interpretado como concessão de direitos, por licença ou outro, a qualquer Informação Confidencial divulgada nos termos do presente Termo.

SUBCLÁUSULA OITAVA - Fica estabelecido que caso haja qualquer divulgação de informação confidencial causada seja por ação ou por omissão da ENTIDADE, não poderá ser atribuída ao MINISTÉRIO nenhuma responsabilidade perante terceiros prejudicados, sendo de inteira responsabilidade da ENTIDADE a reparação.

SUBCLÁUSULA NONA - O MINISTÉRIO ao ter conhecimento da divulgação de qualquer informação confidencial ainda que seja parcial, a fim de atenuar eventual prejuízo e ou nova ocorrência, na razão das consequências que naquele ou nesse caso vierem a ocorrer, notificará a ENTIDADE para proceder:

a) no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a correção dos motivos que resultaram na falta; e

b) a eventual reparação, quando for o caso, sob pena de ficar caracterizado como motivo para a suspensão ou encerramento da execução do respectivo Projeto de Apoio.

CLÁUSULA SEXTA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas dos Projetos de Apoio vinculados a este Termo de Ajuste deverá seguir o disposto na Portaria atualmente vigente, normas complementares e demais condições acordadas neste instrumento.

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA - Admitir-se-á uma margem de execução de 10% (dez por cento) pra mais ou para menos com relação ao valor total do Projeto de Apoio, sem que seja necessária autorização prévia do MINISTÉRIO.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA - No caso de diferença a menor, a ENTIDADE deverá viabilizar a inclusão do valor faltante em algum dos Projetos de Apoio vinculados ao presente Termo de Ajuste, de modo a garantir que o valor total empregado no conjunto dos Projetos não seja inferior ao valor da isenção das contribuições sociais usufruída, observado o disposto na Portaria vigente, sem prejuízo das devidas justificativas e respectiva anuência do MINISTÉRIO.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A execução deste Termo de Ajuste e dos Projetos de Apoio que lhe sejam vinculados será acompanhada, avaliada e fiscalizada, em conformidade com o disposto nas regras e critérios previstos na Portaria do Ministério da Saúde vigente, normas complementares e demais condições acordadas neste instrumento.

CLAUSULA OITAVA - DAS VEDAÇÕES

I - Ao MINISTÉRIO é vedado:

a) alterar o objeto, total ou parcialmente, de Projetos de Apoio vinculados ao presente Termo de Ajuste sem a anuência expressa da ENTIDADE; e

b) deixar de se manifestar frente a solicitação de informações ou sobre informe produzido pela ENTIDADE em até 90 dias, se outro prazo não tiver sido expressamente fixado.

II - À ENTIDADE é vedado:

c) utilizar o recurso financeiro para fins distintos dos aprovados originalmente nos Projetos de Apoio;

d) transferir a terceiros a gestão dos Projetos de Apoio;

e) transferir a terceiros obrigações ora assumidas;

f) executar despesas em data anterior ou posterior à vigência de cada Projeto de Apoio ou de suas alterações, observadas as normas vigentes, sob pena de desaprovação parcial da prestação de contas respectiva; e

g) repassar a terceiros os produtos adquiridos e/ou desenvolvidos em razão do presente Termo de Ajuste, ou parte deles, sem prévia autorização do MINISTÉRIO.

CLÁUSULA NONA - DA RESERVA DE PROPRIEDADE INTELECTUAL E DAS REGRAS REFERENTES ÀS PUBLICAÇÕES DE MATERIAL PRODUZIDO NO ÂMBITO DO PRESENTE TERMO DE AJUSTE

Os bancos de dados provenientes de Projetos de Apoio vinculados ao presente Termo de Ajuste deverão garantir o sigilo e a confidencialidade dos sujeitos de pesquisa envolvidos, bem como obedecer aos demais requisitos previstos nas normas vigentes de ética em pesquisa.

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA. A disponibilização dos recursos materiais instrucionais na rede mundial de computadores para entidades públicas e privadas sem fins lucrativos e certificadas como beneficentes de assistência social será feita mediante licença de uso de interesse do SUS, com vedação expressa do o uso privado e comercial.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA. Os recursos materiais instrucionais decorrentes dos Projetos de Apoio vinculados ao presente Termo de Ajuste deverão ser disponibilizados na rede mundial de computadores para entidades públicas e privadas, sem fins lucrativos e certificadas como beneficentes, mediante licença de uso.

SUBCLÁUSULA TERCEIRA. A divulgação e a publicidade dos produtos decorrentes da execução de Projetos de Apoio vinculados ao presente Termo de Ajuste deverão ser previamente aprovadas pelo MINISTÉRIO, bem como deverão conter menção à parceria firmada no âmbito do PROADI-SUS, de acordo com a Lei nº 12.101, de 2009.

SUBCLÁUSULA QUARTA. A publicação resultante de Projetos de Apoio vinculados ao presente Termo de Ajuste, bem como seus produtos de divulgação, deverá seguir a política editorial do MINISTÉRIO.

SUBCLÁUSULA QUINTA. Todos os produtos didáticos, editoriais e de divulgação desenvolvidos no âmbito dos Projetos de Apoio vinculados ao presente Termo de Ajuste deverão ser disponibilizados na Biblioteca Virtual em Saúde do MINISTÉRIO (BVS-MS), de forma gratuita e em texto integral, de acordo com os critérios da política editorial do MINISTÉRIO, no prazo de até 01 (um) ano após o encerramento do projeto em que tenham sido produzidos.

SUBCLÁUSULA SEXTA. A impossibilidade de cumprimento do prazo previsto na subcláusula quinta deverá ser formalmente justificada pela ENTIDADE, cabendo ao MINISTÉRIO acatar ou não a justificativa, no prazo máximo de sessenta dias.

SUBCLÁUSULA SÉTIMA. Vencido o prazo de 01 (um) ano fixado na subcláusula quinta e caso não seja acatada a justificativa apresentada conforme a subcláusula sexta, a ENTIDADE terá o prazo de trinta dias, a partir do recebimento da notificação, para o cumprimento da obrigação.

SUBCLÁUSULA OITAVA. O descumprimento pela ENTIDADE das obrigações previstas nas subcláusulas quinta, sexta e sétima ensejará a não-aprovação do Projeto de Apoio respectivo.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA TITULARIDADE DOS BENS PATRIMONIAIS

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA - No Projeto de Apoio que envolver a aquisição de equipamento e/ou material permanente, deverá constar o órgão e/ou entidade pública do SUS destinatário dos bens remanescentes na data da extinção do Projeto de Apoio.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA - Para comprovação do dispositivo anterior, a ENTIDADE deverá apresentar ao final do Projeto de Apoio a formalização da doação do equipamento e/ou material permanente adquirido com os recursos do projeto ao seu destinatário, conforme Modelo disponível no anexo da Portaria vigente.

SUBCLÁSULA TERCEIRA - Caso constate o não cumprimento da obrigação prevista na subcláusula primeira, o MINISTÉRIO notificará a ENTIDADE, que terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para o saneamento, sem o que não será considerado encerrado o respectivo Projeto de Apoio.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DOS ADITAMENTOS

Termo de Ajuste poderá ser aditado na forma prevista na Portaria do Ministro de Estado da Saúde vigente como regulamento do PROADI-SUS.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA RESCISÃO

O presente Termo poderá ser rescindido nas hipóteses e na forma previstas na Portaria do Ministro de Estado da Saúde vigente como regulamento do PROADI-SUS

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOS CASOS OMISSOS

Os casos omissos serão submetidos ao Comitê Gestor do PROADI-SUS, na forma previstas na Portaria do Ministro de Estado da Saúde vigente como regulamento do PROADI-SUS.

SUBCLÁUSULA ÚNICA. Caso a ENTIDADE não se conforme com a decisão do Comitê Gestor, o caso será submetido à Câmara de Conciliação e Arbitragem da Administração Federal - CCAF, órgão integrante da Advocacia-Geral da União, nos termos do Ato Regimental nº 5, de 27/09/2007 e alterações promovidas pelo Ato Regimental nº 2, de 9/4/2009.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA PUBLICAÇÃO

A Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde providenciará a publicação do presente Termo de Ajuste no Diário Oficial da União, no prazo de 20 (vinte) dias contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DECIMA QUINTA - DO FORO

Fica eleito o foro da Justiça Federal, Seção Judiciária do Distrito Federal, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas do presente Termo de Ajuste.

E, para firmeza, validade e eficácia do que foi acordado, lavrou-se o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, que após lido e achado conforme para um só efeito, é assinado pelos partícipes na presença de 2 (duas) testemunhas, igualmente signatárias.

Brasília, de de 2014.

ARTHUR CHIORO

XXXXX

Ministro de Estado da Saúde

Presidente XXXX

_____

_____

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS:

_____

_____

Nome:

CPF:

Anexo 2 do Anexo XCIII

MODELO PARA APRESENTAÇÃO DE CARTA CONSULTA AO PROADI-SUS (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Anexo 2)

CARTA CONSULTA n° XX/Ano			
I - INFORMAÇÕES DA ENTIDADE DE SAÚDE			
Nome:			
Endereço:			
CEP:	Fone:	Fax:	E-mail:
Data do Reconhecimento de excelência:		CNES:	
Representante Legal:			
II - CONSULTA			

1 - DA(S) ÁREA(S) E SUB-ÁREA(S) DE ATUAÇÃO	
De acordo com o artigo 11 da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e do artigo 2º desta Portaria, registrar a área de atuação pretendida.	
( ) Estudos de Avaliação e Incorporação de Tecnologia	( ) Capacitação de Recursos Humanos
( ) Pesquisas de Interesse Público em Saúde	( ) Desenvolvimento de Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde
2 - DA INTENÇÃO DE APRESENTAÇÃO DE PROJETOS	
Elaborar memorial descritivo, em forma de narrativa, descrevendo a aplicabilidade do(s) projeto(s) no atendimento ao tema ou objetivo prioritário divulgado pelo MS, devendo sempre conter:	
2.1. Descrição do tema ou objetivo prioritário relacionado à Consulta;	
2.2. Descrição resumida da proposta do(s) possível(eis) projeto(s) referente ao tema ou objetivo prioritário, contendo o objeto, objetivos e resultados esperados;	
2.3. Apresentação da justificativa e aplicabilidade da proposição, ressaltando sua relevância para as políticas de saúde institucionalizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde;	
2.4. Período de execução;	
2.5 Indicação do valor anual e total estimado do(s) projeto(s) a ser(em) apresentados(s), conforme tabela:	

DESCRIÇÃO DAS CONTAS	ANO I	ANO II	ANO III	TOTAL TRIÊNIO
1. Custos Diretos Específicos do Projeto				
2. Custos Diretos Compartilhados: custos pelo uso das unidades assistenciais (detalhes em anexo)				
Subtotal (1 + 2)				
3. Custos Indiretos Transferidos de Apoio e Administração				
4. Capital (investimento)				
Total Geral (1+2+3+4)				
% Custos Indiretos de Apoio e Administração/Custo Geral [3 / (1+2+3+4)]				

2.6. Indicação da abrangência geográfica e/ou populacional do(s) projeto(s);	
2.7. Indicar a necessidade da anuência do Gestor Local do SUS;	
2.8. Outras informações relevantes.	
Nome:	Telefone e e-mail para contato:
Data:	Assinatura Responsável

Anexo 3 do Anexo XCIII

MODELO DE FORMULÁRIO DE ANÁLISE DA CARTA CONSULTA (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Anexo 3)

Formulário de Análise de Carta Consulta PROADI-SUS
DADOS GERAIS
PROPONENTE
N° CARTA CONSULTA: _____/Ano.
VALOR
ANALISE TÉCNICA

A referida consulta pode ser classificada em pelo menos uma das áreas de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS?

( ) Sim ( ) Não Se sim, qual?

( ) Estudos de Avaliação de Incorporação de Tecnologia

( ) Capacitação de Recursos Humanos

( ) Pesquisas de Interesse Público

( ) Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde

O modelo de apresentação da carta consulta (Anexo I) está obrigatória e devidamente preenchida com:

* Descrição do tema ou objetivo prioritário relacionado à consulta;

( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual(is)?

( ) Promoção do acesso, qualidade, integralidade e cuidado em rede

( ) Financiamento e Gestão do SUS

( ) Inovação Científica e Tecnológica

( ) Desenvolvimento dos Profissionais e Trabalhadores do SUS

* Descrição resumida da proposta do(s) possível(is) projeto(s) referente ao tema ou objetivo prioritário, contendo o objeto e resultados esperados;

( ) Sim ( ) Não

* Apresentação da justificativa e aplicabilidade da proposição, ressaltando sua relevância para as políticas de saúde institucionalizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde;

( ) Sim ( ) Não

* Indicação do valor total estimado do(s) projeto(s) a ser(em) apresentados;

( ) Sim ( ) Não

* Indicação da abrangência geográfica e/ou populacional do(s) projeto(s).

( ) Sim ( ) Não

NECESSIDADE DE ENVOLVIMENTO DO GESTOR LOCAL DO SUS

O desenvolvimento do(s) projeto(s) objeto(s) desta carta consulta depende do envolvimento do gestor local do SUS (Secretário Municipal e/ou Estadual de Saúde)?

( ) Sim ( ) Não

CONSONÂNCIA DA CARTA CONSULTA COM AS POLÍTICAS DE SAÚDE (NÍVEL FEDERAL)

A proposta da carta consulta fere algum princípio (universalidade, integralidade e equidade) do SUS ou está em desacordo com as políticas e diretrizes de saúde em âmbito federal (Plano Nacional de Saúde)?

( ) Sim ( ) Não

Na referida proposta está compreendida a busca da redução das desigualdades regionais relativas ao acesso aos bens e serviços de saúde?

( ) Sim ( ) Não

É observada na carta consulta o objetivo de fortalecimento da integração regional em rede de serviços da saúde e com outras políticas de inclusão social?

( ) Sim ( ) Não

É possível associar o objeto da carta consulta à relação de complementaridade com investimentos realizados nas redes de atenção à saúde?

( ) Sim ( ) Não

A indicação da abrangência do projeto está coerente com os princípios da universalidade e equidade do Sistema Único de Saúde? Caso negativo, existe alguma sugestão de melhoria para a abrangência do projeto?

( ) Sim ( ) Não

ANÁLISE DE MÉRITO

A proposta é de interesse para o SUS, em termos dos temas/objetivos prioritários elegidos para o PROADI-SUS no triênio XXXX/XXXX?

( ) Sim ( )

Não Podem ocorrer conflitos de interesse na possível execução do objeto da carta consulta apresentada? Se sim, justifique.

( ) Sim ( ) Não

_____

É necessário melhor direcionamento do objeto proposto? Se sim, descreva.

( ) Sim ( ) Não

_____

Há indicação para que a formulação do projeto seja realizada em conjunto com as equipes técnicas do Ministério da Saúde, CONASS e/ou CONASEMS?

( ) Sim ( ) Não

Quais benefícios o possível projeto, objeto desta carta consulta, poderá contribuir para o desenvolvimento institucional do SUS? Liste-os.

_____

CONCLUSÃO

A SUGESTÃO para esta carta-consulta é de:

( ) Aprovação ( ) Não Aprovação

Descreva as considerações quanto à sugestão acima selecionada.

_____

Qual unidade deverá acompanhar a execução do projeto proposto pela referida carta-consulta?

_____

Deverá ter o suporte de outra(s) unidade(s) para o acompanhamento do projeto? Qual(is)?

_____

Brasília, de de

Nome e Qualificação do Técnico

De Acordo:

Nome e Qualificação do Coordenador e identificação da Coordenação

De Acordo:

Nome e Qualificação do Coordenador-Geral e identificação Coordenação-Geral

De acordo:

Nome e Qualificação do Diretor e identificação do Departamento

De acordo. Encaminhe-se à Secretaria do Comitê Gestor para conhecimento e deliberação.

Nome e Qualificação do Secretário e identificação da Secretaria

Anexo 4 do Anexo XCIII

MODELO PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTA DE PROJETO DEMANDADO (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Anexo 4)

PROPOSTA DE PROJETO DEMANDADO DO PROADI-SUS

DADOS GERAIS

TÍTULO DO PROJETO:

DEMANDANTE: Secretaria /Coordenação

ENTIDADE DE SAÚDE

APRESENTAÇÃO

1. O projeto proposto está classificado na seguinte área de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS (marcar a principal):

( ) Estudos de Avaliação de Incorporação de Tecnologia

( ) Capacitação de Recursos Humanos

( ) Pesquisas de Interesse Público

( ) Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde

2. A proposta está relacionada à:

( ) Promoção do acesso, qualidade, integralidade e cuidado em rede

( ) Financiamento e Gestão do SUS

( ) Inovação Científica e Tecnológica

( ) Desenvolvimento dos Profissionais e Trabalhadores do SUS

3. Descrição resumida do projeto, destacando sua relevância para as políticas de saúde do SUS.

_____

4. Objetivo e resultados esperados.

_____

5. Especificar a abrangência geográfica e/ou populacional do projeto.

_____

6. Estimar o tempo necessário para execução do projeto.

_____

7. Indicar se há necessidade de pactuação com Gestor Municipal e/ou Estadual para a realização do projeto.

_____

Nome e Qualificação do Técnico

De Acordo:

Nome e Qualificação do Coordenador e identificação da Coordenação

De Acordo:

Nome e Qualificação do Coordenador-Geral e identificação Coordenação-Geral

De acordo.

Encaminhe-se ao Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID-SE) para conhecimento e providências.

Nome e Qualificação do Diretor e identificação do Departamento

Anexo 5 do Anexo XCIII

MODELO PARA APRESENTAÇÃO DE PROJETOS REFERENTES AO PROADI-SUS (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Anexo 5)

MODELO PARA APRESENTAÇÃO DE PROJETOS REFERENTES AO PROADI-SUS

A - INFORMAÇÕES GERAIS

APRESENTAÇÃO DE PROJETO REFERENTE AO PROADI-SUS.			
I - INFORMAÇÕES DA ENTIDADE DE SAÚDE			
Nome:			
Endereço:			
Bairro:	Município:		
CEP:	Fone:	Fax:	
E-mail:		CNES:	
CNPJ:	Data do Reconhecimento de excelência::		
Representante Legal:			

B - PLANO DE TRABALHO

O Plano de Trabalho congrega o conjunto mínimo de conceitos e instrumentos de gerenciamento, imprescindíveis para o monitoramento, avaliação e prestação de contas da execução físico-financeira do projeto de apoio ao PROADI-SUS

B.1 - ÁREA(S) E SUB-ÁREAS DE ATUAÇÃO

De acordo com o artigo 11 da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e do artigo 2º desta Portaria, registrar a área de atuação pretendida.

( ) Estudos de Avaliação e Incorporação de Tecnologia

( ) Capacitação de Recursos Humanos

( ) Pesquisas de Interesse Público em Saúde

( ) Desenvolvimento de Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde

B.2 - INFORMAÇÕES GERAIS DO PROJETO

2.1. Título do Projeto

2.2. Valor total do Projeto

2.3. Período de execução

2.4. Indicação de Secretaria competente ou entidade vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo monitoramento e avaliação.

B.3. INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS DO PROJETO

3.1. Descrição do projeto, mencionando sua aplicabilidade no desenvolvimento institucional do SUS:

a) Descrever sucintamente o objeto do projeto;

b) Apresentar justificativa e aplicabilidade da proposição, ressaltando sua relevância para as políticas de saúde institucionalizadas no âmbito do SUS;

c) Apresentar análise da situação inicial, incluindo: análise de problemas, análise de objetivos e análise dos atores interessados; Especificar o planejamento do projeto descrevendo-o de acordo com a Matriz de Planejamento e seus respectivos conceitos, conforme Anexo III, bem como definindo e descrevendo os seguintes elementos:

c.1) Descrever o objetivo proposto de desenvolvimento do SUS e seus indicadores;

c.2) Descrever os objetivos específicos do projeto, seus indicadores e metas;

c.3) Descrever as fases ou etapas do projeto, quando aplicável;

c.4) Descrever os resultados semestrais e anuais esperados, decorrentes da execução do projeto, seus indicadores e respectivas metas a serem atingidas;

c.5) Descrever os produtos gerados com a execução do projeto, seus indicadores e metas, quando aplicável;

c.6) Descrever as principais atividades de intervenção vinculadas aos resultados esperados, seus prazos de execução e valores, conforme apresentado nos cronogramas de atividades e de desembolsos;

c.7) Descrever as atividades de monitoramento e de avaliação e seus respectivos valores, atentando-se à c efinição do Item 1.5 do Anexo em referência; e c.8) Apresentar indicadores de avaliação de resultado e impacto que permitam avaliar as mudanças no SUS decorrentes da execução do projeto, bem como, quando pertinente, demais indicadores para o monitoramento e a avaliação do projeto.

d) Descrever a abrangência do projeto quanto a:

d.1) população e/ou instituição beneficiada, seja diretamente - que receberá a intervenção do projeto, seja indiretamente, que poderá se beneficiar dos resultados do projeto, com indicação de n° CNES;

d.2) dimensão geográfica, com indicação de UF/município beneficiário; e

d.3) número de vagas ofertadas, quando aplicável.

e) Descrever detalhadamente o método a ser empregado para atingir os objetivos propostos, quando aplicável;

f) Apresentar mecanismos e instrumentos para avaliação dos resultados, abrangendo a percepção do beneficiário, quando pertinente, com dados quantitativos e qualitativos;

g) Descrever formas de disseminação dos resultados do projeto, tais como: eventos científicos, oficinas, material de divulgação/publicação, ferramentas de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, quando aplicáveis;

h) Descrever cálculo de tamanho de amostra e número de instituições envolvidas no caso de projetos multicêntricos;

j) Apresentar Organograma e Quadro de Atribuições para os principais atores envolvidos no projeto (funções, atribuições e principais tarefas), incluindo a equipe executora e ressaltando a formação e experiências relevantes ao projeto;

k) Apresentar Plano de Comunicação, conforme as necessidades específicas do projeto, devendo ser formalizado com os seguintes elementos:

k.1) os requisitos de comunicação das partes interessadas;

k.2) as informações que serão comunicadas, inclusive formato, conteúdo e nível de detalhes;

k.3) a pessoa responsável pela comunicação das informações;

k.4) a pessoa ou os grupos que receberão as informações;

k.5) os métodos ou tecnologias usados para transmitir as informações, como por exemplo: relatórios de monitoramento semestrais ou anuais, relatórios específicos, e-mails, sistemas informatizados, publicações, comunicados à imprensa etc.;

k.6) a frequência da comunicação e os prazos;

k.7) o método para atualizar e refinar o Plano de Comunicação conforme o projeto se desenvolve e avança; e

k.8) glossário da terminologia comum.

l) Apresentar o Plano de Atividades, conforme a Matriz de Planejamento do Projeto e as seguintes especificações:

l.1) interdependências básicas entre as atividades;

l.2) estimativa de duração de cada uma das atividades, levando em conta a quantidade e disponibilidade de recursos (humanos, materiais e financeiros) do projeto;

l.3) definição da data de início e fim de cada atividade, levando em conta as estimativas realizadas e as dependências identificadas; e

l.4) definição dos responsáveis pelas atividades.

m) Demais informações relevantes em conformidade com as especificidades da área de atuação e do projeto.

3.2. Descrição do orçamento do projeto.

a) Descrever detalhadamente o orçamento do projeto, ordenando os gastos em custeio e capital, discriminando por elemento de despesa;

b) Especificamente aos gastos direcionados a recursos humanos, deve-se estabelecer o valor por hora trabalhada, bem como a quantidade de horas despendidas por cada integrante da equipe; e

c) Ao final, deve-se consolidar o orçamento conforme modelo abaixo

DEMONSTRATIVO DA EXECUÇÃO FINANCEIRA DO PROJETO

DESCRIÇÃO DAS CONTAS	Ano I			Ano II			Ano III			Total Triênio		
	Previsão	Executado	%	Previsão	Executado	%	Previsão	Executado	%			
1. CUSTOS DIRETOS ESPECÍFICOS DO PROJETO												
1.1 Coordenação do Projeto												
1.1.1 Serviços de Terceiros PJ												
1.1.2 Serviços de Terceiros PF												
1.2 Salários e Encargos												
1.3 Serviços de Terceiros												
1.3.1 Serviços de Assessoria e Consultoria PF												
1.3.2 Serviços de Assessoria e Consultoria PJ												
1.3.3 Serviços de Profissionais PJ												
1.3.4 Serviços de Profissionais PF												
1.3.5 Bolsistas e Estagiários												
1.4 Outros Serviços de Terceiros												
1.5 Medicamentos												
1.6 Material Médico												
1.7 Material de Consumo												
1.8 Despesas de Transporte e Hospedagem												
1.8.1 Pacientes e Acompanhantes												
1.8.2 Atividades de Ensino e Capacitação												
1.8.3 Atividades de Monitoramento e Avaliação												
1.9 Locação de Equipamentos e Imóveis												
1.10 Depreciação												
1 . 11 Outras (Especificar)												
TOTAL DOS CUSTOS DIRETOS ESPECIFICOS												
2. CUSTOS DIRETOS COMPARTILHADOS: CUSTOS PELO USO DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS (detalhes em anexo)												
SUBTOTAL (1 + 2)												
3. CUSTOS INDIRETOS TRANSFERIDOS DE APOIO E ADMINISTRAÇÃO												
4.CAPITAL (investimento)												
4.1 Imobilizado - Tangível												
4.1.1 Obras e Instalações												
4.1.2 Equipamentos e Material Permanente												
4.1.3 Equipamentos de Informática												
4.1.4 Outros (especificar)												
4.2 Imobilizado - Intangível (especificar)												
TOTAL CAPITAL (4.1 + 4.2)												
TOTAL GERAL (1+2+3+4)												
% Custos Indiretos de Apoio e Administração/Custo Geral [3 / (1+2+3+4)]												

B.4 - CRONOGRAMA DE TRABALHO

Os cronogramas aqui referenciados devem conter periodicidade mensal, trimestral ou semestral.

B.4.1 - Cronograma de Execução das Atividades: ordenação das metas especificadas, qualificadas e quantificadas, segundo a unidade de medida pertinente, com previsão de início e fim, de acordo com o Plano de Atividades apresentado.

CRONOGRAMA SEMESTRAL DE ATIVIDADES

Objetivo do Projeto:

Resultado:

Produto (opcional):

Resultado ou Produto 1:

Cronograma de Atividades

Atividades de Intervenção	ANO I		ANO II		ANO II	
	1º Sem	2º Sem	1º Sem	2º Sem	1º Sem	2º Sem

A1.1						
A1.2						
(...)						
A1.n (*)						

Resultado ou Produto (...):						
Cronograma de Atividades						
Atividades de Intervenção	ANO I		ANO II		ANO II	
	1º Sem	2º Sem	1º Sem	2º Sem	1º Sem	2º Sem
A(...).1						
A(...).2						
(...)						
A(...).n (*)						

Resultado ou Produto "m":						
Cronograma de Atividades						
Atividades de Intervenção	ANO I		ANO II		ANO II	
	1º Sem	2º Sem	1º Sem	2º Sem	1º Sem	2º Sem
A.m.1						
A.m.2						
(...)						
Am.n (*)						

Atividades de Monitoramento e Avaliação						
Cronograma de Atividades						
Atividades de Monitoramento e Avaliação	ANO I		ANO II		ANO II	
	1º Sem	2º Sem	1º Sem	2º Sem	1º Sem	2º Sem
AM. 1						
AM. 2						
(...)						
AM (*)						

Legenda	
Previsto	
Realizado	

Observação
1) Para cada objetivo do projeto deve constar pelo menos um resultado esperado.
2) Se o projeto for subdividido em fases ou etapas, a cada fase ou etapa deve corresponder um resultado esperado.
3) Para cada resultado do projeto pode constar um ou mais produtos.
4) Para cada resultado e/ou produto deve ser apresentado um cronograma de atividades: Produto 1, Produto (...), Produto "m".
5) As atividades podem ser desagregadas em subatividades.
(*) A expressão "Am.n", onde "m" significa índice do resultado ou produto e "n" o índice de atividade.

B.4.2 - Cronograma de Desembolso: previsão de desembolso de recursos financeiros, em conformidade com a proposta de execução das metas estabelecidas, de acordo com o Plano de Atividades apresentado.

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO DAS ATIVIDADES

Objetivo do Projeto:												
Resultado:												
Produto (opcional):												
Resultado ou Produto 1:												
Cronograma de Desembolso												
Atividades de Intervenção	Ano I / Ano II / Ano III											
	Ano I (R$)		% Real/Prev	Ano II (R$)		% Real/Prev	Ano III (R$)		% Real/Prev	Total Triênio (R$)		% Real/Prev
	Previsto	Executado		Previsto	Executado		Previsto	Executado		Previsto	Executado	
A1.1												
A1.2												
(...)												
A1.n (*)												
Total (R$)											(A)	

Resultado ou Produto (...):												
Cronograma de Desembolso												
Atividades de Intervenção	Ano I / Ano II / Ano III											
	Ano I (R$)		% Real/Prev	Ano II(R$)		% Real/Prev	Ano III(R$)		% Real/Prev	Total Triênio (R$)		% Real/Prev
	Previsto	Executado		Previsto	Executado		Previsto	Executado		Previsto	Executado	
A (...).1												
A (...).2												
(...)												
A(...).n (*)												
Total (R$)											(B)	

Resultado ou Produto "m":												
Cronograma de Desembolso												
Atividades de Intervenção	Ano I / Ano II / Ano III											
	Ano I(R$)		% Real/Prev	Ano II(R$)		% Real/Prev	Ano III(R$)		% Real/Prev	Total Triênio (R$)		% Real/Prev
	Previsto	Executado		Previsto	Executado		Previsto	Executado		Previsto	Executado	
A.m.1												
A.m.2												
(...)												
A.m.n (*)												
Total (R$)											(C)	

Atividades de Monitoramento e Avaliação do Projeto													
Cronograma de Desembolso													
Atividades de Monitoramento e Avaliação	Ano I / Ano II / Ano III												
	Ano I(R$)		% Real/Prev	Ano II(R$)		% Real/Prev	Ano III(R$)		% Real/Prev	Total Triênio (R$)			% Real/Prev
	Previsto	Executado		Previsto	Executado		Previsto	Executado		Previsto	Executado		
AM.1													
AM.2													
(...)													
AM (*)													
Total (R$)												(D)	

Desembolso Financeiro	Valor (R$)
1. Desembolso Total das Atividades de Intervenção (A + B+ C)	
2. Desembolso Total das Atividades de Monitoramento e Avaliação (D)	
3. Custos Indiretos do Triênio (E)	
Total dos Recursos Despendidos no Triênio (A+B+C+D+E)	

Observação :

1) Para cada resultado e/ou produto deve ser apresentado um cronograma de desembolso por atividade de intervenção: Resultado 1, Resultado (...), Resultado "m", ou então, Produto 1, Produto (...), Produto "m".

2) Além dos cronogramas de desembolso por atividade de intervenção, deve ser apresentado um cronograma de desembolso por atividade de monitoramento e avaliação;

3) As atividades podem ser desagregadas em subatividades, para as quais não é obrigatória a apresentação de cronograma de desembolso.

(*) A expressão "Am.n", onde "m" significa índice do resultado ou produto e "n" o índice de atividade.

Data: ___/__/_____

Assinatura do Responsável

Responsável pelas informações:
Nome: Cargo :
Telefone para contato: E-mail:

MATRIZ DE PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO DO PROJETO

1. LÓGICA DA INTERVENÇÃO	2. INDICADORES OBJETIVAMENTE COMPROVÁVEIS																						3. FONTES DE-COMPROVA-ÇÃO	4. SUPOSIÇÕES IMPORTANTES
	Descrição dos Indica-dores	Linha de Base	Metas																					
			Ano I						Ano II						Ano III						TRIÊNIO			
			1º SEM		2º SEM		Total Realizado		1º SEM		2º SEM		Total Realizado		1º SEM		2º SEM		Total Realizado		Total Realizado			
			Previsto	Realizado	Previsto	Realiza-do	Previsto	Realizado	Previsto	Realiza-do	Previsto	Realizado	Previsto	Realiza-do	Previsto	Realizado	Previsto	Realizado	Previsto	Realizado	Previsto	Realizado		
1.1. Objetivos do Projeto																								
Objetivo 1:																								
Objetivo (...):																								
Objetivo x:																								
1.2. Resultados																								
Resultado 1:																								
Resultado (...):																								
Resultado m:																								
1.3. Produtos (quando aplicá-vel)																								
Produto 1:																								
Produto (...):																								
Produto m:																								
1.4. Atividades Principais de In-tervenção																								
Atividade 1.1:																								
Atividade 1.n:																								
Atividade m.1																								
Atividade m.n:																								

OBSERVAÇÃO

A tabela acima é meramente ilustrativa e para fins didáticos. Assim sendo, as informações requeridas não precisam ser apresentadas no formato da tabela.

DEFINIÇÕES:

1. ESTRUTURA ANALÍTICA DO PROJETO (lógica da intervenção)

1.1. Objetivo do Projeto. Este é o objetivo ou o efeito esperado da intervenção, descrevendo-se a nova situação que se visa alcançar com a realização do projeto. Deve expressar as mudanças de estado que serão provocadas na situação do público-alvo pelos resultados do projeto, ao seu final. Pressupõe-se que, sem essa mudança, as melhorias que um projeto pode prover não teriam sustentabilidade, ou seja, não haveria desenvolvimento, entendido como um processo de transformação e melhoria ao longo do tempo.

O objetivo do projeto deve estar relacionado a um objetivo de desenvolvimento do SUS, que orienta a atuação do projeto dentro do contexto do PROADI-SUS, considerando as áreas de atuação e os temas e objetivos prioritários.

1.2 e 1.3. Resultados das Atividades e Produtos (entregas do projeto). Um projeto cria entregas ou resultados exclusivos. Um resultado pode estar relacionado a um ou mais produtos. Entende-se por produto um bem ou serviço produzido, ou seja, um resultado mensurável e verificável do trabalho.

Os resultados e produtos descrevem o escopo do projeto, ou seja, aquilo que é gerenciável pelo projeto e que é de responsabilidades da entidade executora. Enquanto o Objetivo do Projeto é um efeito desejado, mas que foge do controle e da responsabilidade direta da entidade, o alcance dos resultados e produtos tem que ser gerenciado de tal forma que pode ser atribuído aos esforços do projeto.

Quando o projeto apresentar resultados que possam ser subdivididos em produtos, cada resultado deve estar relacionado a um ou mais produtos, devendo o projeto trazer registrado na sua decomposição hierárquica todos os principais produtos relacionados a cada resultado.

Alguns projetos podem estar subdivididos em fases ou etapas de modo a oferecer melhor controle gerencial. A transição de uma fase para outra geralmente envolve e é definida por alguma forma de transferência técnica ou entrega, ou seja, produtos. O término e a aprovação de um ou mais produtos caracteriza uma fase do projeto. Assim sendo, é comum que um objetivo do projeto seja subdividido em fases ou etapas com produtos e atividades específicos. Nesse caso, a cada fase ou etapa deve corresponder um resultado, subdividido ou não em produtos.

Os principais resultados e produtos devem estar ligados às atividades de intervenção.

1.4. Atividades Principais de Intervenção e seus respectivos recursos e custos estimados. De acordo com os resultados e produtos que se deseja entregar, devem ser definidas quais são as atividades necessárias para sua consecução. Para cada resultado ou produto, conforme as especificidades da decomposição hierárquica apontadas no item acima, uma série de atividades principais deve ser elaborada. Têm que haver atividades suficientes e necessárias a fim de se alcançar um determinado resultado ou produto. Se as atividades previstas não forem suficientes, os resultados não poderão ser alcançados e se não forem necessárias, significa que o projeto desperdiça recursos.

Para cada atividade desenvolvida, seja de intervenção ou de monitoramento/avaliação, devem ser apresentados os recursos (pessoas, equipamentos e insumos) necessários à sua realização, quando solicitado pelo Ministério da Saúde por ocasião da prestação de contas, inclusive com detalhamento das quantidades e custos unitários dos recursos de cada atividade.

As atividades podem ser desagregadas em subatividades, para as quais não é obrigatória a apresentação dos recursos utilizados e dos custos incorridos.

Ressalta-se que apesar de não constar na Matriz de Planejamento do Projeto, é fundamental que, além das atividades de intervenção e seus respectivos recursos e custos, sejam definidas as Atividades de Monitoramento e Avaliação. Assim sendo, os projetos deverão apresentar as principais atividades de monitoramento e avaliação, seus respectivos prazos e recursos/custos.

Considera-se que o monitoramento é uma função contínua que deve buscar identificar o progresso do Projeto rumo aos resultados desejados ou eventuais obstáculos de execução que venham a dificultar o alcance dos resultados e/ou objetivos.

Considera-se que a avaliação deve buscar verificar não só o alcance dos resultados, mas também o alcance da mudança desejada, expondo as lições apreendidas e as recomendações para o futuro, além da identificação e disseminação de boas práticas.

2. INDICADORES OBJETIVAMENTE COMPROVÁVEIS

Um indicador é uma situação ou característica que serve como sinal comprobatório de outro fato. Os indicadores devem ser especificados baseados em fatos e evidências, considerando as seguintes questões:

O público-alvo: quem é beneficiado?

A quantidade: quanto?

A qualidade: quão bem?

O período: quando e quanto tempo?

A localização: onde?

As funções dos indicadores são: caracterizar mais detalhadamente os objetivos e resultados, estabelecendo o quê e quanto se pretende alcançar, e fornecer uma base para o monitoramento e a avaliação do projeto. Os indicadores se diferenciam de acordo com os níveis lógicos do projeto. Os resultados, que são os produtos pelos quais a gerência do projeto se responsabiliza, exigem indicadores de monitoramento:descrevem os produtos em termos do que será feito, o quanto, quando e quão bem. Esses indicadores têm que estar coerentes com as entradas, ou seja, as atividades e os recursos aplicados.

Por outro lado, o objetivo do projeto e o objetivo de desenvolvimento expressam efeitos esperados e, portanto, os seus indicadores são de efeitos, sejam efeitos diretos e indiretos, respectivamente. Eles indicam as mudanças esperadas. Dado a complexidade, quase sempre é necessário um conjunto de indicadores para medir cada um dos efeitos. A título de ilustração, podem-se considerar os seguintes tipos de indicadores:

ESTRUTURA ANALÍTICA	TIPO DE INDICADOR

Objetivo de Desenvolvimento	Impacto
Objetivo Imediato	Efeito
Resultados (saídas)	Produtos (benefícios)
Atividades	Processos
Recursos (entradas)	Custos

3. FONTES DE COMPROVAÇÃO

Onde se encontram as informações e os dados dos indicadores, ou seja, os locais e os documentos que poderão ser utilizados para verificar o conteúdo dos indicadores. Fontes podem ser estatísticas oficiais, pesquisas de opinião pública para os indicadores de efeito e são geralmente documentos produzidos pelo próprio sistema de informações gerenciais do projeto para os resultados. Considera-se fundamental que fontes adequadas existam e sejam confiáveis.

4. SUPOSIÇÕES IMPORTANTES

É uma espécie de análise de riscos do projeto. Suposições são fatores, externos ou internos ao projeto, considerados verdadeiros, reais ou certos, para fins de planejamento. Os fatores externos escapam à influência direta da gerência do projeto nos Hospitais de Excelência, estando mais ligados às condições ambientais sob o âmbito de atuação do Ministério da Saúde. Por isso, essas condições, além das internas ao projeto, devem estar claras desde o princípio, a fim de garantir-se que as ações necessárias serão implementadas pelo Ministério da Saúde, visando ao atingimento dos objetivos do projeto.

A inclusão de uma suposição importante depende de sua avaliação. Em primeiro lugar, ela tem que ser valiosa para o êxito do projeto. Segundo, tem que existir certo grau de risco de ela não ocorrer. E, terceiro, se for identificado que ela é relevante, mas pouco provável de ocorrer, significa que o êxito do projeto está em jogo e, consequentemente, a estratégia de intervenção deve ser mudada.

Anexo 6 do Anexo XCIII

MODELO DE PARECER TÉCNICO PARA ANÁLISE DE PROJETO (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Anexo 6)

PARECER TÉCNICO PARA ANÁLISE DE PROJETO DO PROADI-SUS (Nome da SECRETARIA COMPETENTE OU ENTIDADE VINCULADA AO MS)
DADOS DO PROJETO
Entidade de Excelência: Título do projeto: Data de início: Data de encerramento: Número do Protocolo:
Descrição sucinta do objetivo do projeto: Ciclo: XXXX - XXXX Valor estimado ano 01: Valor estimado ano 02:
Valor estimado ano 03: Valor Total Estimado do Projeto: Área(s) e subárea(s) de atuação:
Área e Subárea de Atuação: Tema(s) e objetivo(s) prioritário(s): ?
Objetivo(s) estratégico(s):
DADOS DO PARECER
Número do protocolo do Parecer: Prazo de Atendimento: Número do Parecer: _____/Ano.
Análise Situação/Problema: Análise da lógica de intervenção (Objetivos, Resultados, Produtos, Atividades de Intervenção, Atividades de Monitoramento e Avaliação):
Análise do cronograma de atividades: Análise dos Custos:
Conclusão: ( ) Aprovação ( ) Não Aprovação
Observação: Unidade indicada para acompanhamento: (SC/EV indicada para acompanhamento conjunto) Anexos:
Nome e Qualificação do Técnico De Acordo: Nome e Qualificação do Coordenador e identificação da Coordenação
De Acordo: Nome e Qualificação do Coordenador-Geral e identificação Coordenação-Geral
De acordo. Encaminhe-se ao Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID-SE) para conhecimento e providências. Nome e Qualificação do Diretor e identificação do Departamento

Anexo 7 do Anexo XCIII

MODELO DE TERMO DE DOAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Anexo 7)

MODELO DE TERMO DE DOAÇÃO

TERMO DE DOAÇÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM A SOCIEDADE HOSPITAL "NOME" E "ENTIDADE DONATÁRIA"

Pelo presente instrumento, a Entidade de Saúde <NOME>, por intermédio da <Gerência/Superintendência> com sede xxxxxxxxxxxx, inscrita no CNPJ sob nº xx.xxx.xxx/xxx-xx, ora designado DOADOR, neste ato representado na forma do seu Estatuto por <nome.>, <cargo>, <nacionalidade>, <profissão>, portador do CPF/MF nº <xxx.xxx.xxx-xx> e RG nº <xxxxxxx>, expedido pela xxx/xx, e de outro lado, a entidade beneficiada, <NOME>, inscrita no CNPJ/MF xxxxxxxxxx, com sede xxxxxxx, doravante denominado DONATÁRIO, neste ato representada por <nome>, <cargo>, <nacionalidade>, <profissão>, portador do CPF/MF nº xxxxxxxxx e RG nº xxxxxxx, expedido pela xxx/xx, e de acordo com o Termo de Ajuste nº <xx/xxx>, constantes no autos do Processo nº <25000.xxxxxx/20xx-xx>, com fundamento na Portaria GM/MS nº xxxxx, de xxxx de abril de xxxxx, no Decreto nº 99.658, de 30 de outubro de 1990, alterado pelo Decreto nº 4.245, de 23 de maio de 2002, têm entre si acordado o presente TERMO DE DOAÇÃO, sob a forma e condições constantes das seguintes CLÁUSULAS:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO - O presente instrumento tem por objeto a Doação dos bens, relacionados no anexo, parte integrante e indissociável deste Termo, tendo por finalidade a utilização pelo DONATÁRIO, na continuidade das ações e serviços de assistência à saúde da população, visando a melhoria da produção e qualidade dos procedimentos de atendimento, assim como o aperfeiçoamento e expansão da capacidade operacional do Sistema Único de Saúde.

SUBCLÁUSULA ÚNICA - O bem doado terá o seu valor residual considerado no momento da baixa do ativo.

CLÁUSULA SEGUNDA - Em se tratando de DOAÇÃO, o DONATÁRIO compromete-se a destinar os bens, objeto deste instrumento à execução de ações de saúde, sendo estes para sua utilização pelo órgão ou entidade beneficiária, conforme os dispostos no art. Xxxx da Portaria GM/MS nº xxxxxx nas subcláusulas 1º, 2º e 3º da Cláusula quinta do Termo de Ajuste nº <xx/xxx>.

CLÁUSULA TERCEIRA - O DONATÁRIO, em observância à cláusula Primeira e Segunda do presente termo, responsabiliza-se por: a)manter em funcionamento e assumir o custo operacional de acordo com parâmetros firmados pelo Ministério da Saúde;

b)adquirir equipamentos complementares, materiais permanentes e de consumo, necessários à implantação e operacionalização dos serviços objeto deste termo.;

c)efetuar manutenção preventiva e corretiva, após o término da garantia do equipamento doado;

d)manter atualizado os dados da Instituição prestadora de serviço ao SUS no Cadastro Nacional de Entidade de Saúde - CNES.

CLÁUSULA QUARTA - Os custos com remoção e instalação do equipamento e/ou material permanente no <donatária> serão arcados pelo DOADOR.

CLÁUSULA QUINTA - É de responsabilidade do DONATÁRIO, prover treinamento aos seus colaboradores para utilização correta do(s) equipamento(s) doado(s), bem como a obtenção de todas as licenças necessárias para operação dos bens.

CLÁUSULA SEXTA - O DONATÁRIO, por intermédio deste instrumento, atesta, plena e irrestritamente, o recebimento de todos os bens arrolados no Anexo deste Termo.

CLÁUSULA SÉTIMA - Em caso de constatação, pelo Ministério da Saúde ou pelos órgãos de controle externo, de não utilização do bem doado para os fins e forma a que se propõe a presente DOAÇÃO, poderá ser promovida à revogação parcial ou total deste termo, realocando-se o bem a outro estabelecimento público de saúde ou a outra instituição de ensino e pesquisa, conforme determinado pelo Ministério da Saúde, sem direito de indenização pelo DONATÁRIO.

CLÁUSULA OITAVA - Fica eleito o Foro da Seção Judiciária xxxx, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Termo de Doação.

E por estarem de pleno acordo, as partes assinam este Termo em três vias de igual teor e forma, que após lido e achado conforme para um só efeito, é assinado pelos partícipes na presença de 2 (duas) testemunhas, igualmente signatárias.

Local , ...de .....de 20....

Pelo Hospital de Excelência

Nome:

Cargo:

TESTEMUNHAS:

Nome:

CPF:

Pelo Donatário
Nome:
Cargo :
TESTEMUNHAS:
Nome:
CPF:
ANEXO AO TERMO DE DOAÇÃO

PROGRAMA DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (PROADI-SUS)	
Termo de Ajuste nº:	Vigência do Termo de Ajuste:
Projeto de Apoio PROADI-SUS:	
Vigência do Projeto:	Nº do Processo MS:

Dados do Doador:

Entidade:			
Nome do Representante:			
C a rg o :			
RG:		CPF:	
Endereço:			
CEP:	Cidade/UF:	Telefone :	Fax:

Dados do Donatário:

Entidade:			
Nome do Representante:			
Cargo :			
RG:		CPF:	
Endereço:			
CEP:	Cidade/UF:	Telefone :	Fax:

Descrição	Valor Unitário (R$)	Qtde	Valor Total (R$)
TOTAL			

Anexo 8 do Anexo XCIII
MODELO PARA APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DO GESTOR LOCAL (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Anexo 8)
MODELO PARA APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DO GESTOR LOCAL
DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Eu, _____na qualidade de gestor local do SUS, portador do RG n.º _____ e CPF n.º _____com endereço funcional situado _____cidade: _____uf:____telefone(xx) _____, e-mail: _____, declaro para os devidos fins, que a entidade de saúde de reconhecida excelência, _____apresentou o projeto assistencial "_____ ", vinculado a Carta Consulta n.º _____, aprovada pelo Comitê Gestor do PRAODI-SUS em ___/___/__, a ser desenvolvido pela a respectiva entidade em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de XXXXXX, cuja vigência estender-se-á de xxxx de xxxx de xxxx à xxxx de xxxxx de xxxxx.

Ressalta-se que o projeto apresentado encontra-se em consonância com as exigências previstas na Lei n.º 12.101 de 27 de novembro de 2009, bem como nos termos da Portaria que regulamenta o PROADISUS.

Sendo assim, APROVO o projeto assistencial apresentado, uma vez que, atende a necessidade de interesse local quanto à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares do Sistema Único de Saúde.

_____
Nome
Cargo
Anexo 9 do Anexo XCIII
MODELO PARA APRESENTAÇÃO DE RELATÓRIO SEMESTRAL DE ATIVIDADES DO PROJETO REFERENTE AO PROADI-SUS (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Anexo 9)

Nome da Entidade de Saúde		
Nº do Protocolo do projeto		
Título do Projeto		
Período abrangido pelo Relatório		1° Semestre de _____
Nome do Coordenador do Projeto		
Telefone para contato:		E-mail:
Sumário executivo		Descrição sucinta do que foi realizado no período.
Manifestação do gestor local		Informar e anexar manifestação do gestor local do SUS quando aplicável.
Execução do projeto	1Execução Física	1.1 Anexar a Matriz de Planejamento do Plano de Trabalho (Anexo VII), preenchida com os valores das metas previstas e realizadas correspondente ao período do Relatório.
		1.1.1 Informar as metas e resultados alcançados no período. (Anexo VII, Matriz de Planejamento e item d.4, B.3, do Plano de Trabalho).
		1.1.2 Apresentar as justificativas no caso de não cumprimento das metas e dos resultados frente ao Plano de Trabalho pactuado.
		1.2. Anexar o Cronograma de Execução das Atividades (item B.4.1 do Anexo III), preenchida com os prazos das atividades previstas e executadas no período correspondente do Relatório.
		1.2.1 Informar se o projeto está cumprindo os prazos, conforme cronograma pactuado (item B.4.1 do Anexo III e item l.3, B.3, do Plano de Trabalho).
		1.2.2 Apresentar as justificativas no caso de não cumprimento do cronograma de execução das atividades frente ao Plano de Trabalho pactuado.
		1.3. Apresentar histórico do planejamento das metas físicas e atividades, informando se houver aditamento de prazo e/ou alteração no Plano de Trabalho, justificando os aditamentos ocorridos.
Informações adicionais		- Descrever os efeitos regionais alcançados decorrentes da execução do projeto por Estado, Município ou Regiões de Saúde: - Indicar nominalmente as entidades beneficiárias, quando aplicável. (Referente item 3.1, "e.1" do Plano de Trabalho); e - Indicar o número de alunos que concluíram o curso ofertado, relacionando-os com a entidade beneficiaria e respectivo n° CNES, quando aplicável.(Referente ao Anexo VII, item 1.5 da Matriz de Planejamento, e item 3.1, "q", do Plano de Trabalho. - Indicar as atividades desenvolvidas quanto à disseminação da informação, de forma qualitativa e quantitativa (eventos, publicações técnico-científicas,boletins informativos, revistas, etc.), quando aplicável; - Apresentar a avaliação dos resultados obtidos junto aos beneficiários nas seguintes situações: - Avaliação pelos alunos (apresentação consolidada), em caso de projetos que envolvam capacitação de recursos humanos; - Avaliação do gestor local e /ou regional e diretor da instituição em caso de projetos que envolvam técnicas e operação de gestão em serviços de saúde; - Aceite do CEP/CONE na fase inicial, em caso de projetos que envolvam projetos de pesquisa de interesse público e estudos de avaliação e incorporação de tecnologia, quando aplicável. - Indicar a entrada de novos parceiros, se houver; - Indicar dificuldades relevantes encontradas durante a execução do projeto que impactaram direta e indiretamente no alcance das metas estabelecidas e se será necessária uma alteração no projeto em razão disso; - Mencionar outros resultados alcançados pelo projeto que não se enquadrem nas classificações anteriores; e - Descrever outras informações relevantes.

Data: ___/__/_____
Assinatura do Responsável
Anexo 10 do Anexo XCIII
MODELO PARA APRESENTAÇÃO DE RELATÓRIO ANUAL DE ATIVIDADES DO PROJETO REFERENTE AO PROADI-SUS (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Anexo 10)

Nome da Entidade de Saúde	
>Nº do Protocolo do projeto	
>Título do Projeto	

Período abrangido pelo Relatório		( ) 1° Semestre de _____ >( ) 1° e 2° Semestres de _____
>Nome do Coordenador do Projeto		
>Telefone para contato:		>E-mail:
>Sumário executivo		>Descrição sucinta do que foi realizado no período.
Manifestação do gestor local		Informar e anexar manifestação do gestor local do SUS quando aplicável.
>Execução do projeto	>1. Execução Física	>1.1 Anexar a Matriz de Planejamento do Plano de Trabalho (Anexo VII), preenchida com os valores das metas previstas e realizadas correspondente ao período do Relatório.
		1.1.1 Informar as metas e resultados alcançados no período. (Anexo VII, Matriz de Planejamento e item d.4, B.3, do Plano de Trabalho).
		1.1.2 Apresentar as justificativas no caso de não cumprimento das metas e dos resultados frente ao Plano de Trabalho pactuado.
		1.2. Anexar o Cronograma de Execução das Atividades (item B.4.1 do Anexo III), preenchida com os prazos das atividades previstas e executadas no período correspondente do Relatório.
		1.2.1 Informar se o projeto está cumprindo os prazos, conforme cronograma pactuado (item B.4.1 do Anexo III e item l.3, B.3, do Plano de Trabalho).
		1.2.2 Apresentar as justificativas no caso de não cumprimento do cronograma de execução das atividades frente ao Plano de Trabalho pactuado.
		1.3. Apresentar histórico do planejamento das metas físicas e atividades, informando se houver aditamento de prazo e/ou alteração no Plano de Trabalho, justificando os aditamentos ocorridos.
	>2. Execução Financeira	>2.1 Valor total executado (em R$).
		>2.2 Percentual do valor total executado em relação ao valor pactuado (%).
		>2.3 Apresentar Quadro resumo da execução financeira preenchido conforme abaixo:

>Descrição	>1º SEM	>%	>2º SEM	>%	>TOTA L	>%
>Valor Inicial (Termo de Ajuste) (A)						
(+/-) Valor do Aditivo >(Termo Aditivo ao Termo de Ajuste) (B)						
>Valor Atual do Projeto [(A) +(B)] = (C)						
>Valor Executado (D)						
>Saldo Financeiro [(C) - (D)] = (E)						

		2.4 Anexar Demonstrativo da Execução Financeira do Projeto (item 3.2 "c" do Anexo III) preenchido ao período correspondente do Relatório.
		2.4.1 Informar os principais itens de despesas correspondentes ao objeto do projeto e se foram executadas conforme o Plano de Trabalho pactuado, bem como justificar o valor executado excedente ao previsto.
		2.4.2 Informar se houve a inclusão de novos itens de despesas realizadas no período correspondente ao Relatório, que não foram contempladas no demonstrativo do item 2.4 e o seu respectivo valor.
		2.4.3 Apresentar as justificativas no caso de não cumprimento da execução financeira frente ao Plano de Trabalho pactuado.
		2.5 Anexar o Cronograma de Desembolo Financeiro das Atividades (B.4.2 - Anexo III) preenchido ao período correspondente do Relatório.
		2.5.1 Informar se o desembolso financeiro das Atividades executadas está de acordo com o previsto no Plano de Trabalho pactuado, bem como justificar o desembolso excedente ao previsto.
		2.6 Apresentar histórico do planejamento do financeiro, informando se houver aditamento da execução financeira e/ou alteração de Plano de Trabalho, justificando os aditamentos ocorridos.
		2.7 Apresentar as justificativas no caso de não cumprimento da execução financeira conforme previsto no Plano de Trabalho e no Cronograma de Desembolso Financeiro.
	3. Impactos até o >momento	3.1 Mencionar impactos (se houver) - descrição a partir do problema inicialmente considerado no projeto, e dos impactos para o desenvolvimento institucional do SUS.
Informações adicionais		- Descrever os efeitos regionais alcançados decorrentes da execução do projeto por Estado, Município ou Regiões de Saúde: - Indicar nominalmente as entidades beneficiárias, quando aplicável. (Referente item 3.1, "e.1" do Plano de Trabalho). - Indicar o número de alunos que concluíram o curso ofertado, relacionando-os com a entidade beneficiaria e respectivo n° CNES,quando aplicável. (Referente ao Anexo VII, item 1.5 da Matriz de Planejamento, e item 3.1, "q", do Plano de Trabalho). - Indicar as atividades desenvolvidas quanto à disseminação da informação, de forma qualitativa e quantitativa (eventos, publicações técnico-científicas, boletins informativos, revistas etc.), quando aplicável; - Apresentar a avaliação dos resultados obtidos junto aos beneficiários nas seguintes situações:
		- Avaliação pelos alunos (apresentação consolidada), em caso de projetos que envolvam capacitação de recursos humanos; - Avaliação do gestor local e /ou regional e diretor da instituição em caso de projetos que envolvam técnicas e operação de gestão em serviços de saúde; - Aceite do CEP/CONEna fase inicial, em caso de projetos que envolvam projetos de pesquisa de interesse público e estudos de avaliação e incorporação de tecnologia, quando aplicável.
		- Indicar a entrada de novos parceiros, se houver; - Indicar dificuldades relevantes encontradas durante a execução do projeto que impactaram direta e indiretamente no alcance das metas estabelecidas e se será necessária uma alteração no projeto em razão disso; - Mencionar outros resultados alcançados pelo projeto que não se enquadrem nas classificações anteriores; e - Descrever outras informações relevantes.

Data: ___/__/_____

Assinatura do Responsável

Anexo 11 do Anexo XCIII

MODELO PARA APRESENTAÇÃO DE RELATÓRIO FINAL DE ATIVIDADES DO PROJETO REFERENTE AO PROADI-SUS (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Anexo 11)

Nome da Entidade de Saúde		
Nº do Protocolo do projeto		
Título do Projeto		
Período abrangido pelo Relatório		( ) Ano I _____ ( ) Ano II _____ ( ) Ano III _____
Nome do Coordenador do Projeto		
Telefone para contato:		E-mail:
Sumário executivo		Descrição sucinta do que foi realizado no período total da execução do projeto.
Manifestação do gestor local		Informar e anexar manifestação do gestor local do SUS quando aplicável.
Execução do projeto	1. Execução Física	1.1 Anexar a Matriz de Planejamento do Plano de Trabalho (Anexo VII), preenchida com os valores das metas anuais previstas e realizadas e o total correspondente ao período da execução do projeto.
		1.1.1 Relatar a evolução das metas e resultados anuais alcançados e o total do período da execução do projeto. (Anexo VII, Matriz de Planejamento e item d.4, B.3, do Plano de Trabalho).
		1.1.2 Relatar e justificar o não cumprimento das metas e dos resultados frente ao Plano de Trabalho pactuado e informar as medidas corretivas durante o período de execução do projeto, visando ajustá-los.
		1.2 Anexar o Cronograma de Execução das Atividades (item B.4.1 do Anexo III), preenchido com os prazos das atividades anuais previstas e executadas no período total da execução do projeto.
		1.2.1 Informar se o projeto cumpriu os prazos, conforme cronograma pactuado (item B.4.1 do Anexo III e item l.3, B.3, do Plano de Trabalho).
		1.2.2 Relatar e justificar o não cumprimento do cronograma de execução das atividades frente ao Plano de Trabalho pactuado e informar as medidas corretivas durante o período de execução do projeto, visando ajustá-los.
		1.3. Relatar histórico do planejamento das metas físicas e atividades, informando se houver aditamento de prazo e/ou alteração no Plano de Trabalho, bem como as justificativas aos aditamentos ocorridos.
	2. Execução Financeira	2.1 Valor total executado (em R$).
		2.2 Percentual (%) do valor total executado em relação ao pactuado.
		2.3 Apresentar Quadro resumo da execução financeira preenchido conforme abaixo:

Descrição	ANO I	%	ANO II	%	ANO III	%	TOTAL	%
Valor Inicial (Termo de Ajuste) (A)								
(+/-) Valor do Aditivo (Termo Aditivo ao Termo de Ajuste) (B)								
Valor Atual do Projeto [(A) +(B)] = (C)								
Valor Executado (D)								
Saldo Financeiro [(C) - (D)] = (E)								

		2.4 Anexar o Demonstrativo da Execução Financeira do Projeto (item 3.2 "c" do Anexo III) preenchido anualmente ao período total do projeto.
		2.4.1 Relatar as justificativas no caso de não cumprimento da execução financeira frente ao Plano de Trabalho pactuado e, se houve, medidas implementadas durante o período de execução do projeto, visando ajustá-la.

		2.5 Anexar o Cronograma de Desembolo Financeiro das Atividades (B.4.2 - Anexo III) preenchido anualmente ao período total do projeto.
		2.5.1 Informar se o desembolso financeiro das Atividades executadas está de acordo com o previsto no Plano de Trabalho pactuado, bem como justificar o desembolso excedente ao previsto.
		2.6 Relatar histórico do planejamento do financeiro, informando se houver aditamento da execução financeira e/ou alteração de Plano de Trabalho, justificando os aditamentos ocorridos.
		2.7 Relatar as justificativas no caso de não cumprimento da execução financeira conforme previsto no Plano de Trabalho e no Cronograma de Desembolso Financeiro e, em sendo o caso, as medidas implementadas durante o período de execução do projeto, visando ajustá-los.
	3. Impactos até o momento	3.1 Mencionar impactos (se houver) - descrição a partir do problema inicialmente considerado no projeto, e dos impactos para o desenvolvimento institucional do SUS.
Informações adicionais		- Descrever os efeitos regionais alcançados decorrentes da execução total do projeto por Estado, Município ou Regiões de Saúde: - Indicar nominalmente as entidades beneficiárias, quando aplicável. (Referente item 3.1, "e.1" do Plano de Trabalho). - Indicar o número de alunos que concluíram o curso ofertado, relacionando-os com a entidade beneficiaria e respectivo n° CNES, quando aplicável.(Referente ao Anexo VII, item 1.5 da Matriz de Planejamento, e item 3.1, "q", do Plano de Trabalho.
		- Indicar as atividades desenvolvidas quanto à disseminação da informação, de forma qualitativa e quantitativa (eventos, publicações técnico-científicas, boletins informativos, revistas, etc.), quando aplicável.- Apresentar a avaliação dos resultados obtidos junto aos beneficiários nas seguintes situações: - Avaliação pelos alunos (apresentação consolidada), em caso de projetos que envolvam capacitação de recursos humanos;
		- Avaliação do gestor local e /ou regional e diretor da instituição em caso de projetos que envolvam técnicas e operação de gestão em serviços de saúde; - Aceite do CEP/CONEna fase inicial, em caso de projetos que envolvam projetos de pesquisa de interesse público e estudos de avaliação e incorporação de tecnologia, quando aplicável.- Indicar a entrada de novos parceiros, caso haja.
		- Indicar dificuldades relevantes encontradas durante a execução do projeto que impactaram direta e indiretamente no alcance das metas estabelecidas e se será necessária uma alteração no projeto em razão disso. - Mencionar outros resultados alcançados pelo projeto que não se enquadrem nas classificações anteriores.
		-Descrever outras informações relevantes. - Apresentar relatório técnico-científico contendo: a) Resumo estruturado (até 5.000 caracteres); b) Problema de pesquisa; c) Fundamentação teórica; d) Objetivos; e) Procedimentos metodológicos; f) Conjunto dos resultados obtidos; g) Discussão (interpretação dos resultados a partir da fundamentação teórica apresentada); h) Conclusões/Recomendações
		(implicação para gestão, impactos socioeconômicos, aplicabilidade no SUS); i) Referências.

Data: ___/__/_____

Assinatura do Responsável

Anexo 12 do Anexo XCIII

MODELO PARA ELABORAÇÃO DE PARECER TÉCNICO DOS RELATÓRIOS DE ATIVIDADES DOS PROJETOS (Origem: PRT MS/GM 2814/2014, Anexo 12)

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA _____ DEPARTAMENTO _____ COORDENAÇÃO-GERAL _____
SIPAR: inserir o nº SIPAR do Projeto (principal) INTERESSADO: inserir o hospital interessado
Análise do Relatório Anual de Atividades (Ano AAAA) Nome do Projeto de Apoio: Nº do Parecer:
PARECER TÉCNICO
PARECER TÉCNICO Nº "X" (inserir o nº do parecer técnico e a sigla da unidade administrativa: Coordenação-Geral/Departamento/Secretaria) Trata-se da análise do Relatório Anual de Atividades de "xxxx", registrado sob SIPAR 25000.000000/yyyy-00 e Relatório de Auditoria "xxxx", registrado sob SIPAR 25000.000000/yyyy-00, referente ao Projeto de Apoio ao PROADI-SUS ,"X"(inserir o nome do projeto)
1. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS Apresentar descrição resumida dos objetivos gerais e específicos do projeto pactuado com o Ministério, ressaltando se houve ou há necessidade de alterações nos objetivos inicialmente pactuados.
2. EXECUÇÃO DO PROJETO 2.1 Execução Física
A avaliação da execução deve tomar como base os objetivos, resultados, produtos e atividades, conforme o Plano de Trabalho do projeto aprovado e formalizado com o Ministério da Saúde. Caso o plano de trabalho inicialmente já tenha sido alterado por meio de algum termo aditivo, deve-se apresentar um histórico das duas versões pactuadas.
A avaliação da execução física apresentada no Relatório Anual de Atividades deve abordar as seguintes questões, analisando se foram apresentadas as devidas justificativas para o caso de não cumprimento daquilo que foi pactuado no projeto aprovado: a. As atividades foram executadas de acordo com o cronograma inicialmente e com a qualidade requerida/esperada?
b. Descrever as dificuldades e obstáculos encontrados na execução física. c. Descrever as principais conquistas e avanços obtidos com a execução física obtida. d. O projeto atingiu seus objetivos? e. O projeto atingiu suas metas físicas (resultados e produtos)?
f. Relatar se houve ou se haverá necessidade de reprogramação do cronograma de atividades, sem impactar nos objetivos e/ou resultados finais esperados. g. Informar se houve ou se haverá necessidade de alteração do plano de trabalho; h. Informar se houve ou se haverá necessidade de aditivo de prazo (observar nos projetos com prazo inferior a três anos)
2.2 Execução Financeira A execução financeira do projeto é apresentada por meio de dois relatórios inter-relacionados: o Relatório Anual de Atividades e o Relatório de Auditoria Independente da execução do projeto
O Relatório Anual de Atividades deve apresentar a execução financeira comparativamente à execução física, sendo importante verificar a correlação entre a execução financeira e a execução física. O Relatório de Auditoria Independente demonstra a opinião dos auditores quanto à prestação de contas do projeto, se ela apresenta adequadamente os gastos incorridos pelo hospital no respectivo exercício financeiro, de acordo com os registros contábeis do hospital, devendo estar claro que esses gastos foram auditados pela empresa de Auditoria Independente.
Na análise da execução financeira, deve-se atentar às seguintes questões: a. Os gastos estão discriminados e comprovados no Relatório de Auditoria Independente?
b. Há necessidade de maior especificação e/ou comprovação das despesas apresentadas no orçamento consolidado? É importante que as despesas estejam suficientemente especificadas e comprovadas, quer seja no orçamento consolidado, quer seja na forma de informações adicionais, devendo-se considerar como critério de relevância para a especificação/comprovação, a magnitude dos gastos de cada item de despesa
Caso as despesas não estejam adequadamente especificadas e comprovadas, a área técnica poderá solicitar ao hospital quaisquer informações e diligências necessárias. Ao final, deve-se apresentar um breve resumo da situação da execução financeira com relação ao previsto no plano de trabalho, ressaltando a ocorrência de aditivos financeiros
Resumo da execução financeira: Valor anual aprovado (projeto inicial): R$ Valor anual aprovado (projeto aditado): R$
Valor executado apresentado (relatório anual de atividades): R$ Valor executado apresentado (relatório de auditoria): R$ Valor executado aprovado: R$
3. RESUMO DAS RECOMENDAÇÕES E PENDÊNCIAS Nesse item devem constar todas as diligências levantadas no item anterior e que devem ser atendidas pelo hospital com vistas à emissão de parecer conclusivo
Caso trate-se de um parecer em prosseguimento a um primeiro parecer de diligência, deve-se informar se as diligências anteriormente apontadas foram respondidas pelo hospital. 4. INFORMAÇÕES ADICIONAIS
a. Informar e anexar à manifestação do gestor local do SUS quando aplicável. (Observação: sempre que o projeto envolver prestação de serviços ao gestor local, deve-se solicitar do Hospital a juntada do aceite do gestor local); b. Aprovação do Sistema CEP/CONEP; c. Outros.
5. CONCLUSÃO DO PARECER Na conclusão, deve estar claro se o presente trata-se de parecer conclusivo (final) ou de parecer de diligência
PARECER DE DILIGÊNCIA (se for o caso) Caso se trate de parecer de diligência, sugere-se o texto abaixo: "Diante do exposto, sugere-se o atendimento das recomendações/pendências apresentadas no item 3, com vistas à emissão de parecer conclusivo."
PARECER CONCLUSIVO (se for o caso) PARECER FAVORÁVEL (de aprovação sem restrições ou ressalvas) Caso se trate de parecer conclusivo, se este for favorável, sugerem-se os textos abaixo:
"Diante do exposto, o projeto executou o percentual de "X"% do valor previsto para o ano e "Y"% do previsto para o triênio (é recomendável considerar o valor apresentado no Relatório de Auditoria Independente), estando essa execução financeira de acordo com a execução das metas físicas."

"Tendo em vista as informações contidas nos relatórios apresentados, esta Coordenação-Geral sugere parecer FAVORÁVEL ao Relatório Anual de Atividades de "xxxx" (ano de referência dos relatórios), bem como à execução financeira de R$ XXX.XXX,XX; conforme ratificado pelo Relatório de Auditoria Independente." PARECER DESFAVORÁVEL (de reprovação dos relatórios de prestação de contas)
Caso a Coordenação-Geral seja desfavorável à aprovação do Relatório Anual, deve justificar e demostrar que foi respeitado o princípio do contraditório e da ampla defesa, tendo realizado todas as diligências possíveis junto ao hospital. 6. RESPONSÁVEIS
Nome e Qualificação do Técnico De Acordo: Nome e Qualificação do Coordenador e identificação da Coordenação
De Acordo. Encaminhe-se ao Departamento "X" para conhecimento e se de acordo dar prosseguimento à Secretaria-Executiva com vistas ao DESID/SE para providências cabíveis. Nome e Qualificação do Coordenador-Geral e identificação Coordenação-Geral
De acordo. Encaminhe-se ao Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID-SE) para conhecimento e providências. Nome e Qualificação do Diretor e identificação do Departamento

Anexo XCIV

ESTRATÉGIAS DE AÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL PARA QUALIFICAÇÃO, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM EQUIPAMENTOS E MATERIAIS DE USO EM SAÚDE NO COMPLEXO INDUSTRIAL DA SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 375/2008, Anexo 1)

ESTRATÉGIAS DE AÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL PARA QUALIFICAÇÃO, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM EQUIPAMENTOS E MATERIAIS DE USO EM SAÚDE NO COMPLEXO INDUSTRIAL DA SAÚDE:

As estratégias do Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde, consistem no apoio, fomento e execução de ações e projetos voltados às áreas de:

I - Fomento ao Desenvolvimento Tecnológico, Produção e Inovação;

II - Regulação (em parceria com a Anvisa e o Inmetro);

III - Cooperação Técnica e Econômica;

IV - Compras Governamentais; e

V - Atração de Investimentos.

1 - Fomento ao Desenvolvimento Tecnológico, Produção e Inovação (em parceria com o BNDES e FINEP):

Apoio a programas e projetos de apoio tecnológico ao setor produtivo quanto a:

- obtenção de certificações internacionais e superação de barreiras técnicas, visando à exportação;
- adequação de produtos a normas técnicas;
- adequação de processos produtivos; e
- ampliação da capacidade de diferenciação de produtos e inovação de processos.

Rede de Integração de tecnologias utilizadas em produtos médicos objetivando:

- monitorar as demandas tecnológicas do setor de produtos médicos e identificar em outros setores industriais quem pode suprir tais demandas; e
- apoiar projetos entre empresas fornecedoras e ICT's, para integração de tecnologias visando ao desenvolvimento de novos produtos e processo produtivos.

Estimular a formação e a capacitação de recursos humanos na área de Engenharia Biomédica:

- Gestão da P, D & I;
- Segurança e Gerenciamento de Riscos em Tecnologia Médica;
- Boas Práticas de Fabricação de Produtos Médicos;
- Avaliação Tecnológica de Produtos Médicos;
- Certificação, Ensaios e Qualificação Produtos Médicos;
- Treinamento em Operação e Segurança de Equipamentos Médico-Hospitalares; e
- Gerenciamento da Inovação de Tecnologias Médicas. Estabelecer mecanismos e programas para transferência de tecnologias estratégicas ao SUS:
- mapeamento das tecnologias estratégicas ao SUS;
- identificação e consolidação de parcerias estratégicas com institutos de tecnologia no Brasil e no exterior;
- estimular a implantação de centros de P,D&I no País; e
- fomentar programas e projetos que objetivem a transferência de tecnologias a empresas brasileiras.

2 - Regulação (em parceria com a Anvisa e o Inmetro): Ampliar a capacidade laboratorial para:

- equipamentos de radiodiagnóstico;
- compatibilidade eletromagnética de equipamentos médicos;
- segurança e desempenho de equipamentos médicos; e
- implantes ortopédicos.

Normalização de Produtos Médicos:

- internalização de normas técnicas internacionais aplicáveis a produtos médicos;
- acompanhamento do desenvolvimento de normas técnicas internacionais;
- uso da certificação Inmetro como instrumento para a garantia da qualidade de produtos de uso em saúde; e
- promover condições para que as empresas operem em conformidade com os regulamentos da Anvisa.

3 - Cooperação Técnica e Econômica:

- firmar termo de cooperação técnica com instituições internacionais visando à formação de recursos humanos e transferência de tecnologia; e
- articular com BNDES, FINEP e outros bancos oficiais, programas para o setor de equipamentos e materiais de uso em saúde.

4 - Compras Governamentais:

- avaliação do modelo de Tratamento Especial e Diferenciado para Países em Desenvolvimento - TED, em especial a compensação comercial, industrial ou tecnológica nas compras governamentais civis (OFFSET) em licitações internacionais; e
- estabelecer políticas e mecanismos para "Encomendas Tecnológicas" de produtos estratégicos.

5 - Atração de Investimentos:

- definir uma política para a atração de investimentos com base em modelos internacionais de sucesso;
- mapeamento dos países mais atrativos para investimento nos diversos segmentos do complexo produtivo;
- levantamento dos fundos internacionais (investimentos, subvenções, venture capital, seed money, joint venture, offset, etc.); e
- estimular o uso das Leis do Bem e da Inovação e identificar possibilidades de se desenvolver outros mecanismos de subvenção para o setor produtivo.

Anexo XCV

DOS CRITÉRIOS PARA A DEFINIÇÃO DA LISTA DE PRODUTOS ESTRATÉGICOS PARA O SUS E DO ESTABELECIMENTO DAS PARCERIAS PARA O DESENVOLVIMENTO PRODUTIVO (PDP) E DOS RESPECTIVOS PROCESSOS DE SUBMISSÃO, INSTRUÇÃO, DECISÃO, TRANSFERÊNCIA E ABSORÇÃO DE TECNOLOGIA, AQUISIÇÃO DE PRODUTOS ESTRATÉGICOS PARA O SUS NO ÂMBITO DAS PDP E O RESPECTIVO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 2531/2014)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, CAPÍTULO I)

Art. 1º Ficam estabelecidos as diretrizes e os critérios para a definição da lista de produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) e disciplina os respectivos processos de submissão, instrução, decisão, transferência e absorção de tecnologia, aquisição de produtos estratégicos para o SUS no âmbito das PDP e o respectivo monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 1º)

Art. 2º Para efeitos deste Anexo, são adotados os seguintes conceitos: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 2º)

I - Parceria para o Desenvolvimento Produtivo (PDP): parcerias que envolvem a cooperação mediante acordo entre instituições públicas e entre instituições públicas e entidades privadas para desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia, produção, capacitação produtiva e tecnológica do País em produtos estratégicos para atendimento às demandas do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 2º, I)

II - produtos estratégicos para o SUS: produtos necessários ao SUS para ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, com aquisições centralizadas ou passíveis de centralização pelo Ministério da Saúde e cuja produção nacional e de seus insumos farmacêuticos ativos ou componentes tecnológicos críticos são relevantes para o CEIS; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 2º, II)

III - lista de produtos estratégicos para o SUS: relação de produtos estratégicos para o SUS que define as prioridades anuais para a apresentação de propostas de projeto de PDP; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 2º, III)

IV - Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS): sistema produtivo da saúde que contempla as indústrias farmacêuticas, de base química e biotecnológica, os produtos para a saúde, tais como equipamentos e materiais, e os serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 2º, IV)

V - instituição pública: órgão ou entidade da Administração Pública, Direta ou Indireta, de uma das três esferas do governo, que atue em pesquisa, desenvolvimento ou produção de medicamentos, soros, vacinas ou produtos para a saúde; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 2º, V)

VI - entidade privada: pessoa jurídica de direito privado, não integrante da Administração Pública, Direta ou Indireta, que seja detentora, desenvolvedora, possua licença da tecnologia a ser transferida ou que seja responsável pela produção de uma etapa da cadeia produtiva no País; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 2º, VI)

VII - núcleo tecnológico: conjunto de conhecimentos tecnológicos que capacita seu detentor a reproduzir, desenvolver, aprimorar e transferir a tecnologia dos produtos objetos de PDP; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 2º, VII)

VIII - inovação: introdução de novidade ou aperfeiçoamento no ambiente produtivo ou social que resulte em novos produtos, processos ou serviços; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 2º, VIII)

IX - verticalização: conjunto de etapas, unidades e sistemas produtivos que determinam o grau de internalização da cadeia produtiva do produto objeto de PDP no País; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 2º, IX)

X - Insumo Farmacêutico Ativo (IFA): substância química ou biológica ativa, fármaco, droga ou matéria-prima que tenha propriedades farmacológicas com finalidade medicamentosa, utilizada para diagnóstico, prevenção ou tratamento, empregada para modificar ou explorar sistemas fisiológicos ou estados patológicos, em benefício do paciente, cuja produção seja importante para o domínio do núcleo tecnológico pelo País no âmbito do CEIS; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 2º, X)

XI - componente tecnológico crítico: insumo, produto ou processo da cadeia produtiva das indústrias de produtos em saúde, de uso preventivo, terapêutico e diagnóstico, cuja produção seja importante para o domínio do núcleo tecnológico pelo País no âmbito do CEIS; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 2º, XI)

XII - portabilidade tecnológica: capacidade técnica e gerencial de transferência de determinada tecnologia pela entidade privada ou instituição pública que a detém para outra instituição pública; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 2º, XII)

XIII - Processo Produtivo Básico (PPB): conjunto mínimo de operações no estabelecimento produtor que caracteriza a efetiva industrialização de determinado produto; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 2º, XIII)

XIV - termo de compromisso: documento firmado entre a instituição pública, que se responsabiliza pelo investimento, desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia de produtos estratégicos para o SUS, e o Ministério da Saúde, que se responsabiliza pela aquisição dos produtos objetos da PDP, contendo em anexo declaração de concordância com o referido documento subscrita pelos parceiros privados; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 2º, XIV)

XV - internalização da tecnologia: finalização do processo de desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia objeto da PDP pela instituição pública, tornando-a detentora de todas as informações que garantam o domínio tecnológico e apta à portabilidade tecnológica para o atendimento das demandas do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 2º, XV)

Art. 3º São objetivos das PDP: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 3º)

I - ampliar o acesso da população a produtos estratégicos e diminuir a vulnerabilidade do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 3º, I)

II - reduzir as dependências produtiva e tecnológica para atender as necessidades de saúde da população brasileira a curto, médio e longo prazos, seguindo os princípios constitucionais do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 3º, II)

III - racionalizar o poder de compra do Estado, mediante a centralização seletiva dos gastos na área da saúde, com vistas à sustentabilidade do SUS e à ampliação da produção no País de produtos estratégicos; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 3º, III)

IV - proteger os interesses da Administração Pública e da sociedade ao buscar a economicidade e a vantajosidade, considerando-se preços, qualidade, tecnologia e benefícios sociais; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 3º, IV)

V - fomentar o desenvolvimento tecnológico e o intercâmbio de conhecimentos para a inovação no âmbito das instituições públicas e das entidades privadas, contribuindo para o desenvolvimento do CEIS e para torná-las competitivas e capacitadas; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 3º, V)

VI - promover o desenvolvimento e a fabricação em território nacional de produtos estratégicos para o SUS; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 3º, VI)

VII - buscar a sustentabilidade tecnológica e econômica do SUS a curto, médio e longo prazos, com promoção de condições estruturais para aumentar a capacidade produtiva e de inovação do País, contribuir para redução do déficit comercial do CEIS e garantir o acesso à saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 3º, VII)

VIII - estimular o desenvolvimento da rede de produção pública no País e do seu papel estratégico para o SUS. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 3º, VIII)

CAPÍTULO II

DA LISTA DE PRODUTOS ESTRATÉGICOS PARA O SUS

(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, CAPÍTULO II)

Art. 4º A lista de produtos estratégicos para o SUS é composta por produtos pertencentes aos seguintes grupos: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 4º)

I - Grupo 1: fármacos; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 4º, I)

II - Grupo 2: medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 4º, II)

III - Grupo 3: adjuvantes; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 4º, III)

IV - Grupo 4: hemoderivados e hemocomponentes; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 4º, IV)

V - Grupo 5: vacinas; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 4º, V)

VI - Grupo 6: soros; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 4º, VI)

VII - Grupo 7: produtos biológicos ou biotecnológicos de origem humana, animal ou recombinante; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 4º, VII)

VIII - Grupo 8: produtos para a saúde, tais como equipamentos e materiais de uso em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 4º, VIII)

IX - Grupo 9: produtos para diagnóstico de uso "in vitro"; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 4º, IX)

X - Grupo 10: "software" embarcado no dispositivo médico ou utilizado na transmissão de dados em saúde, na recuperação, reconstrução e processamento de sinais e imagens ou na comunicação entre dispositivos. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 4º, X)

Parágrafo Único. Poderão ser incluídos na lista de produtos estratégicos para o SUS os produtos e bens que compõem os programas estratégicos desenvolvidos no âmbito do Ministério da Saúde, ainda que não previstos nos grupos de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 5º O Ministério da Saúde definirá, anualmente, a lista de produtos estratégicos para o SUS em conformidade com as recomendações expedidas pelo Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (GECIS). (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 5º)

§ 1º A lista de que trata o "caput" será editada por ato do Ministro de Estado da Saúde e observará o disposto nos arts. 4º e 6º do Anexo XCV . (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O Ministério da Saúde poderá efetuar consultas específicas a órgãos e entidades, públicas e privadas, além de especialistas no tema, e consultas públicas antes de definir a lista de produtos estratégicos para o SUS, sem prejuízo das recomendações expedidas pelo GECIS, conforme disciplinado no Decreto nº 7.807, de 17 de setembro de 2012. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º A lista de produtos estratégicos de que trata o art. 5º será definida considerando-se: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 6º)

I - necessariamente os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 6º, I)

a) importância do produto para o SUS, conforme as políticas e os programas de promoção, prevenção e recuperação da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 6º, I, a)

b) aquisição centralizada do produto pelo Ministério da Saúde ou passível de centralização; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 6º, I, b)

c) interesse de produção nacional do produto e de seus insumos farmacêuticos ativos ou componentes tecnológicos críticos relevantes para o CEIS; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 6º, I, c)

II - adicionalmente pelo menos um dos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 6º, II)

a) alto valor de aquisição para o SUS; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 6º, II, a)

b) dependência expressiva de importação do produto para os programas e ações de promoção, prevenção e assistência à saúde no âmbito do SUS nos últimos 3 (três) anos; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 6º, II, b)

c) incorporação tecnológica recente no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 6º, II, c)

d) produto negligenciado ou com potencial risco de desabastecimento. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 6º, II, d)

§ 1º Sem prejuízo do disposto no "caput", o Ministro de Estado da Saúde poderá alterar, a qualquer tempo, a lista de produtos estratégicos para o SUS, de forma justificada, após consulta ao GECIS. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 6º, § 1º)

§ 2º O potencial risco de desabastecimento, de que trata a alínea "d" do inciso II, estará configurado quando existir registro de desabastecimento no país justificado pela área finalística do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 6º, § 2º)

§ 3º O produto estratégico para o SUS que seja objeto de processo de transferência de tecnologia no âmbito de PDP em curso constará no portal do Ministério da Saúde e somente será contemplado na definição anual da lista de produtos estratégicos para o SUS se for possível a execução de nova PDP relativa ao mesmo produto, considerando-se as propostas de projeto de PDP anteriormente aprovadas. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 6º, § 3º)

Art. 7º Os produtos estratégicos para o SUS poderão ser objeto de medidas e iniciativas voltadas para pesquisa, desenvolvimento, transferência de tecnologia, inovação e produção nacional, com a finalidade de contribuir para o fortalecimento do CEIS e para ampliação do seu acesso pela população. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 7º)

Art. 8º A lista de produtos estratégicos para o SUS encontra-se no portal do Ministério da Saúde, disponível por meio do endereço eletrônico www.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 8º)

CAPÍTULO III

DOS SUJEITOS PARTICIPANTES DA PDP

(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, CAPÍTULO III)

Art. 9º Os sujeitos participantes da PDP poderão ser: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 9º)

I - instituição pública, individualmente ou conjuntamente a outras instituições públicas, com vistas a possibilitar segurança, portabilidade tecnológica, agilidade e dinamicidade no processo de pesquisa, desenvolvimento, absorção tecnológica e inovação; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 9º, I)

II - entidade privada, individualmente ou conjuntamente a outras entidades privadas, com vistas a possibilitar segurança, portabilidade tecnológica, agilidade e dinamicidade no processo de transferência de tecnologia. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 9º, II)

CAPÍTULO IV

DO PROCESSO

(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 10. O processo para o estabelecimento de PDP possui as seguintes fases: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 10)

I - proposta de projeto de PDP: fase de submissão e análise da viabilidade da proposta e, em caso de aprovação, celebração do termo de compromisso entre o Ministério da Saúde e a instituição pública; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 10, I)

II - projeto de PDP: início da fase de implementação da proposta de projeto de PDP aprovada e do termo de compromisso; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 10, II)

III - PDP: início da fase de execução do desenvolvimento do produto, transferência e absorção de tecnologia de forma efetiva e celebração do contrato de aquisição do produto estratégico entre o Ministério da Saúde e a instituição pública; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 10, III)

IV - internalização de tecnologia: fase de conclusão do desenvolvimento, transferência e absorção da tecnologia objeto da PDP em condições de produção do produto objeto de PDP no País e portabilidade tecnológica por parte da instituição pública. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 10, IV)

Parágrafo Único. O fluxograma do processo de estabelecimento das PDP está previsto no portal do Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 10, Parágrafo Único)

Seção I

Da Proposta de Projeto de PDP

(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, CAPÍTULO IV, Seção I)

Art. 11. A proposta de projeto de PDP será elaborada considerando-se a lista vigente de produtos estratégicos para o SUS. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 11)

Parágrafo Único. A proposta de projeto PDP seguirá o modelo de projeto executivo previsto no portal do Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 12. A proposta de projeto de PDP será apresentada por meio de expediente físico pela instituição pública ao Ministério da Saúde, especificamente à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS). (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 12)

Art. 13. A proposta de projeto de PDP deverá ser formalizada pela instituição pública junto à SCTIE/MS entre 1º de janeiro e 30 de abril. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 13)

§ 1º Esclarecimentos em relação à elaboração da proposta de projeto de PDP poderão ocorrer por meio de reuniões técnicas, e-mail ou expedientes físicos entre as instituições públicas e entidades privadas e o Ministério da Saúde a qualquer tempo, exceto durante o período de análise das propostas e de recursos administrativos.(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 13, § 1º)

§ 2º Os resultados das avaliações das propostas de projeto de PDP serão divulgados nas reuniões do GECIS realizadas após o período de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 13, § 2º)

§ 3º O calendário anual de reuniões do GECIS será divulgado concomitantemente com a divulgação da lista de produtos estratégicos para o SUS, devendo a pauta das reuniões do GECIS ser divulgada com antecedência mínima de 7 (sete) dias da realização da reunião. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 13, § 3º)

§ 4º Em caso de propostas de projeto de PDP apresentadas no mesmo período e que versem sobre o mesmo produto estratégico para o SUS, a sua avaliação será feita de forma conjunta e respectivos resultados divulgados simultaneamente. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 13, § 4º)

§ 5º É facultada a abertura de novo período para apresentação de propostas de projeto de PDP, mediante divulgação no portal eletrônico do Ministério da Saúde, em caso excepcional de relevante interesse de saúde pública e de forma justificada pelo Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 13, § 5º)

Subseção I

Das Diretrizes e dos Requisitos para a Elaboração de Proposta de Projeto de PDP

(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, CAPÍTULO IV, Seção I, Subeção I)

Art. 14. A elaboração de proposta de projeto de PDP observará as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14)

I - quanto aos sujeitos participantes, serão indicadas de forma pormenorizada: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, I)

a) a instituição pública responsável pela absorção da tecnologia e fabricação do produto ao final da fase de internalização de tecnologia da PDP; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, I, a)

b) a entidade privada detentora ou desenvolvedora da tecnologia do produto, que será responsável pela transferência da tecnologia à instituição pública; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, I, b)

c) a instituição pública ou entidade privada desenvolvedora nacional e produtora local do insumo farmacêutico ativo (IFA) ou componente tecnológico crítico; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, I, c)

d) a motivação para a escolha das entidades privadas participantes da PDP pelas instituições públicas; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, I, d)

II - quanto ao objeto, será informado: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, II)

a) os produtos constantes da lista de produtos estratégicos para o SUS que serão objeto do desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia do produto objeto da PDP; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, II, a)

b) as especificações dos produtos que serão objeto do desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia do produto objeto da PDP, conforme definido em ato do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, II, b)

c) o prazo de vigência da PDP e o cronograma de sua implementação, observadas as disposições deste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, II, c)

III - quanto à propriedade intelectual: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, III)

a) a pesquisa, o desenvolvimento e a fabricação dos produtos a serem adquiridos no âmbito da PDP seguirão a legislação vigente; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, III, a)

b) devem ser informados os números dos documentos das patentes concedidas ou em processamento no país, relacionados à produção e transferência de tecnologia do produto objeto de PDP, indicando seus respectivos titulares e a sua vigência; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, III, b)

IV - quanto aos cronogramas do projeto executivo: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, IV)

a) o prazo de vigência da PDP será proposto de acordo com a complexidade tecnológica para a internalização da tecnologia no País, respeitado o limite máximo de 10 (dez) anos; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, IV, a)

b) as atividades prévias ao registro do produto na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), referentes à implementação do projeto de PDP, constarão do cronograma, detalhando-se os prazos previstos para a conclusão e os responsáveis pela execução de cada item do cronograma; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, IV, b)

c) o cronograma apresentado para as fases de estabelecimento de PDP deve ser detalhado, contendo cronogramas físico e financeiro compatíveis com a evolução das atividades e com a necessidade dos recursos, atendendo-se, no mínimo, aos itens apontados no modelo de projeto executivo; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, IV, c)

d) identificação do início de cada uma das fases do processo de estabelecimento da PDP e respectivas atividades; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, IV, d)

V - quanto à documentação para registro e certificação: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, V)

a) os registros do produto objeto da PDP pela instituição pública e entidade privada na ANVISA e as alterações pós-registro constarão no cronograma da PDP para desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia, com indicação da Resolução da ANVISA a ser seguida a depender do produto; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, V, a)

b) o cronograma de obtenção do registro ou renovação de licenças e certificados, quando aplicável, incluindo-se o Certificado de Boas Práticas de Fabricação (CBPF), junto à ANVISA será apresentado no projeto executivo para cada sujeito participante público e privado; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, V, b)

VI - quanto ao grau de integração produtiva: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VI)

a) previsão da internalização da tecnologia pela instituição pública; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VI, a)

b) em caso de utilização, no início do projeto, de IFA ou de componente tecnológico crítico internacional, devem ser apontados os fabricantes e locais de fabricação; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VI, b)

c) demonstração de que a entidade privada praticará um grau de integração produtiva em território nacional pertinente com a produção nacional do produto objeto da PDP, sendo que: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VI, c)

1. para produtos de síntese química e síntese mista, o projeto deve contemplar a verticalização nacional de etapas produtivas significativas para o parque produtivo nacional farmoquímico e a garantia de acesso da instituição pública ao conhecimento tecnológico, incluindo-se o Arquivo Mestre da Droga (AMD); (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VI, c, 1)

2. para produtos biológicos, obrigatoriedade de garantia da transferência do Banco de Células Mestre além dos conhecimentos tecnológicos requeridos para produção do produto no País; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VI, c, 2)

3. para produtos em saúde, o projeto deve contemplar a produção do componente tecnológico crítico, aplicando-se, no que couber, as regras de origem ou o PPB, respeitando-se, quando for o caso, a dificuldade para a produção no País de componentes de uso não específico para a área da saúde como, por exemplo, os componentes microeletrônicos; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VI, c, 3)

d) garantia de acesso ao conhecimento integral da tecnologia objeto de PDP a ser transferida por meio de processos de capacitação no País e, quando aplicável, no exterior; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VI, d)

VII - quanto ao processo de produção: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VII)

a) o projeto deve proporcionar o desenvolvimento do CEIS e apresentar as condições para tornar a instituição pública apta a produzir o produto objeto da PDP; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VII, a)

b) deverá ser apresentado o fluxo de produção planejado detalhadamente, envolvendo-se, no que se refere à infraestrutura: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VII, b)

1. a estrutura física necessária, com indicação se as plantas produtivas dos parceiros envolvidos possuem projetos de investimento; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VII, b, 1)

2. as condições apropriadas para execução do projeto, englobando-se instalações, procedimentos, processos e recursos organizacionais; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VII, b, 2)

3. quando necessárias adequações na infraestrutura, serão especificados pela instituição pública, no projeto executivo, os recursos necessários, os valores orçados e a previsão de conclusão dos investimentos críticos para a viabilização da PDP por parte de todos os parceiros; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VII, b, 3)

c) os equipamentos necessários para o processo de produção e controle de qualidade do produto e dos insumos serão descritos no projeto executivo da PDP, informando-se a capacidade nominal, se os parceiros já possuem os referidos equipamentos ou previsão de sua aquisição e a previsão de gastos com o respectivo detalhamento sobre as fontes de recursos; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VII, c)

d) os recursos humanos necessários para execução do processo de gestão, de desenvolvimento e absorção tecnológica e garantia da qualidade do projeto serão relacionados, indicando-se o número, a formação e a qualificação necessária; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VII, d)

VIII - quanto à proposta de preço de venda e estimativa da capacidade de oferta: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VIII)

a) serão apresentadas propostas com os valores unitários anuais em termos nominais e a capacidade de oferta anual do produto para o período do projeto; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VIII, a)

b) os preços propostos serão compatíveis com os praticados pelo SUS e, quando necessário, aos preços de mercados internacionais dos países contemplados pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), considerando os princípios da econonomicidade e da vantajosidade; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VIII, b)

c) serão apresentados preços em escala decrescente dos valores, em bases reais, que serão consideradas em função da variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) ou índices setoriais de preços e, no que couber, a taxa de variação cambial, respeitando a regulação da CMED; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VIII, c)

d) para a proposta de preços e estimativa da capacidade de oferta, serão utilizadas como fonte de dados: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VIII, d)

1. os preços médios praticados pela Administração Pública e registrados nos bancos de dados oficiais, quais sejam o Banco de Preço em Saúde (BPS) e o Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG); (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VIII, d, 1)

2. o preço praticado na última aquisição do produto pelo Ministério da Saúde, conforme extratos publicados no Diário Oficial da União (DOU), no caso de ser produto de aquisição centralizada; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VIII, d, 2)

3. o valor de repasse estabelecido em portaria específica do Ministério da Saúde ou os valores unitários definidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, utilizando-se, como referência, o período de 1 (um) ano anterior à apresentação da proposta de projeto de PDP no caso de produtos de aquisição não centralizada; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VIII, d, 3)

4. as atas de registros de preços do endereço eletrônico do Portal de Compras do Governo Federal e os sistemas nacionais de informações de saúde do SUS, para os demais produtos de aquisição não centralizada; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VIII, d, 4)

5. os preços médios praticados no mercado e registrados nos bancos de dados oficiais nacionais e internacionais e utilizados pela Administração Pública, tais como o Sistema de Acompanhamento de Mercado de Medicamentos (SAMMED) da CMED, o Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde (SOMASUS) do Ministério da Saúde, o Fundo Rotatório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Fundo Global de Luta contra AIDS, Tuberculose e Malária; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VIII, d, 5)

6. os preços definidos pela CMED, de acordo com a legislação vigente; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VIII, d, 6)

7. os preços médios praticados no mercado internacional de países contemplados pela CMED para definição de preços de entrada de novos produtos, quando se tratar de produtos inovadores; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VIII, d, 7)

e) para produtos com prazo de expiração de patente a ocorrer durante as fases do projeto executivo, será apresentado estudo com as projeções de redução de preços compatíveis com o novo patamar de mercado; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, VIII, e)

IX - quanto ao balanço de divisas, será avaliado pela instituição pública proponente o impacto da importação do produto acabado, insumos farmacêuticos ativos, componentes tecnológicos críticos e intermediários, apresentando-se o balanço de divisas e a economia de divisas anual estimada durante as fases de estabelecimento da PDP, informando-se a metodologia de cálculo utilizada; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, IX)

X - quanto à análise de risco da PDP, a instituição pública proponente a apresentará conforme modelo de projeto executivo previsto no portal do Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, X)

XI - quanto aos investimentos necessários para concretização do projeto, estes serão factíveis à capacidade e fonte de financiamento informadas. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, XI)

§ 1º Em relação aos sujeitos participantes da PDP de que trata o inciso I do "caput", serão apresentadas cópias dos seguintes documentos comprobatórios: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, § 1º)

I - do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ); (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, § 1º, I)

II - do endereço da planta produtiva; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, § 1º, II)

III - do alvará sanitário; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, § 1º, III)

IV - da autorização de funcionamento e/ou autorização especial de funcionamento; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, § 1º, IV)

V - do CBPF ou relatório de inspeções sanitárias com a comprovação de condições de fabricação; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, § 1º, V)

VI - termo de aprovação emitido pela vigilância sanitária local do projeto de construção, ampliação e/ou reforma da estrutura física; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, § 1º, VI)

VII - registro sanitário do produto objeto da PDP concedido pela ANVISA em nome dos sujeitos participantes da PDP. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, § 1º, VII)

§ 2º Caso não seja possível a apresentação dos documentos elencados nos termos do § 1º com a proposta de projeto de PDP, deverão ser apresentados o cronograma para sua obtenção junto aos órgãos e entidades competentes e justificativas fundamentadas, de acordo com o processo de investimento, de desenvolvimento, absorção e transferência de tecnologia, para fins de análise das instâncias de avaliação da proposta. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, § 2º)

§ 3º Os sujeitos participantes de que trata o inciso I do "caput" firmarão declaração conjunta de concordância com todos os termos da proposta de projeto de PDP apresentada, inclusive em relação às informações contidas no projeto executivo, a qual também constará do rol de documentos que compõe a citada proposta.(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, § 3º)

§ 4º As condições de usos adicionais do Banco de Células Mestre referentes ao produto objeto de PDP poderão ser definidas mediante acordo entre os sujeitos participantes da PDP. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 14, § 4º)

Subseção II

Das Instâncias de Avaliação da Proposta de Projeto de PDP

(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, CAPÍTULO IV, Seção I, Subeção II)

Art. 15. A análise e a avaliação da proposta de projeto de PDP serão realizadas pelas Comissões Técnicas de Avaliação e pelo Comitê Deliberativo. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 15)

Art. 16. Compete às Comissões Técnicas de Avaliação: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 16)

I - emitir relatório quanto à proposta de projeto de PDP; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 16, I)

II - sugerir prazos, critérios e condicionantes específicos para execução do projeto de PDP; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 16, II)

III - avaliar o grau de integração produtiva em território nacional proposto para a produção nacional do produto; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 16, III)

IV - avaliar a economicidade e vantajosidade da proposta de projeto de PDP; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 16, IV)

V - verificar se os prazos do desenvolvimento e absorção tecnológica, incluindo-se as etapas regulatórias, são compatíveis com o cronograma proposto; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 16, V)

VI - avaliar a possibilidade e a viabilidade de execução de mais de uma PDP relativas ao mesmo produto, visando-se estimular a concorrência e diminuir a vulnerabilidade do SUS, indicando, quando for o caso, a factibilidade de mais de um projeto por produto, seja por questões sanitárias, de escala técnica, econômica ou pelos investimentos requeridos; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 16, VI)

VII - outras competências que lhe foram atribuídas nos termos deste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 16, VII)

Art. 17. As Comissões Técnicas de Avaliação serão compostas por membros dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 17)

I - do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 17, I)

a) 1 (um) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 17, I, a)

b) 1 (um) de cada Secretaria cujas competências estejam relacionadas ao objeto da proposta de projeto de PDP; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 17, I, b)

II - 1 (um) do Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 17, II)

III - 1 (um) do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 17, III)

IV - 1 (um) do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES); (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 17, IV)

V - 1 (um) da FINEP - Inovação e Pesquisa; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 17, V)

VI - 1 (um) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 17, VI)

§ 1º Cada membro titular terá um suplente, que o substituirá em seus impedimentos eventuais ou permanentes. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 17, § 1º)

§ 2º A Coordenação de cada Comissão Técnica de Avaliação será exercida pelo representante da SCTIE/MS. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 17, § 2º)

§ 3º Os membros, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes máximos de seus respectivos órgãos e entidades ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 17, § 3º)

§ 4º A participação dos órgãos e entidades elencadas nos incisos II a VI do "caput" será formalizada após resposta a convite a eles encaminhado pelo Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 17, § 4º)

§ 5º Ato do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos constituirá a Comissão Técnica de Avaliação, com definição de seu objeto e prazo de duração. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 17, § 5º)

§ 6º Cada Comissão Técnica de Avaliação poderá avaliar uma ou mais propostas de projeto de PDP, a depender do objeto definido nos termos do ato de que trata o art. 17, § 5º . (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 17, § 6º)

§ 7º A Coordenação da Comissão poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades, públicas ou privadas, bem como especialistas em assuntos relacionados ao tema, cuja presença seja considerada necessária para o cumprimento do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 17, § 7º)

§ 8º Os representantes e especialistas de que trata o art. 17, § 7º assinarão termo de confidencialidade e declaração de inexistência de conflito de interesse para participarem das atividades para as quais foram convidados pela Coordenação da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 17, § 8º)

Art. 18. Compete ao Comitê Deliberativo: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 18)

I - analisar e validar os relatórios das Comissões Técnicas de Avaliação; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 18, I)

II - aprovar ou reprovar as propostas de projeto de PDP, mediante parecer conclusivo; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 18, II)

III - definir os prazos, critérios e condicionantes específicos para execução das propostas de projetos de PDP, dos projetos de PDP e das PDP; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 18, III)

IV - analisar e validar o grau de integração produtiva em território nacional do produto objeto de PDP para aplicação das regras previstas neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 18, IV)

V - analisar e validar os prazos do desenvolvimento e absorção tecnológica, incluindo-se as etapas regulatórias, compatíveis com o cronograma proposto; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 18, V)

VI - estabelecer as condições de economicidade e vantajosidade da PDP; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 18, VI)

VII - indicar, motivadamente, a necessidade de submissão das propostas de projeto de PDP à nova avaliação por Comissão Técnica de Avaliação "ad hoc", cujos membros serão designados mediante ato do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, com definição de seu objeto e prazo de duração; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 18, VII)

VIII - outras competências que lhe forem atribuídas nos termos deste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 18, VIII)

Parágrafo Único. Os membros da Comissão Técnica de Avaliação "ad hoc" de que trata o inciso VII assinarão termo de confidencialidade e declaração de inexistência de conflito de interesse para fins de análise das propostas de projeto de PDP. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 18, Parágrafo Único)

Art. 19. O Comitê Deliberativo será composto por membros dos seguintes órgãos: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 19) (com redação dada pela PRT MS/GM 1020/2015)

I - 1 (um) do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 19, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 1020/2015)

II - 1 (um) do Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 19, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 1020/2015)

III - 1 (um) do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 19, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 1020/2015)

IV - 1 (um) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 19, IV) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1020/2015)

§ 1º Cada membro titular terá um suplente, que o substituirá em seus impedimentos eventuais ou permanentes. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 19, § 1º)

§ 2º A coordenação do Comitê Deliberativo será exercida pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 19, § 2º)

§ 3º Os membros, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes máximos de seus respectivos órgãos e entidade ao Ministério da Saúde e serão distintos daqueles que compõem as Comissões Técnicas de Avaliação. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 19, § 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1020/2015)

§ 4º A participação dos órgãos elencados nos incisos II, III e IV do 'caput' será formalizada após resposta a convite a eles encaminhado pelo Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 19, § 4º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1020/2015)

§ 5º Ato do Ministro de Estado da Saúde constituirá o Comitê Deliberativo. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 19, § 5º)

§ 6º A Coordenação do Comitê poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades, públicas ou privadas, bem como especialistas em assuntos relacionados ao tema, cuja presença seja considerada necessária para o cumprimento do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 19, § 6º)

§ 7º Os representantes e especialistas de que trata o art. 19, § 6º assinarão termo de confidencialidade e declaração de inexistência de conflito de interesse para participarem das atividades para as quais foram convidados pela Coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 19, § 7º)

Art. 20. As funções dos membros das Comissões Técnicas de Avaliação, das Comissões Técnicas de Avaliação "ad hoc" e do Comitê Deliberativo não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 20)

Art. 21. O Comitê Deliberativo elaborará o seu regimento interno e o das Comissões Técnicas de Avaliação, a serem aprovados por ato do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 21)

Parágrafo Único. A Comissão Técnica de Avaliação "ad hoc" terá suas atividades disciplinadas pelo regimento interno da Comissão Técnica de Avaliação. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 21, Parágrafo Único)

Subseção III

Dos Critérios de Análise de Proposta de Projeto de PDP

(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, CAPÍTULO IV, Seção I, Subeção III)

Art. 22. Serão considerados na análise de mérito da proposta de projeto de PDP os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 22)

I - atendimento das diretrizes e dos requisitos previstos no art. 14; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 22, I)

II - objetivos da proposta consoantes com as políticas públicas desenvolvidas no SUS para promoção, prevenção e atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 22, II)

III - importância da PDP para redução da vulnerabilidade econômica e tecnológica do SUS, bem como contribuição para o desenvolvimento científico, tecnológico e socioeconômico do País; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 22, III)

IV - ausência ou insuficiência de produção nacional ou risco de desabastecimento do produto acabado, IFA ou componente tecnológico crítico, contribuindo para a integração produtiva no âmbito do CEIS e para a redução do déficit comercial em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 22, IV)

V - clareza do objetivo geral a ser alcançado, dos objetivos específicos e das etapas ou produtos que, no conjunto, definam o que se quer alcançar com a PDP; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 22, V)

VI - adequação do cronograma à complexidade da tecnologia envolvida e aos requisitos regulatórios e sanitários; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 22, VI)

VII - racionalidade dos investimentos previstos, com indicação da fonte, cronogramas físico e financeiro compatíveis com a evolução das atividades e com a necessidade dos recursos; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 22, VII)

VIII - observância da legislação de propriedade intelectual em vigor; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 22, VIII)

IX - grau de integração produtiva compatível com o produto objeto de PDP e o desenvolvimento do parque produtivo nacional; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 22, IX)

X - potencial da instituição pública em relação a recursos humanos necessários para execução do projeto, área produtiva instalada ou projeto de adequação de área aprovado pela instância de financiamento, compatibilidade da natureza do projeto com as atividades executadas pela instituição pública e capacidade da instituição absorver a tecnologia do parceiro; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 22, X)

XI - correta delimitação das habilidades e competências das entidades privadas e das instituições públicas, linhas produtivas necessárias e existentes em cada planta fabril, análise de risco e prazo de vigência apresentados; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 22, XI)

XII - compatibilidade de execução e obtenção das previsões de registro e certificações perante os órgãos e entidades competentes; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 22, XII)

XIII - projeção de balanço de divisas e de economia anual gerada para o SUS nas aquisições do produto tendo em vista a última aquisição realizada pelo Sistema; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 22, XIII)

XIV - presença no projeto de planejamento de capacitação para a inovação, treinamentos da instituição pública pelos parceiros para absorção e transferência da tecnologia e desenvolvimento das plataformas produtiva e de conhecimento no País; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 22, XIV)

XV - aceitação integral do processo e metodologias de monitoramento e avaliação definidos neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 22, XV)

Parágrafo Único. Serão priorizadas as propostas distintas de projetos de PDP, pelos mesmos parceiros, que envolvam produtos de alto valor e produtos para doenças e populações negligenciadas de interesse do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 22, Parágrafo Único)

Art. 23. Os seguintes critérios de desempate serão utilizados quando o número de propostas de projetos de PDP aprovadas quanto ao mérito, nos termos do art. 22, para o mesmo produto for superior ao número de propostas cabíveis para aprovação, de acordo com as questões sanitárias e de viabilidades técnica e econômica:(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 23)

I - adequação dos produtos e processos aos requerimentos dos programas e ações do Ministério da Saúde, visando atender às necessidades do SUS e da população; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 23, I)

II - instituição pública com linha de produção adequada para o produto objeto de PDP; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 23, II)

III - investimentos aplicados pelo parceiro privado para execução do projeto de PDP; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 23, III)

IV - menor prazo para internalização da tecnologia; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 23, IV)

V - proposta de preço que tenha potencial de maior economia para o Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 23, V)

VI - Autorização de Funcionamento e Autorização de Funcionamento Especial, quando aplicável, ativas para o parceiro privado produtor do produto acabado; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 23, VI)

VII - Autorização de Funcionamento e Autorização de Funcionamento Especial, quando aplicável, ativas para o parceiro privado produtor do insumo farmacêutico ativo (IFA) ou componente tecnológico crítico; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 23, VII)

VIII - CBPF válido para a linha de produção do produto objeto da proposta de PDP para a instituição pública ou relatório de inspeções sanitárias com a comprovação de condições de fabricação; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 23, VIII)

IX - CBPF válido para a linha de produção do produto objeto de PDP para o parceiro privado produtor do produto acabado ou relatório de inspeções sanitárias com a comprovação de condições de fabricação; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 23, IX)

X - CBPF válido para a linha de produção do produto objeto de PDP para o parceiro privado produtor do insumo farmacêutico ativo ou componente tecnológico crítico ou relatório de inspeções sanitárias com a comprovação de condições de fabricação; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 23, X)

XI - apresentação adicional de inovação relacionada ao produto objeto de PDP; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 23, XI)

XII - contribuição relativa da tecnologia para o desenvolvimento do CEIS; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 23, XII)

XIII - entidade privada com linha de produção no País adequada para o produto objeto de PDP; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 23, XIII)

XIV - desenvolvimento tecnológico do produto objeto de PDP realizado no País; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 23, XIV)

XV - contribuição para o equilíbrio competitivo e tecnológico do mercado. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 23, XV)

Art. 24. Serão considerados na análise da divisão de responsabilidades de instituições públicas, em casos de aprovação de mais de uma proposta de projeto de PDP para um mesmo produto, os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 24)

I - estímulo à concorrência no mercado; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 24, I)

II - capacidade instalada para oferta do produto; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 24, II)

III - capacidade programada de acordo com o projeto de construção, ampliação e/ou reforma da estrutura física para oferta do produto conforme cronograma da proposta; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 24, III)

IV - demanda do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 24, IV)

V - equilíbrio econômico-financeiro do projeto. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 24, V)

Subseção IV

Da Instrução do Processo Administrativo de Proposta de Projeto de PDP

(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, CAPÍTULO IV, Seção I, Subeção IV)

Art. 25. Caberá à SCTIE/MS a instrução do processo administrativo da proposta de projeto de PDP. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 25)

Art. 26. As propostas de projetos de PDP protocoladas na SCTIE/MS serão autuadas como processo e, em seguida, encaminhadas ao Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde (DECIIS/SCTIE/MS) por meio de despacho do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 26)

Parágrafo Único. Antes da remessa dos autos ao DECIIS/SCTIE/MS, o Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos classificará as informações constantes da proposta de projeto de PDP em grau de sigilo nos termos da Portaria nº 1.583/GM/MS, de 19 de julho de 2012. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 26, Parágrafo Único)

Art. 27. O DECIIS/SCTIE/MS encaminhará o processo para a Coordenação-Geral de Base Química e Biotecnológica (CGBQB/DECIIS/SCTIE/MS) ou a Coordenação-Geral de Equipamentos e Materiais para a Saúde (CGEMS/DECIIS/SCTIE/MS), a depender da área temática do produto, para fins de análise da proposta.(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 27)

Art. 28. A Coordenação-Geral de que trata o art. 27, que seja responsável pela análise da proposta, elaborará nota técnica a fim de verificar se a proposta de projeto de PDP atendeu todos os requisitos e orientações constantes do modelo de projeto executivo de que trata o art. 11, parágrafo único. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 28)

Art. 29. A proposta de projeto de PDP será restituída pela Coordenação-Geral responsável ao DECIIS/SCTIE/MS e, em seguida, enviada ao Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, incluindo-se a nota técnica de que trata o art. 28, para fins de avaliação e adoção das medidas necessárias para efetivação das competências do Ministério da Saúde previstas nos arts. 19 e 28 do Anexo XCV . (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 29)

Art. 30. Após ser constituída a Comissão Técnica de Avaliação, a SCTIE/MS lhe encaminhará a proposta de projeto de PDP e a nota técnica de que trata o art. 28 para fins do disposto no art. 16. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 30)

Art. 31. Após trâmite pela Comissão Técnica de Avaliação, a proposta de projeto de PDP, incluindo-se os respectivos documentos produzidos no âmbito da SCTIE/MS e da própria Comissão, será encaminhada para o Comitê Deliberativo para fins do disposto no art. 18. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 31)

Subseção V

Do Processo de Avaliação e Decisório da Proposta de Projeto de PDP

(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, CAPÍTULO IV, Seção I, Subeção V)

Art. 32. A instituição pública será convocada pela SCTIE/MS para apresentação oral da proposta de projeto de PDP perante as Comissões Técnicas de Avaliação e, quando couber, perante o Comitê Deliberativo. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 32)

Parágrafo Único. Somente a instituição pública participará da apresentação oral da proposta, devendo responder aos questionamentos das Comissões Técnicas de Avaliação e do Comitê Deliberativo quanto à proposta de projeto de PDP. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 32, Parágrafo Único)

Art. 33. A Comissão Técnica de Avaliação analisará a proposta de projeto de PDP e poderá demandar à instituição pública ajustes no seu conteúdo para adequação ao disposto no art. 14. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 33)

§ 1º A proposta de projeto de PDP reajustada pela instituição pública nos termos do "caput" deverá ser enviada à SCTIE/MS no prazo máximo de 15 (quinze) dias após o recebimento da comunicação formal de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 33, § 1º)

§ 2º A proposta de projeto de PDP será analisada pela Comissão Técnica de Avaliação, que emitirá relatório com parecer final a ser encaminhado, com trâmite pela SCTIE/MS, ao Comitê Deliberativo. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 33, § 2º)

Art. 34. Após recebimento dos documentos de que trata o art. 33, o Comitê Deliberativo adotará as medidas previstas no art. 18. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 34)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300551

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 35. As propostas de projetos de PDP aprovadas pelo Comitê Deliberativo serão formalizadas por meio de termos de compromisso subscritos pela instituição pública e pelo Ministério da Saúde, por meio da SCTIE/MS, e declaração de concordância pelos parceiros privados anexa ao termo de compromisso. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 35)

Parágrafo Único. Os termos de compromisso serão subscritos e anunciados em reuniões do GECIS até o final do ano em que foram apresentadas as respectivas propostas de projeto de PDP. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 35, Parágrafo Único)

Art. 36. O extrato do termo de compromisso da proposta de projeto de PDP aprovada será publicado no Diário Oficial da União (DOU). (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 36)

Art. 37. Após assinatura do termo de compromisso, o DECIIS/SCTIE/MS enviará cópia do ato à instituição pública e à ANVISA, incluindo-se cópia dos documentos produzidos pela SCTIE/MS, Comissão Técnica de Avaliação e Comitê Deliberativo. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 37)

Art. 38. As propostas de projetos de PDP que não forem aprovadas pelo Comitê Deliberativo serão comunicadas pelo Ministério da Saúde, por meio da SCTIE/MS, à instituição pública proponente, com a respectiva motivação. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 38)

Art. 39. É facultado à instituição pública o direito de interposição de recurso administrativo em face da decisão de reprovação da proposta de projeto de PDP, com fundamento em razões de legalidade e de mérito, em única e última instância, dirigido ao Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 39)

§ 1º É de dez dias o prazo para interposição do recurso administrativo, sem efeito suspensivo, contado a partir da divulgação da decisão no portal do Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 39, § 1º)

§ 2º O recurso administrativo será encaminhado pelo Gabinete do Ministro (GM/MS) para a SCTIE/MS para elaboração de manifestação técnica que, em seguida, o remeterá para a Consultoria Jurídica (CONJUR/MS) para elaboração de manifestação jurídica a fim de subsidiar o julgamento pelo Ministro de Estado da Saúde.(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 39, § 2º)

§ 3º Em caso de provimento do recurso administrativo, a proposta de projeto de PDP será encaminhada à SCTIE/MS para reavaliação por nova Comissão Técnica de Avaliação e pelo Comitê Deliberativo, observando-se o mesmo fluxo processual previsto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 39, § 3º)

Art. 40. A relação das propostas de projeto de PDP que não forem aprovadas, com a respectiva motivação, será divulgada no portal do Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 40)

Art. 41. A aprovação das propostas de projeto de PDP não vincula o Ministério da Saúde ao financiamento de investimentos e custeio de despesas nas instituições públicas. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 41)

Art. 42. Os regimentos internos das Comissões Técnicas de Avaliação e do Comitê Deliberativo definirão em caráter complementar os ritos, prazos, documentação, metodologia a ser utilizada para ponderação dos critérios de análise e competências para o processo de avaliação e decisório das propostas de projeto de PDP.(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 42)

Seção II

Do Projeto de PDP

(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, CAPÍTULO IV, Seção II)

Art. 43. Após a assinatura do termo de compromisso, inicia-se a fase do projeto de PDP. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 43)

Art. 44. Na fase do projeto de PDP, o atendimento dos compromissos, responsabilidades e condicionantes do projeto ficará a cargo da instituição pública e da entidade privada. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 44)

Art. 45. Até o início da fase de PDP, a instituição pública e a entidade privada formalizarão acordo ou contrato de desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia do produto objeto da PDP com observância dos critérios, diretrizes e orientações deste Anexo, sem interveniência do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 45)

Parágrafo Único. A existência do acordo ou contrato de desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia do produto objeto da PDP e a sua apresentação ao Ministério da Saúde pela instituição pública é requisito para a formalização do primeiro fornecimento do produto objeto de PDP. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 45, Parágrafo Único)

Art. 46. Qualquer necessidade de alteração do cronograma do projeto de PDP será apresentada oficialmente pela instituição pública, com justificativas fundamentadas, à SCTIE/MS para sua apreciação e, quando referente aos aspectos regulatórios sanitários, pelo Comitê Técnico Regulatório (CTR) da ANVISA. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 46)

Parágrafo Único. A SCTIE/MS e, quando pertinente, o CTR da ANVISA decidirão sobre o pedido, "ad referendum" do Comitê Deliberativo. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 46, Parágrafo Único)

Art. 47. A instituição pública poderá apresentar proposta de alteração dos seus parceiros envolvidos no projeto de PDP, com as respectivas justificativas fundamentadas, à SCTIE/MS para sua apreciação, pela Comissão Técnica de Avaliação e pelo Comitê Deliberativo. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 47)

Parágrafo Único. A decisão sobre o pedido competirá ao Comitê Deliberativo, que decidirá pelo envio ou não de nova proposta de projeto de PDP para avaliação pela Comissão Técnica de Avaliação e pelo referido Comitê. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 47, Parágrafo Único)

Art. 48. A instituição pública poderá apresentar proposta de alteração das tecnologias do projeto de PDP, com as respectivas justificativas fundamentadas, à SCTIE/MS para sua apreciação, pela Comissão Técnica de Avaliação e pelo Comitê Deliberativo. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 48)

Parágrafo Único. Fica o Comitê Deliberativo autorizado a definir, em ato próprio, as hipóteses em que as propostas de alteração das tecnologias do projeto de PDP poderão ser avaliadas apenas pela SCTIE/MS ou pela SCTIE/MS e pela Comissão Técnica de Avaliação. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 48, Parágrafo Único)

Art. 49. Os pedidos de alterações de cronograma, parceiros ou tecnologia serão respondidos oficialmente pela SCTIE/MS ao requerente. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 49)

Art. 50. O fornecimento de informações quanto à execução do projeto de PDP para o Ministério da Saúde será realizado pela instituição pública. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 50)

Parágrafo Único. A instituição pública encaminhará, em caráter ordinário, relatório de acompanhamento quadrimestral para o Ministério da Saúde, que ficará disponível para avaliação pelos Comitês Técnicos de Avaliação e pelo Comitê Deliberativo, observadas a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, o Decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012, e a Portaria nº 1.583/GM/MS, de 19 de julho de 2012. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 50, Parágrafo Único)

Seção III

Da PDP

(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, CAPÍTULO IV, Seção III)

Art. 51. A PDP inicia-se com a demonstração ao Ministério da Saúde pela instituição pública do início da etapa de desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia, capacitação industrial e tecnológica, em conjunto com o primeiro fornecimento do produto objeto de PDP ao Ministério da Saúde pela instituição pública.(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 51)

§ 1º O ano 1 (um) da PDP se iniciará a partir da publicação do instrumento específico para o primeiro fornecimento do produto objeto da PDP pela instituição pública ao Ministério da Saúde no DOU. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 51, § 1º)

§ 2º A instituição pública encaminhará, em caráter ordinário, relatório de acompanhamento quadrimestral para o Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 51, § 2º)

Art. 52. A aquisição do produto objeto de PDP pelo Ministério da Saúde se dará apenas depois de cumpridas todas as etapas descritas nas Seções I e II do Capítulo IV do Anexo XCV e com a demonstração pela instituição pública do início da etapa de desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia, capacitação industrial e tecnológica. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 52)

§ 1º Para projetos de PDP relativos ao mesmo produto, a PDP que atender primeiramente ao estabelecido no "caput" e ter capacidade de suprimento poderá ser responsável pelo fornecimento da demanda total do Ministério da Saúde até que as outras PDP atendam ao estabelecido no "caput" e se inicie a divisão de responsabilidades aprovada para cada projeto de PDP. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 52, § 1º)

§ 2º O produto objeto de PDP atenderá as apresentações, especificações, formas e quantitativos demandados pelo Ministério da Saúde, respeitando-se a regulação sanitária. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 52, § 2º)

§ 3º A definição de centralização da aquisição do produto deverá ocorrer mediante pactuação prévia na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 52, § 3º)

Art. 53. Para a primeira aquisição, o registro sanitário do produto objeto da PDP poderá ser da instituição pública ou da entidade privada, desde que esteja em processo comprovado de desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia, nos termos do inciso XXXII do artigo 24 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 53)

§ 1º No caso do produto possuir registro sanitário em nome da entidade privada e estar em processo de transferência de tecnologia, a instituição pública deverá possuir todas as informações técnicas e cópia de inteiro teor do dossiê do referido registro aprovado pela ANVISA, assim como a documentação requerida para sua eventual atualização. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 53, § 1º)

§ 2º Da primeira aquisição do produto objeto da PDP, a instituição pública terá o prazo de 60 (sessenta) dias para apresentar à ANVISA o pedido de registro, em seu nome, do produto objeto da PDP, nos termos da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 31/ANVISA, de 29 de maio de 2014, e da RDC nº 43/ANVISA, de 19 de setembro de 2014, quando aplicáveis, e demais regulamentações da ANVISA. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 53, § 2º)

§ 3º A instituição pública terá o prazo de 30 (trinta) dias, contados do término do prazo de que trata o art. 53, § 2º , para encaminhar ao Ministério da Saúde a cópia do protocolo da referida documentação apresentada junto à ANVISA. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 53, § 3º)

Art. 54. Após 1 (um) ano da primeira aquisição do produto objeto da PDP, o Ministério da Saúde apenas efetuará novas aquisições mediante comprovação pela instituição pública de que possui o registro sanitário do referido produto junto à ANVISA e da evolução das etapas de desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia, conforme cronograma aprovado no projeto executivo e eventuais alterações. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 54)

Art. 55. A aquisição do produto objeto da PDP se dará entre o Ministério da Saúde e a instituição pública, por meio de instrumento específico, e será realizada após observância e reanálise dos seguintes itens: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 55)

I - quanto à capacidade de atendimento: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 55, I)

a) serão verificadas as condições técnicas da instituição pública, junto à entidade privada, de entregar o produto nos quantitativos, termos e condições preconizados pelas áreas finalísticas do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 55, I, a)

b) será verificada a capacidade da instituição pública de fornecer o produto nas apresentações e formas farmacêuticas e nas especificações técnicas solicitadas pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 55, I, b)

II - será considerada a demanda do Ministério da Saúde à época de aquisição do produto objeto de PDP; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 55, II)

III - quanto aos preços, economicidade e vantajosidade: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 55, III)

a) os preços estabelecidos para a aquisição de produto objeto da PDP considerarão o aporte tecnológico associado à internalização da produção e serão decrescentes em termos reais, podendo sofrer variação, nos períodos e na forma da legislação pertinente, de forma a levar em conta a flutuação nos preços médios de mercado nacionais e internacionais, a variação de preços medidas pelo IPCA ou por indicadores oficiais setoriais, a variação da taxa cambial quando envolver importações no período de transferência, considerando-se economias e sistemas de saúde similares aos do Brasil e, no que couber, as normas e critérios adotados pela CMED; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 55, III, a)

b) considerar-se-á na avaliação de preços, quando cabível, as estimativas de valores de mercado para produtos que estejam próximos ao período de expiração da patente e a redução relevante de preços de mercado decorrente de estratégias de competição das empresas; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 55, III, b)

c) a economicidade e vantajosidade do processo deve ser analisada tendo como referência as orientações estabelecidas no art. 14, VIII. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 55, III, c)

§ 1º A análise de preços referenciada na proposta de projeto da PDP servirá como referencial para definição do preço de aquisição a ser praticado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 55, § 1º)

§ 2º A Secretaria do Ministério da Saúde responsável pela execução do instrumento específico de aquisição do produto objeto da PDP junto à instituição pública deverá, em conjunto com a Secretaria-Executiva (SE/MS), realizar a análise de preços a serem praticados com o apoio técnico da SCTIE/MS, em procedimento administrativo distinto do processo de PDP. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 55, § 2º)

Art. 56. O processo administrativo de aquisição do produto objeto da PDP observará a legislação vigente e conterá toda a documentação necessária para comprovação da existência e regularidade da PDP, inclusive o extrato do termo de compromisso publicado no DOU e os documentos citados nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 56)

Parágrafo Único. A aquisição do produto objeto da PDP será efetuada mediante a celebração de contrato plurianual compatível com o cronograma da PDP, respeitando-se a legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 56, Parágrafo Único)

Art. 57. Verificada a capacidade de fornecimento, pela instituição pública, do produto objeto da PDP e para fins de sua aquisição, a SCTIE/MS encaminhará os seguintes documentos à Secretaria do Ministério da Saúde responsável pela sua aquisição: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 57)

I - cópia da página do DOU contendo a publicação da Resolução da ANVISA referente à concessão do registro sanitário do produto objeto da PDP; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 57, I)

II - cópia do CBPF do local de fabricação constante do registro sanitário; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 57, II)

III - cópia do extrato do termo de compromisso; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 57, III)

IV - nota técnica elaborada pela SCTIE/MS contendo, no mínimo, os seguintes itens: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 57, IV)

a) instituição pública e entidade privada envolvida na PDP; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 57, IV, a)

b) objeto e objetivo da PDP, especificando-se o produto envolvido, as apresentações, a forma farmacêutica e o estágio da transferência de tecnologia; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 57, IV, b)

c) prazo previsto pela instituição pública para a internalização da tecnologia; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 57, IV, c)

d) declaração dos sujeitos participantes de concordância de atendimento dos objetivos do projeto para desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia nos termos deste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 57, IV, d)

Parágrafo Único. A Secretaria do Ministério da Saúde responsável pela aquisição do produto objeto da PDP poderá requerer da SCTIE/MS, caso seja de sua posse ou competência, outras informações e documentos que sejam necessários para a devida instrução do procedimento de aquisição. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 57, Parágrafo Único)

Art. 58. A proposta de alteração do cronograma da PDP, quando iniciado o processo de aquisição, será apresentada oficialmente pela instituição pública, com justificativas fundamentadas, à SCTIE/MS. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 58)

Parágrafo Único. Caso a proposta de alteração impactar na ampliação do período de aquisição de produto objeto da PDP conforme previsto no cronograma vigente, a SCTIE/MS encaminhará a proposta à Comissão Técnica de Avaliação e ao Comitê Deliberativo para avaliação e à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS) para decisão. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 58, Parágrafo Único)

Seção IV

Da Internalização da Tecnologia

(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, CAPÍTULO IV, Seção IV)

Art. 59. Após finalização da PDP e concluído o processo de desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia pela instituição pública e entidade privada, as aquisições do produto que foi objeto de PDP não serão mais realizadas sob o rito disciplinado na Seção anterior. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 59)

Parágrafo Único. Nos casos previstos de impossibilidade das instituições públicas suprirem integralmente a demanda do Ministério da Saúde, proceder-se-á a processo licitatório para complementariedade do quantitativo necessário ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 59, Parágrafo Único)

Art. 60. Comprovada a internalização de tecnologia, a instituição pública poderá, com a devida motivação analisada pelo Ministério da Saúde, transferir a tecnologia objeto de PDP a outra instituição pública para fins de atendimento às necessidades do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 60)

CAPÍTULO V

DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, CAPÍTULO V)

Art. 61. Cada PDP será monitorada de forma contínua desde o projeto de PDP até a internalização da tecnologia para fins de verificação dos avanços esperados no processo produtivo, desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 61)

Art. 62. O monitoramento e a avaliação dos projetos de PDP e das PDP observará a ocorrência ou não do: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 62)

I - cumprimento do cronograma da PDP estabelecido no projeto executivo; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 62, I)

II - cumprimento das obrigações e responsabilidades definidas durante as fases do processo para o estabelecimento de PDP. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 62, II)

Art. 63. O monitoramento técnico da capacitação, das atividades tecnológicas e produtivas, do projeto executivo e seu cronograma, do processo técnico de transferência de tecnologia e do desenvolvimento das capacidades da instituição pública para o novo patamar tecnológico, no âmbito da PDP, será realizado pela SCTIE/MS, com participação da ANVISA, mediante a atuação dos CTR, e com base em instrumentos e metodologias específicas, envolvendo-se as seguintes dimensões: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 63)

I - monitoramento técnico da capacitação e atividades tecnológicas e produtivas requeridas para a regulação sanitária, a cargo da ANVISA, mediante a atuação dos CTR, e com base em instrumentos e metodologias específicas; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 63, I)

II - monitoramento do projeto executivo, do processo técnico de transferência e de absorção de tecnologia e do desenvolvimento das capacidades da instituição pública para o novo patamar tecnológico, com base em instrumentos e metodologias específicas, sendo subsidiado pelas atividades previstas no inciso I do "caput", a cargo da SCTIE/MS; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 63, II)

III - análise de relatórios de acompanhamento enviados quadrimestralmente pela instituição pública ao Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 63, III)

IV - realização de visitas técnicas anuais conjuntas nas unidades fabris públicas e privadas pelo Ministério da Saúde e ANVISA. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 63, IV)

Art. 64. Os projetos de PDP e as PDP que estejam em desacordo com requisitos, critérios, diretrizes e orientações estabelecidos e sejam identificados pelos mecanismos de monitoramento e avaliação instituídos neste Anexo serão suspensos pela SCTIE/MS para posterior análise das Comissões Técnicas de Avaliação e decisão do Comitê Deliberativo quanto à sua: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 64)

I - reestruturação: se for verificada a inobservância dos requisitos, critérios, diretrizes e orientações estabelecidos neste Anexo que comprometa os objetivos da PDP; ou (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 64, I)

II - extinção: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 64, II)

a) se for efetuado dano à Administração Pública ou sua utilização em desacordo com os objetivos previstos neste Anexo; ou (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 64, II, a)

b) se for descumprido de modo relevante e com risco de irreversibilidade o cronograma estabelecido na PDP, inclusive para efetivação do desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia em condições de portabilidade, sem justificativa de fatores alheios aos esforços dos participantes. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 64, II, b)

§ 1º A suspensão de que trata o "caput" será comunicada pela SCTIE/MS à Secretaria do Ministério da Saúde responsável pela execução do instrumento específico de aquisição do produto objeto da PDP junto à instituição pública. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 64, § 1º)

§ 2º A adoção das medidas previstas neste artigo não exclui a aplicação de outras sanções e penalidades previstas na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 64, § 2º)

Art. 65. A instituição pública e a entidade privada ficarão sujeitas a medidas administrativas e judiciais, além de sanções previstas em lei e nos contratos firmados, no caso de PDP que tenha iniciada a aquisição de produtos pelo Ministério da Saúde e a transferência de tecnologia para a instituição pública não seja efetivada, especialmente quando verificado eventual dano ao erário. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 65)

Parágrafo Único. Ficam ressalvadas do disposto no "caput" as situações de caso fortuito, força maior ou outras hipóteses devidamente fundamentadas de acordo com a legislação vigente, aprovadas pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 65, Parágrafo Único)

CAPÍTULO VI

DAS RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, CAPÍTULO VI)

Art. 66. O Ministério da Saúde é responsável por: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 66)

I - elaborar e revisar a lista de produtos estratégicos para o SUS; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 66, I)

II - pactuar, junto à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a viabilidade de centralização de aquisição de produtos estratégicos para o SUS; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 66, II)

III - estimular as instituições públicas a apresentarem propostas de projetos de PDP que se enquadrem na lista de produtos estratégicos para o SUS; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 66, III)

IV - estimular as entidades privadas a participarem das iniciativas que favoreçam o investimento, o desenvolvimento tecnológico, a inovação e a geração de renda e emprego no Brasil de produtos estratégicos para o SUS, mediante sua participação em PDP; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 66, IV)

V - receber e formalizar as propostas de projeto de PDP, com inclusão de sua manifestação técnica, quando couber, para fins de análise das Comissões Técnicas de Avaliação e discussão e decisão pelo Comitê Deliberativo; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 66, V)

VI - fornecer apoio técnico e administrativo para a realização das atividades das Comissões Técnicas de Avaliação e Comitê Deliberativo; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 66, VI)

VII - celebrar o termo de compromisso de cada projeto de PDP aprovado; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 66, VII)

VIII - monitorar e avaliar os projetos de PDP; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 66, VIII)

IX - participar das reuniões do CTR e requerer informações e documentos, inclusive reuniões, da instituição pública e da entidade privada para acompanhamento da implementação do projeto de PDP e sugestão de estratégias para cumprimento; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 66, IX)

X - participar da fase de PDP e cumprir as responsabilidades e obrigações previstas na referida fase; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 66, X)

XI - divulgar no portal do Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br, as informações públicas referentes às PDP, contendo, no mínimo, os seguintes dados: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 66, XI)

a) leis, decretos, portarias e resoluções relacionadas às PDP; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 66, XI, a)

b) modelo de projeto executivo de PDP; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 66, XI, b)

c) modelo de relatório de acompanhamento a ser apresentado pela instituição pública; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 66, XI, c)

d) relação anual de propostas de projeto de PDP em análise, aprovadas ou não aprovadas; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 66, XI, d)

e) relação anual de projetos de PDP e PDP e respectivos "status" de implementação e execução; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 66, XI, e)

f) relação de produtos de PDP cuja aquisição foi iniciada pelo Ministério da Saúde via PDP, com cópia do extrato de publicação no DOU. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 66, XI, f)

Parágrafo Único. Para monitoramento e avaliação do projeto de PDP e da PDP, o Ministério da Saúde contará com o apoio dos órgãos e entidades da Administração Pública. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 66, Parágrafo Único)

Art. 67. A ANVISA é responsável por: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 67)

I - concluir as análises requeridas no âmbito dos projetos de PDP e de PDP para registro e alteração pós-registro em até 60 (sessenta) dias da data do requerimento; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 67, I)

II - priorizar, nos termos das normas sanitárias vigentes, as análises requeridas dos produtos objetos das PDP; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 67, II)

III - acompanhar, dentro das atividades do CTR, o atendimento ao cronograma para obtenção de registro sanitário do medicamento ou produto para a saúde, bem como as alterações pós-registro, para os produtores públicos e privados participantes de uma PDP, em consonância com o termo de compromisso aprovado, desde que atendam todas as normas e exigências sanitárias, acordado formalmente com a SCTIE/MS e demais Secretarias do Ministério da Saúde cujo produto faça parte de seus programas e ações; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 67, III)

IV - acompanhar o cronograma de obtenção ou renovação do CBPF, em consonância com o termo de compromisso aprovado, desde que atendam todas as normas e exigências sanitárias, acordado formalmente com a SCTIE/MS e demais Secretarias do Ministério da Saúde cujo produto faça parte de seus programas e ações;(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 67, IV)

V - apoiar a SCTIE/MS com atividades de monitoramento e avaliação do desenvolvimento técnico dos projetos de PDP para atender os requisitos sanitários de qualidade e de internalização da produção no País, utilizando metodologias adequadas para este fim; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 67, V)

VI - realizar visitas técnicas anuais nas unidades fabris das instituições públicas e privadas, integrantes das PDP, junto ao Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 67, VI)

VII - monitorar tecnicamente a capacitação e as atividades tecnológicas e produtivas requeridas para a regulação sanitária dos produtores públicos e privados, de modo a subsidiar a internalização produtiva e tecnológica do produto objeto da PDP, mediante a atuação dos CTR e outras atividades proativas em que a ANVISA possa contribuir para seus resultados; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 67, VII)

VIII - participar das Comissões Técnicas de Avaliação das propostas de projetos de PDP. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 67, VIII)

Art. 68. A instituição pública proponente e executora da PDP é responsável por: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 68)

I - elaborar e apresentar a proposta de projeto de PDP em observância aos critérios, requisitos, diretrizes e orientações deste Anexo, contendo, no mínimo, os dados solicitados conforme modelo de projeto executivo; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 68, I)

II - demonstrar a capacidade produtiva, os equipamentos e os recursos humanos necessários para execução do projeto de PDP na instituição pública, efetuando as adequações pertinentes para efetivação da transferência de tecnologia; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 68, II)

III - realizar a análise de risco do projeto; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 68, III)

IV - enviar o projeto executivo de PDP à SCTIE/MS para análise, atendendo os prazos definidos neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 68, IV)

V - apresentar oralmente a proposta de projeto de PDP para as Comissões Técnicas de Avaliação e Comitê Deliberativo, após manifestação formal do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 68, V)

VI - celebrar o termo de compromisso com o Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 68, VI)

VII - celebrar contratos ou outros instrumentos jurídicos com colaboradores e parceiros do projeto de PDP, seguindo os critérios e orientações deste Anexo e as premissas integrantes do termo de compromisso celebrado, sem prejuízos do acréscimo de outras condições necessárias ao bom atendimento do interesse público, em observância à legislação pertinente; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 68, VII)

VIII - peticionar o dossiê de registro do produto junto à ANVISA conforme normativos específicos da referida entidade e cronograma estabelecido; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 68, VIII)

IX - garantir, junto a seu parceiro privado, a internalização da produção nacional do IFA, componente tecnológico crítico e, quando aplicável, o atendimento à regra de origem e/ou PPB; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 68, IX)

X - acompanhar, monitorar e avaliar as ações desempenhadas pela entidade privada para a transferência de tecnologia e para o efetivo cumprimento do cronograma técnico-regulatório; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 68, X)

XI - participar ativamente do desenvolvimento dos produtos junto à entidade privada, acompanhando todo ciclo tecnológico; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 68, XI)

XII - realizar treinamentos para sua equipe, coordenada junto aos parceiros privados, a fim de absorver os conhecimentos necessários para a efetiva transferência de tecnologia do produto objeto da PDP, sendo a sua efetividade prática avaliada periodicamente, os registros dos treinamentos mantidos e os cronogramas oficializados ao Ministério da Saúde, estando disponíveis durante as visitas técnicas; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 68, XII)

XIII - participar das visitas técnicas na entidade privada em conjunto com o Ministério da Saúde e a ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 68, XIII)

XIV - solicitar as priorizações de análise junto à ANVISA após petição de registro ou alteração pós-registro; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 68, XIV)

XV - cumprir o cronograma do projeto de PDP definido, comunicando e justificando ao Ministério da Saúde qualquer alteração necessária; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 68, XV)

XVI - enviar ao Ministério da Saúde, especificamente à SCTIE/MS, relatórios de acompanhamento quadrimestrais para os projetos de PDP aprovados, demostrando as atividades do projeto executadas, em andamento e previstas, apresentando justificativas fundamentadas em caso de alteração do cronograma apresentado no projeto executivo; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 68, XVI)

XVII - colaborar e fornecer a documentação necessária para a visita técnica do Ministério da Saúde e ANVISA na instituição pública; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 68, XVII)

XVIII - participar das reuniões do CTR e do Ministério da Saúde, sempre que requerida; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 68, XVIII)

XIX - celebrar instrumento específico com o Ministério da Saúde para fornecimento de produtos no âmbito da PDP, respeitando as legislações pertinentes e os termos deste Anexo; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 68, XIX)

XX - garantir o fornecimento e entrega dos produtos conforme quantitativo e cronograma definidos pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 68, XX)

Parágrafo Único. A escolha e as relações contratuais com a entidade privada são de inteira responsabilidade da instituição pública produtora celebrante da PDP, inclusive com relação à sua qualificação e à avaliação da regularidade de sua situação legal e idoneidade. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 68, Parágrafo Único)

Art. 69. Para participar da proposta de projeto de PDP, do projeto de PDP e da PDP, a entidade privada deverá: (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 69)

I - participar da proposta de projeto de PDP em observância aos critérios, requisitos, diretrizes e orientações deste Anexo, contendo, no mínimo, os dados solicitados conforme modelo de projeto executivo; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 69, I)

II - demonstrar a capacidade produtiva, os equipamentos e os recursos humanos necessários para participação no projeto de PDP, efetuando as adequações pertinentes para efetivação da transferência de tecnologia; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 69, II)

III - celebrar contratos ou outros instrumentos jurídicos com a instituição pública e parceiros privados do projeto de PDP, seguindo os critérios, requisitos, diretrizes e orientações deste Anexo e as premissas integrantes do termo de compromisso celebrado, sem prejuízos do acréscimo de outras condições necessárias ao bom atendimento do interesse público, em observância à legislação pertinente; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 69, III)

IV - garantir no projeto executivo, na esfera de sua responsabilidade, a internalização da produção nacional do IFA, componente tecnológico crítico e, quando aplicável, o atendimento à regra de origem e/ou PPB; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 69, IV)

V - garantir a transferência de tecnologia e o efetivo cumprimento do cronograma técnico-regulatório sob sua responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 69, V)

VI - participar ativamente do desenvolvimento dos produtos junto à instituição pública e aos parceiros privados; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 69, VI)

VII - realizar treinamentos a fim de transferir os conhecimentos necessários para o efetivo desenvolvimento e transferência de tecnologia do produto objeto da PDP, efetuando os registros dos treinamentos e os cronogramas oficializados ao Ministério da Saúde, estando disponíveis durante as visitas técnicas; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 69, VII)

VIII - receber visitas técnicas periódicas das equipes do Ministério da Saúde e da ANVISA, em consonância com as metodologias utilizadas, colaborando e fornecendo a documentação necessária; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 69, VIII)

IX - peticionar, quando couber, o dossiê de registro do produto e alterações pós-registro junto à ANVISA, conforme sua regulamentação específica; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 69, IX)

X - cumprir o cronograma do projeto de PDP aprovado, definindo junto ao parceiro público a possibilidade de qualquer alteração nele necessária; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 69, X)

XI - informar periodicamente à instituição pública, conforme cronograma definido, as atividades do projeto executadas, em andamento e previstas, auxiliando a instituição pública na elaboração dos relatórios de acompanhamento quadrimestrais e das justificativas fundamentadas em caso de alteração do cronograma e enviando à instituição pública documentos sobre o andamento do projeto e das atividades inerentes para sua efetivação, visando o atendimento do interesse público e das suas finalidades, entre as quais se incluem a transferência de tecnologia, a garantia de fornecimento e a produção local do insumo; (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 69, XI)

XII - garantir o fornecimento e entrega dos produtos conforme quantitativo e cronograma definidos pela instituição pública para atender as demandas do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 69, XII)

XIII - firmar a declaração conjunta de concordância aos termos da proposta de projeto de PDP, conforme disposto no art. 14, § 3º , e a declaração de concordância anexa ao termo de compromisso, nos termos do art. 35. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 69, XIII)

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, CAPÍTULO VII)

Art. 70. As orientações, critérios, requisitos, diretrizes e formas de monitoramento e avaliação definidos neste Anexo são aplicáveis, no que couber, às PDP vigentes. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 70)

§ 1º Fica concedido o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a partir da data de publicação da Portaria nº 2531/GM/MS, de 12 de novembro de 2014, para adequação pelas instituições públicas e entidades privadas, no que couber, das PDP em vigor ao disposto no "caput". (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 70, § 1º)

§ 2º A SCTIE/MS efetuará a classificação das PDP vigentes conforme as fases de estabelecimento de PDP previstas no art. 10. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 70, § 2º)

§ 3º Para as PDP vigentes de pesquisa e desenvolvimento que estejam em fase de desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia, a instituição pública poderá solicitar à SCTIE/MS a sua adequação para enquadramento como projeto de PDP ou PDP, nos termos deste Anexo, para fins de análise pela Comissão Técnica de Avaliação e pelo Comitê Deliberativo. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 70, § 3º)

§ 4º As propostas de projeto de PDP em tramitação no Ministério da Saúde nos termos da Portaria nº 837/GM/MS, de 18 de abril de 2012, e ainda não avaliadas pelas Comissões Gestoras serão restituídas pela SCTIE/MS às instituições proponentes para fins de adequação ao regramento disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 70, § 4º)

Art. 71. Na hipótese de existência de contratos vigentes entre o Ministério da Saúde e as instituições públicas para aquisição de produtos estratégicos até a data de publicação da Portaria nº 2531/GM/MS, de 12 de novembro de 2014, os referidos contratos serão adequados, no que couber, ao regramento disposto neste Anexo.(Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 71)

Art. 72. Na hipótese de existência de acordo ou contrato de desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia do produto objeto da PDP entre as instituições públicas e as entidades privadas até a data de publicação da Portaria nº 2531/GM/MS, de 12 de novembro de 2014, os referidos acordos contratos serão adequados, no que couber, ao regramento disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 72)

Art. 73. Até a edição da nova lista de produtos estratégicos para o SUS de que trata o art. 7º, permanecerá vigente a lista definida nos termos do art. 6º da Portaria nº 3.089/GM/MS, de 11 de dezembro de 2013. (Origem: PRT MS/GM 2531/2014, Art. 74)

Anexo XCVI

PROGRAMA NACIONAL DE COMPETITIVIDADE EM VACINAS (INOVACINA) (Origem: PRT MS/GM 972/2006, Anexo 1)

PROGRAMA NACIONAL DE COMPETITIVIDADE EM VACINAS (INOVACINA)

Este Programa, gerado no âmbito do INOVAÇÂO EM SAÚDE/ FIOCRUZ, consta de quatro componentes:

A) Definição de políticas e organização da produção.

B) Modernização do parque produtivo.

C) Avaliação e regulação.

D) Desenvolvimento e inovação.

Esta versão do Programa "Inovacina" resume as conclusões de amplo processo de discussão em Oficinas de Trabalho, envolvendo os diversos setores, que se desenvolveu a partir da apresentação de textos produzidos por especialistas. Em cada componente são indicados "Propósitos", "Objetivos" e "Instrumentos". Expressam a síntese das discussões e as opiniões implícitas devem ser creditadas ao coletivo de gestores, produtores e acadêmicos que participaram do processo. Foram quase duzentos participantes providos de interesse ("stakeholders"), compondo o que se tem internacionalmente chamado a hélice tripla ("triple helix"). Em "Instrumentos" são detalhadas as propostas de ação concreta em cada componente.

COMPONENTE A:

Definição de políticas e organização da produção

PROPÓSITOS

1. Estabelecer o Programa Nacional de Competitividade em Vacinas (INOVACINA), coordenado pelo Ministério da Saúde (MS).

2. Estabelecer um espaço estratégico e permanente de discussão e definição de políticas, indicando nichos para cada instituição produtora, no âmbito do Programa.

3. Investir nos mecanismos de coordenação e de formação de rede inter-institucional, propiciando a formação de consórcio para integração dos produtores e incentivando-os a adotar estrutura jurídica que garanta uma maior flexibilidade e autonomia, facilitando a integração e a cooperação.

4. Fortalecer a capacidade produtiva nacional, para atender à demanda de vacinas essenciais para o Programa Nacional de Imunizações (PNI).

5. Promover mudanças na atual modalidade de financiamento da produção de imunobiológicos, empregando o poder de compra do Ministério da Saúde como instrumento de regulação de preços.

OBJETIVOS

1. Contribuir na definição das políticas científica, tecnológica, industrial e sanitária na área de vacinas e imunizações.

2. Dinamizar o crescimento do segmento, aumentando a sua capacidade tecnológica e o sinergismo entre os produtores públicos, garantindo competitividade e auto-sustentabilidade tecnológica e econômica do Programa.

3. Garantir a integração entre os atores do processo, coordenando as diversas etapas do desenvolvimento dos projetos específicos de vacinas e propiciando a utilização da plena capacidade instalada e de pessoal, visando à redução dos custos fixos de produção para suprir as necessidades nacionais e favorecer a exportação.

4. Garantir o aproveitamento das potencialidades de cada produtor, o aumento das possibilidades de negócio e a eliminação das restrições legais para exportação, propiciando ainda a internalização de vacinas que incorporem tecnologia avançada.

5. Fortalecer o entendimento das peculiaridades do setor de vacinas, propiciando a melhoria do fluxo de recursos financeiros, propor mudança no mecanismo de preços praticado pelo governo, pleiteando a obtenção de um excedente para investimentos que permitam atingir a auto-suficiência.

6. Estreitar o relacionamento dos produtores com o Ministério da Saúde, garantindo a prioridade da área e a regularidade nos desembolsos.

7. Melhorar a capacitação de pesquisadores e tecnologistas na pesquisa básica, desenvolvimento tecnológico, ensaios clínicos, propriedade intelectual, produção e gestão de projetos na perspectiva da inovação, incluindo a formação e a capacitação de pessoal estratégico (multidisciplinar) em vacinas, particularmente na engenharia de processos e nas funções de regulação.

8. Atuar no sentido de garantir a melhoria do regime de contratação de pessoal para continuidade e preservação dos grupos.

INSTRUMENTOS

1. Formalizar o Programa, contendo as estratégias e as proposições resultantes das Oficinas de Trabalho realizadas pelo "Projeto Inovação/FIOCRUZ", e estabelecendo mecanismos regulares de consulta dos Ministérios entre si, com a Câmara Técnica e os produtores.

2. Propor o financiamento da FINEP e do BNDES para produtores públicos e modelos alternativos de financiamento que permitam a garantia de transferência de recursos financeiros.

3. Providenciar instrumentos legais (portarias) criando o INOVACINA e a Câmara Técnica de Imunobiológicos e nomeando os seus componentes.

4. Lançamento formal do Programa, pelo Presidente da República.

5. Levar o Programa ao conhecimento do Conselho Nacional de Saúde, da CIT e do Congresso Nacional, além de divulgá-lo amplamente à sociedade pela mídia.

6. Publicar livro com todas as contribuições e conclusões.

7. Incluir o Programa na agenda do Mercosul.

8. Definir o modelo jurídico institucional que formalize a integração em redes de cooperação e propiciar a utilização pelos participantes de Modelo Integrado de Gestão e de controle dos custos.

9. Solicitar a utilização de bolsas RHAE em instituições públicas produtoras e propor mecanismos especiais para fixação de doutores na área, além de incentivar a formação de programas de pós-graduação, incluindo a temática do desenvolvimento e a produção de imunobiológicos.

10. Propor uma série de medidas que garantam a consolidação do Programa, entre elas:

a) buscar orientação legal para utilizar o poder de compra do Ministério da Saúde em área de interesse público estratégico;

b) pleitear a alocação na área de vacinas de recursos dos Fundos Setoriais de Saúde, de Biotecnologia e de outras fontes como QUALISUS, fundações estaduais etc.,

c) propor a criação de Fundo de Capital de Giro, capitalizado pelo governo para o caso de falta de regularidade no fluxo de recursos;

d) buscar a utilização de Fundações pela maior flexibilidade nas compras;

e) integrar os esforços dos fóruns de competitividade do MDIC relacionados com a produção de fármacos e biotecnologia; e

f) acompanhar os trabalhos do Congresso Nacional na regulamentação das leis de "Inovação" e da "Parcerias Público Privado (PPP)".

COMPONENTE B:

Modernização e Certificação do parque produtivo

PROPÓSITOS

1. Avaliar as necessidades de modernização em cada nicho.

2. Viabilizar a modernização das instalações de cada nicho.

3. Fortalecer o sistema nacional de controle de qualidade em vacinas e implantar sistema de garantia de qualidade.

OBJETIVOS

1. Garantir a qualidade da produção local para atender às necessidades internas (qualitativas e quantitativas), substituindo importações e propiciando ingresso no mercado mundial.

2. Aumentar a competitividade externa dos produtores nacionais, visando à superação das barreiras sanitárias para exportação.

3. Garantir a certificação das plantas industriais no âmbito do INOVACINA, com medidas que fortaleçam o sistema de controle e garantia de qualidade das vacinas produzidas.

INSTRUMENTOS

1. Implementar infra-estrutura para cumprimento das BPF (GMP) adequadas ao padrão internacional e propícias ao desenvolvimento de novas vacinas.

2. Garantir a aquisição para substituir equipamentos obsoletos e atingir porte tecnológico.

3. Definir fontes de financiamento e garantir o planejamento para a alocação dos recursos.

4. Viabilizar a articulação dos produtores com o BNDES, a FINEP e os programas de investimento do MS e dos Estados.

5. Pleitear a eliminação das restrições impostas ao financiamento das instituições públicas produtoras de bens e serviços pelos órgãos públicos de fomento.

6. Elaborar Plano de Certificação, pela ANVISA e a OMS, de cada produto e de cada planta no âmbito do Programa, detalhando etapas e custos.

7. Utilizar produtor âncora para capacitação dos profissionais de outras instituições no processo de certificação.

8. Garantir compras compartilhadas ou centralizadas, no âmbito do Programa, de produtos e serviços a um custo menor.

9. Integrar-se no esforço de constituição de um Sistema de Controle e Garantia de Qualidade para os produtos incluídos no Programa

COMPONENTE C: Avaliação e Regulação

PROPÓSITOS

1. Estabelecer infra-estrutura nacional para ensaios (clínicos e não-clínicos) de imunobiológicos (Rede Brasileira de Ensaios);

2. Buscar a incorporação da propriedade intelectual nas estratégias de desenvolvimento, gestão e produção;

3. Desencadear processo de discussão visando à adaptação da legislação regulatória de imunobiológicos à realidade brasileira.

OBJETIVOS

1. Fortalecer as atividades de ensaios (pré-clínicos, clínicos e epidemiológicos) em instituições públicas.

2. Difundir a discussão da importância da propriedade intelectual entre pesquisadores e produtores.

3. Desencadear ações visando à construção de conceitos que possam vir a mudar a legislação sobre ensaios clínicos e pré-clínicos e as exigências para registro de imunobiológicos.

INSTRUMENTOS

1. Promover seminários de âmbito nacional para discutir proposta de um programa para o desenvolvimento de ensaios (pré-clínicos, clínicos e epidemiológicos) dos imunobiológicos desenvolvidos no âmbito do Programa.

2. Retomar e formalizar os contatos já existentes entre instituições públicas que têm participado em Ensaios de Vacinas produzidas pelos produtores públicos nacionais.

3. Propor e desenvolver um projeto completo para a Rede Brasileira de Ensaios de Vacinas, no âmbito do Programa;

4. Estabelecer contato com centros do exterior envolvidos no esforço de realização de ensaios clínicos independentes, com financiamento exclusivamente público ou de instituições filantrópicas, à semelhança da "European Science Foundation" com seu "Pan-European Clinical Trials".

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300554

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

5. Estabelecer relacionamento com as instâncias nacionais que se têm preocupado com a questão da propriedade intelectual para orientar os produtores a trabalhar com vacinas patenteadas a partir de acordo comercial ou licença, compatíveis com o TRIPS.
6. Estabelecer mecanismo permanente de consulta aos bancos de patentes de produtos que possam ser incluídos no Programa.
7. Desenvolver mecanismos para fortalecer as áreas de gestão de tecnologia das instituições participantes, incluindo a Propriedade Intelectual, com vistas a patentear os resultados do desenvolvimento de produtos e processos no âmbito do Programa.
8. Promover estudos visando a uma Consulta Pública para revisão da legislação de registro dos produtos gerados no âmbito do Programa.
COMPONENTE D: Desenvolvimento e Inovação
PROPÓSITOS
1. Incorporar a inovação na estratégia das organizações, visando ao desenvolvimento autônomo (e/ou à internalização) de tecnologias mais avançadas com alto valor agregado.
2. Definir um conjunto de vacinas prioritárias, incluindo adjuvantes e plataformas de aplicação de cada vacina.
3. Selecionar nichos tecnológicos prioritários, formação de redes e fortalecimento das instituições âncora.
OBJETIVOS
1. Articular as ações de saúde com ações de competitividade, elaborando uma agenda de pesquisa em vacinas com base nas prioridades públicas explícitas da política nacional de saúde.
2. Garantir a coordenação das atividades no âmbito do Programa, integrando pesquisa básica, desenvolvimento tecnológico, ensaios clínico-epidemiológicos, produção, regulamentação e mercado, levando em conta que as parcerias mudam em cada etapa.
3. Definir as rotas tecnológicas e a coordenação das atividades do ciclo de desenvolvimento dos produtos.
4. Estimular a criação de empresas autônomas de biotecnologia e o desenvolvimento desse setor nas organizações envolvidas no programa, especialmente, não apenas nas âncoras.
INSTRUMENTOS
1. Capacitar os produtores para o estabelecimento de estratégias competitivas de inovação e de penetração no mercado internacional.
2. Realizar estudos (custo-benefício, carga de doença, epidemiológicos pós-licenciamento) para orientar a definição das prioridades.
3. Identificar os principais gargalos para o desenvolvimento de cada vacina.
4. Contemplar sempre a transferência de tecnologia (internalização) como alternativa possível de desenvolvimento dos produtos.
5. Definir os cronogramas e as responsabilidades para cada produto proposto no âmbito do Programa.
6. Propor a adoção de incentivos financeiros para os produtores como garantia para o esforço de desenvolvimento de novas vacinas: incentivos fiscais; cartas-compromisso garantindo a aquisição do produto;financiamento para os grupos de gestão de projetos e das redes; criação de uma "alíquota de inovação" (o preço do produto vendido para o MS acrescido de um percentual de inovação); e inclusão nos orçamentos dos produtores de elemento capaz de assegurar o esforço de P&D etc.
Anexo XCVII
TERMO DE ADESÃO (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Anexo 2)
Termo de Adesão
(MODELO EM PAPEL TIMBRADO)
UF:
Município (se for o caso):
Secretaria Municipal/Estadual de Saúde de
_____
A Secretaria Municipal/ Estadual de Saúde de _____, representada pelo seu Secretário Municipal/Estadual de Saúde, solicita adesão ao Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), nos termos definidos pela Portaria nº , de de 2013, assumindo as responsabilidades expressas nos compromissos das metas definidas pelo Programa, visando induzir o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde.
(local), ____, de _____ de 2013.
_____
GESTOR(A) MUNICIPAL/ ESTADUAL
(Nome e assinatura)
Anexo XCVIII
METAS E INDICADORES PACTUADOS NO ÂMBITO DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Anexo 1)
I - Municípios e Distrito Federal
1. Meta: 90% (noventa por cento) de registros de óbitos alimentados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) até 60 (sessenta) dias após o final do mês de ocorrência.
Indicador: proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 (sessenta) dias após o final do mês de ocorrência.
2. Meta: 90% (noventa por cento) de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc até 60 (sessenta) dias após o final do mês de ocorrência.
Indicador: proporção de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 (sessenta) dias após o final do mês de ocorrência.
3. Meta: 80% (oitenta por cento) ou mais de Salas de Vacina com alimentação mensal no SI-PNI, por Município.
Indicador: proporção de Salas de Vacina com alimentação mensal no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), por Município.
4. Meta: 100% (cem por cento) das vacinas do calendário básico de vacinação da criança com a cobertura vacinal preconizada.
Indicador: proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas.
5. Meta: 90% (noventa por cento) do número de análises obrigatórias para o parâmetro coliformes totais realizadas.
Indicador: Proporção de análises realizadas para o parâmetro Coliformes Totais em água para consumo humano.
6. Meta: 50 (cinquenta) semanas epidemiológicas com, pelo menos, uma notificação (positiva, negativa ou de surto), no período de um ano.
Indicador: número de semanas epidemiológicas com informações no Sinan.
7. Meta: 80% (oitenta por cento) de casos das doenças de notificação compulsória imediata registrados no Sinan encerradas em até 60 (sessenta) dias a partir da data de notificação.
Indicador: proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 (sessenta) dias após notificação.
8. Meta: 70% (setenta por cento) dos casos de malária com tratamento iniciado em até 48 (quarenta e oito) horas a partir do início dos sintomas.
Indicador: proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em até 48 (quarenta e oito) horas a partir do início dos sintomas.
9. Meta: 4 (quatro) ciclos, dos 6 (seis) preconizados, com mínimo de 80% (oitenta por cento) de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.
Indicador: número de ciclos que atingiram mínimo de 80% (oitenta por cento) de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.
10. Meta: 80% (oitenta por cento) dos contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes, examinados.
Indicador: proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.
11. Meta: 80% (oitenta por cento) dos contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar bacílífera examinados.
Indicador: proporção de contatos de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera examinados.
12. Meta: 2 (dois) testes de sífilis por gestante.
Indicador: número de testes de sífilis por gestante.
13. Meta: 15% (quinze por cento) de ampliação no número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior.
Indicador: número de testes de HIV realizado.
14. Meta: 90% (noventa por cento) das notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho com o campo "ocupação" preenchido.
Indicador: proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho.
II - Estados Ampliar o número de Municípios que alcançam as metas listadas acima.
Anexo XCIX
CADERNO DE INDICADORES DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Anexo 2)
Indicador 1 - Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 (sessenta) dias após o final do mês de ocorrência.

Meta	90% (noventa por cento) de registros de óbitos alimentados no SIM até 60 (sessenta) dias após o final do mês de ocorrência
Relevância do Indicador	- As informações de mortalidade do SIM são cada vez mais utilizadas para a formulação de políticas públicas e monitoramento de eventos estratégicos (mortalidade infantil, fetal, materna e mulheres em idade fértil) na esfera federal, estadual e municipal. Por esse motivo, a oportunidade da notificação é fundamental.
Método de Cálculo	Numerador: total de óbitos notificados até 60 (sessenta) dias após o final do mês de ocorrência, por local de residência. Denominador: total de óbitos esperados (estimados). Fator de multiplicação: 100.
Fonte	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final 2014: 31 de março de 2015
Informações adicionais	- A alimentação no SIM dos registros de óbito deve ser feita de forma regular e constante durante todo o ano. - Dentre todos os óbitos, a alimentação ao SIM dos óbitos fetais, infantis e maternos deve ser priorizada, conforme preconizado nas Portarias nº 1.119/GM/MS, de 5 de junho de 2008, e nº 72/GM/MS, de 11 de janeiro de 2010. - Quanto ao número de óbitos esperados, serão utilizados os mesmos parâmetros da Portaria nº 201/SVS/MS, de 3 de novembro de 2010, adaptados para o contexto do PQA-VS. Assim, o método será aplicado a todos os Municípios, inclusive para os menores de 30.000 habitantes. - A Secretaria de Vigilância em Saúde disponibiliza o número de óbitos esperados por Município no seguinte endereço: http://svs.aids.gov.br/cgiae/sim/ http://svs.aids.gov.br/cgiae/sim/ no item documentação.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 2 - Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 (sessenta) dias após o final do mês de ocorrência.

Meta	90% (noventa por cento) de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc até 60 (sessenta) dias após o final do mês de ocorrência.
Relevância do Indicador	- As informações dos nascimentos do Sinasc são cada vez mais utilizadas para a formulação de políticas públicas e monitoramento de eventos estratégicos (como número de consultas de pré-natal, percentual de cesáreas desnecessárias) na esfera federal, estadual e municipal. Por esse motivo, a oportunidade da notificação é fundamental.

Método de Cálculo	Numerador: total de nascidos vivos notificados no Sinasc até 60 (sessenta) dias após o final do mês de ocorrência por local de residência. Denominador: total de nascidos vivos esperados (estimados). Fator de multiplicação: 100.
Fonte	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final 2014: 31 de março de 2015.
Informações adicionais	- A alimentação no Sinasc dos registros de nascimento deve ser feita de forma regular e constante durante todo o ano. - Os parâmetros adotados para estipular o volume esperado de registros de nascidos vivos para os municípios serão definidos com base no desempenho de cada Secretariamunicipal, no que se refere à captação desses eventos nos últimos 3 (três) anos estatísticos encerrados e publicados, conforme os seguintes estratos: I - Municípios, cuja Taxa Bruta de Natalidade Média no último triênio seja considerada adequada, terão o número de nascidos vivos esperados em cada mês calculado a partir do número de registros informados ao Sistema de Informação nos últimos 4 (quatro) anos, projetado por regressão linear simples para o ano em curso; II - Municípios, cuja Taxa Bruta de Natalidade Média no último triênio seja considerada inadequada, terão o número de nascidos vivos esperados em cada mês calculado a partir da aplicação da Taxa Bruta de Natalidade considerada minimamente adequada sobre a população estimada para o Município no ano corrente e, na sua ausência, para o ano anterior. O Ministério da Saúde emitirá anualmente Nota Técnica, apontando: a) em que estrato se enquadra cada Município para as finalidades que preconizam os incisos I e II acima; e b) toda a memória de cálculo do número de nascimentos esperados por ano e por mês, por Município. - A Secretaria de Vigilância em Saúde disponibiliza o número de nascidos vivos esperados por Município no seguinte endereço: http://svs.aids.gov.br/cgiae/sinasc/ no item documentação.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 3 - Proporção de Salas de Vacina com alimentação mensal no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), por município.

Meta	80% ou mais de Salas de Vacina com alimentação mensal no SI-PNI, por município.
Relevância do Indicador	- Permite monitorar a quantidade de salas de vacinas do município utilizando o SI-PNI (Sistema de Informação nominal e por procedência do vacinado) regularmente como fonte de informação dos dados de imunizações, para análise mais precisa dos dados de cobertura vacinal.
Método de Cálculo	Numerador: Número de salas de vacina do município com alimentação mensal no SI-PNI. Denominador: Número de salas de vacinas do município constante do cadastro do SI-PNI em junho de 2012. Fator de multiplicação: 100.
Fonte	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final 2014: 15 de abril de 2015.
Informações adicionais	- A alimentação do SI-PNI poderá ser realizada pela Unidade de Saúde onde estiver localizada a Sala de Vacina, não sendo necessária a instalação de equipamento exclusivo para esse fim. - Em municípios até 10.000 habitantes, a alimentação do SI-PNI poderá ocorrer no nível central da Secretaria Municipal de Saúde, com a identificação das Salas de Vacinas correspondentes. - Os dados para a avaliação desse indicador levarão em conta o quantitativo de salas de vacinas existentes no Cadastro do Sistema de Informação de Avaliação do Programa Nacional de Imunizações (SIAPI) em junho de 2012, que subsidiou a elaboração da Portaria GM/MS nº 2.363/2012.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliaçãono Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 4 - Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas.

Meta	100% (cem por cento) das vacinas do calendário básico de vacinação da criança com a cobertura vacinal preconizada.
Relevância do Indicador	- Evidencia se as vacinas que integram o Calendário Básico de Vacinação da Criança possuem cobertura de acordo com o preconizado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI).
Método de Cálculo	Passo 1: calcular a cobertura vacinal por tipo de vacina: CV BCG-ID = Numerador: nº de doses aplicadas de BCG < 1 ano de idade. Denominador: população <1 ano de idade. Fator de multiplicação: 100. Rotavírus Humano (VORH) = Numerador: nº de 2ª doses aplicadas de VORH <1 ano de idade. Denominador: população <1 ano de idade. Fator de multiplicação: 100. Pentavalente (DTHib HeB) = Numerador: nº de 3ª doses aplicadas de Pentavalente (DTHib HeB) em <1 ano de idade. Denominador: população <1 ano de idade. Fator de multiplicação: 100. Vacina contra Poliomielite= Numerador: nº de 3ª doses aplicadas de Vacina contra Poliomielite em <1 ano de idade. Denominador: população <1 ano de idade. Fator de multiplicação: 100. Pneumocócica Conjugada 10v (PnC10v) = Numerador: nº de 3ª doses aplicadas de vacina Pneumocócica Conjugada 10v (PnC10v) em <1ano de idade. Denominador: população <1 ano de idade. Fator de multiplicação: 100. Meningocócica Conjugada C (MnC) = Numerador: nº de 2ª doses aplicadas de vacina Meningocócica Conjugada C (MnC) em <1 ano de idade. Denominador: população <1 ano de idade. Fator de multiplicação: 100. Vacina Febre Amarela= Numerador: nº de doses da vacina febre amarela em menores de um ano de idade Denominador: população <1 ano de idade. Fator de multiplicação: 100. Aplica-se aos Municípios que fazem parte da Área com Recomendação de Vacinação da Febre Amarela. Tríplice viral = Numerador: nº de doses da vacina Tríplice viral em crianças de 1 ano de idade. Denominador: população 1 ano de idade. Fator de multiplicação: 100. Vacina Tetra viral - 95% Numerador: nº de doses da vacina Tetra viral em crianças de 1 ano de idade. Denominador: população 1 ano de idade. Fator de multiplicação: 100. Influenza = Numerador: nº de doses de vacina Influenza na população de 6 meses < 5 anos de idade. Denominador: população 6 meses < 5anos idade. Fator de multiplicação: 100. Passo 2: calcular a proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas: Numerador: número de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas, de acordo com as normas do PNI. Denominador: total de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança. Fator de multiplicação: 100.
Fontes	Numerador: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações Denominador: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc: dados referentes ao último ano disponível na base de dados nacional)
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados das bases nacionais para avaliação final 2014: 15 de abril de 2015.

Informações adicionais	Parâmetros Nacionais para Referência: - Em menores de um ano de idade: a) BCG-ID ³90%; b) Vacina Oral de Rotavírus Humano (VORH) ³90%; c) Pentavalente (DTHib HepB) ³95%; d) Vacina contra Poliomielite ³95% (no segundo semestre de 2012, o esquema vacinal passou a utilizar a vacina inativada poliomielite para a 1ª dose (2 meses) epara a 2ª dose (4 meses) e a vacina oral poliomielite para a 3ª dose (6 meses), com reforço aos 15 meses). e) Pneumocócica Conjugada (PnC10v) ³95%; f) Vacina Meningocócica Conjugada C (MnC) ³95%; e g) Vacina Febre Amarela =100%. - Em crianças de um ano de idade: a) Vacina tríplice viral ³95%; e b) Vacina tetra viral ³95%. - Em crianças de 6 meses a <5 anos de idade (CV em campanha anual): Influenza (INF) ³ 80%. Considerar o mês de agosto para avaliação da cobertura vacinal da influenza para o ano em curso.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 5 - Proporção de análises realizadas para o parâmetro Coliformes Totais em água para consumo humano.

Meta	90% (noventa por cento) do número de análises obrigatórias para o parâmetro coliformes totais realizadas.
Relevância do Indicador	- Permite avaliar a qualidade da água utilizada para consumo humano e a eficácia do tratamento empregado na inativação de organismos patogênicos.
Método de Cálculo	Numerador: número de amostras de água analisadas para o parâmetro coliformes totais. Denominador: total de amostras obrigatórias para o parâmetro coliformes totais. Fator de multiplicação: 100.
Fonte	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água pra Consumo Humano (Sisagua).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final 2014: 15 de abril de 2015.
Informações adicionais	O atendimento da meta estabelecida requer uma atuação compartilhada entre o setor responsável pela vigilância da qualidade da água para consumo humano e o laboratório de referência responsável pelas análises de qualidade da água. De acordo com os artigos 18 e 19 da Portaria nº 2.914/GM/MS, de 2011, compete às Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios a identificação dos laboratórios de referência para operacionalização das análises de vigilância da qualidade da água para consumo humano. Nesse sentido, orienta-se que o responsável pela vigilância da qualidade da água para consumo humano colete as amostras de água e envie para análise no laboratório de referência. Posteriormente, o responsável pela vigilância deverá inserir os resultados no Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua). O indicador permite avaliar a eficiência do processo de tratamento, bem como a integridade do sistema de distribuição e canalização. Vale salientar que para as fontes de água utilizadas para consumo humano e que não possuem tratamento, quando detectada a presença de coliformes totais e, tendo em vista a avaliação do atendimento ao padrão microbiológico da água para consumo humano, ressalta-se a necessidade de análise para verificação da presença de Escherichia coli (E. coli). Quando confirmada a positividade para E. coli, medidas corretivas devem ser adotadas, junto ao responsável pelo abastecimento de água ou à população, para garantir que a água atenda os valores de referências estabelecidos pela Portaria nº 2.914/GM/MS ,de 2011. - O número de análises obrigatórias para o parâmetro coliformes totais está previsto na Diretriz Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, disponível no site da SVS, no seguinte endereço: http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/30/Diretriz-Nacional-do-Plano-de-amostragem-da-Vigilancia-da-qualidade-da-agua-para- consumo-humano.pdf
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 6 - Número de semanas epidemiológicas com informações no Sinan.

Meta	50 (cinquenta) semanas epidemiológicas com, pelo menos, uma notificação (positiva, negativa ou de surto), no período de um ano.
Relevância do Indicador	- Permite vigilância ativa de doenças e agravos de notificação compulsória, principalmente frente às situações de epidemias ou alteração do padrão epidemiológico. - Permite que as três esferas de gestão do SUS possam responder oportunamente às mudanças na situação epidemiológica, com base em relatórios, recomendações eainformações públicas para toda a rede de serviços de saúde, levando a medidas de intervenção adequadas.
Método de Cálculo	Número de semanas epidemiológicas com, pelo menos, uma informação de notificação (positiva, negativa ou de surto).
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final 2014: 15 de abril de 2015.
Informações adicionais	- O Sistema preconiza que deverá haver pelo menos uma informação de notificação (positiva, negativa ou surto) a cada semana epidemiológica, ao longo de todo o ano epidemiológico, totalizando 52 ou 53 semanas, de acordo com o ano. - A presença dessas informações indica que a vigilância em saúde local está ativa no monitoramento de doenças de notificação compulsória e, no caso de ausência de casos naquela semana, notifica negativamente às demais esferas.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliaçãono Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 7 - Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 (sessenta) dias após notificação.

Meta	80% (oitenta por cento) de casos das doenças de notificação compulsória imediata registrados no Sinan encerradas em até 60 (sessenta) dias a partir da data de notificação.
Relevância do Indicador	- Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do Sinan.
Método de Cálculo	Numerador: total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 (sessenta) dias a partir da data de notificação. Denominador: total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação. Fator de multiplicação: 100.
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final 2014: 15 de abril de 2015.
Informações adicionais	- Para esse indicador, foram definidas, em virtude de sua magnitude e relevância, 25 doenças de notificação imediata nacional. São elas: Antraz pneumônico, Arenavírus, Botulismo, Cólera, Dengue (óbitos), Ebola, Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação, Febre amarela, Febre de chikungunya, Febre do niloocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública, Febre maculosa e outras riquetisioses, Febre purpúrica brasileira, Influenza humana produzida por novo subtipo viral, Lassa, Malária na região extra Amazônica, Marburg, Síndrome da Paralisia Flácida Aguda, Peste, Raiva humana, Rubéola, Sarampo, Síndrome da rubéola congênita, Síndrome respiratória aguda grave associada a coronavírus, Tularemia e Varíola. - Município que não possui registro no Sinan de, pelo menos, uma das doenças de notificação imediata citadas, no ano de análise, não pontua para o PQA-VS.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 8 - Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em até 48h a partir do início dos sintomas.

Meta	70% (setenta por cento) dos casos de malária com tratamento iniciado em até 48h a partir do início dos sintomas.
Relevância do Indicador	- Permite avaliar a oportunidade da entrega de tratamento antimalárico, o que contribui para a redução da transmissão, morbidade e mortalidade pela doença. - Orienta o planejamento das ações para garantir acesso oportuno ao diagnóstico e tratamento de malária.
Método de Cálculo	Numerador: número total de casos de malária sob tratamento em até 48 (quarenta e oito) horas, após o início dos primeiros sintomas, por local de notificação, excluídas Lâminasde Verificação e Cura (LVC), na data de referência do ano considerado. Denominador: número total de casos de malária sintomáticos por local de notificação, excluídas Lâminas de Verificação de Cura (LVC), na data de referência do ano considerado. Fator de multiplicação: 100. Para processamento dos dados no Sivep-Malária, utilizar os dados disponíveis na base NOTIPOXX.dbf, sendo XX igual ao ano da base de dados com 2 dígitos (Ex: NOTIPO14.dbf); contar número de registros, agrupados por Município (MUN_NOT) ou por unidade da federação (UF_NOT), sendo ID_LVC = 2 e SINTOMAS = 1. Para cada registro, criar uma variável que informa o intervalo em dias entre o início dos primeiros sintomas e o início do tratamento (DT_TRATA menos DT_SINTO). Em seguida, calcular o percentual de registros com intervalo menor ou igual a 2 dias (48h) em relação ao total de registros selecionados. Para processamento dos dados no Sinan, utilizar os dados disponíveis na base MALANXX.dbf, sendo XX igual ao ano da base de dados com 2 dígitos (Ex: MALAN14.dbf). Contar número de registros, agrupados por Município (ID_MUNICIP) ou por unidade da federação (SG_UF_NOT), sendo AT_LAMINA ? 3 e AT_SINTOMA = 1. Para cada registro criar uma variável que informa o intervalo em dias entre o início dos primeiros sintomas e o início do tratamento (DTRATA menos DT_SIN_PRI). Em seguida calcular o percentual de registros com intervalo menor ou igual a 2 dias em relação ao total de registros selecionados.
Fontes	Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária (Sivep-Malária), para Região Amazônica (Estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), para os demais Estados.
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados das bases nacionais para avaliação final 2014: 30 de abril de 2015.
Informações adicionais	Município que não possui registro de notificação de casos de malária em seu território no Sivep-Malária ou no Sinan, de acordo com sua localização, não pontua para o PQA- VS.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEV E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 9 - Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% (oitenta por cento) de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

Meta	4 ciclos, dos 6 preconizados, com mínimo de 80% (oitenta por cento) de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.
Relevância do Indicador	- Evidencia o conjunto de imóveis localizados em áreas infestadas pelo vetor e o quantitativo que realmente foi visitado pelos agentes de controle de endemias, preferencialmenteem articulação com os agentes comunitários de saúde, em cada ciclo.
Método de Cálculo	1º passo - Cobertura por ciclo Numerador: número de imóveis visitados em cada um dos ciclos de visitas domiciliares de rotina para o controle da dengue. Denominador: número de imóveis da base do Reconhecimento Geográfico (RG) atualizado. Fator de multiplicação: 100. 2º passo - Soma do número de ciclos com mínimo de 80% (oitenta por cento) de cobertura de imóveis visitados.
Fontes	Sistema de Informação da Vigilância da Febre Amarela e Dengue (SISFAD). Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCD). Sistema próprio do Estado ou Município. OBS.: Os Municípios possuem, em âmbito local, os dados referentes ao indicador aqui tratado, registrados no SISFAD, ou no SISPNCD, ou em planilhaseletrônicas próprias, formatadas para a identificação das visitas domiciliares realizadas, por ciclo. A consolidação nacional desses dados, sempre que necessária, será feita por meio de planilha do excel, preenchida pelas SES, com base nos dados levantados junto aos Municípios, e enviada ao Programa Nacional de Controle da Dengue via Formsus.
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final 2014: 31 de março de 2015.
Informações adicionais	- Imóveis a serem trabalhados - As ações de controle vetorial da dengue devem ser realizadas, prioritariamente, em imóveis situados em áreas urbanas ou povoadas comcaracterísticas urbanas, de Municípios que apresentem infestação domiciliar pelo Aedes aegypti, persistente, no mínimo, por 1 ano ou com histórico de transmissão. Opcionalmente, em grandes centros urbanos, as visitas de rotina a edifícios podem ser restritas à área comum e a apartamentos ao nível do solo. - O método de cálculo deverá ser aplicado em cada ciclo para verificação da cobertura dos imóveis visitados. A cobertura mínima em cada ciclo deverá ser de 80% (oitenta por cento) dos imóveis. - Não deve ser considerada a média dos ciclos. - O Reconhecimento Geográfico (RG) deve ser atualizado de modo que o número de imóveis visitados não seja maior que o número de imóveis existentes, evitando coberturas acima de 100%. - Os imóveis visitados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e, posteriormente, pelos Agentes de Controle de Endemias (ACE), a título de complementação, deverão ser registrados apenas como uma única vez. - O Município classificado como "Não infestado", em decorrência da pesquisa entomológica, não é obrigado a realizar visitas domiciliares para controle da dengue. Ele desenvolve outras ações de vigilância. Nesse caso, pontua no PQA-VS. Mas, se o Município nessa situação apresentar registro autóctone da doença no Sinan será considerado "Infestado" e deverá realizar as visitas domiciliares, conforme preconizado, para pontuar no PQA-VS.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 10 - Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.

Meta	80% (oitenta por cento) dos contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes, examinados.	
Relevância do Indicador	Mede a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase para detecção de casos novos.	
Método de Cálculo	Numerador: número de contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase examinados, por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes - Paucibacilare Multibacilar. Denominador: total de contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase registrados, por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes - Paucibacilar e Multibacilar. Fator de multiplicação: 100. Processar os dados no TABWIN, de acordo com os seguintes passos: 1º passo - Tabulação Paucibacilar	
	Linha	UF Res Atual ou Mun Res AT
	Coluna	Não Ativa
	Frequência	Contato Registrado
	Desmarcar:	Contato Examinado
	Seleções Disponíveis	Ano Diagnóstico: subtraia 1 ao ano de avaliação(ex. se o ano da avaliação for 2014, selecione o ano diagnóstico 2013) Modo Entrada: Caso Novo Tipo de Saída: Marcar todos exceto ERRO DE DIAGNÓSTICO e TRANSFERÊNCIAS 1 Class Oper Atual: PAUCIBACILAR (PB)
	Não Classificados	Esq TeraAtual: PQT/PB/6 DOSES
	Para avaliação Municipal, desmarque transferências para outros Municípios, outros estados e outros países. Para avaliação regional, desmarque transferências para outros Municípios	
	fora da sua regional, outros Estados e outros países. Para avaliação Estadual, exclua transferências para outros Estados e outros países.	
	Altere o nome da coluna "Contato	Registrado" clicando com o lado direito do mouse no título e adicione PB e ano diagnóstico selecionado (ex. Contato Registrado PB 2012).
	Repita a mesma ação para "Contato Examinado".	
	Salvar como "Coorte contatos PB" para uso no 3º passo.	
	2º passo - Tabulação Multibacilar.	
	Clique novamente em EXECUTAR TABULAÇÃO no Menu Arquivo e clique em ABRE DEF. Altere os seguintes campos da tabulação anterior: ano de diagnóstico para 2 anos	
	antes da avaliação, Classificação Operacional Atual para Multibacilar e Esquema Terapêutico Atual para PQT/MB/12 DOSES, conforme descrito a seguir:	
	Linha	UF Res Atual ou Mun Res AT
	Coluna	Não Ativa
	Freqüência	Contato Registrado Contato Examinado

	Desmarcar:	Suprimir Linhas Zeradas Suprimir Colunas Zeradas
	Seleções Disponíveis	Ano Diagnóstico: subtraia 2 ao ano de avaliação (ex. se o ano da avaliação for 2014, selecione o ano diagnóstico 2012) Modo Entrada: Caso Novo Tipo de Saída: Marcar todos exceto ERRO DEDIAGNÓSTICO e TRANSFERÊNCIAS Class Oper Atual: MULTIBACILAR (MB) Esq TeraAtual: PQT/MB/12 DOSES
	Não Classificados	Marcar: Ignorar
	Para avaliação Municipal, desmarque transferências para outros Municípios, outros estados e outros países. Para avaliação regional, desmarque transferências para outros municípiosfora da sua regional, outros Estados e outros países. Para avaliação estadual, exclua transferências para outros Estados e outros países. Altere o nome da coluna "Contato Registrado" clicando com o lado direito do mouse no título e adicione MB e ano diagnóstico selecionado (ex. Contato Registrado MB 2012). Repita a mesma ação para "Contato Examinado". Salvar como "Coorte contatos MB" para uso no 3º passo 3º Passo - Soma dos resultados obtidos nos passos anteriores: Numerador: número de contatos Paucibacilares Examinados Número de contatos Multibacilares Examinados. Denominador: número de contatos Paucibacilares Registrados Número de contatos Multibacilares registrados. Com a tabela de Coorte Contatos MB aberta no Tabwin, clique no Menu Arquivo INCLUIR TABELA, localizar a tabela "coorte contatos PB", salva anteriormente, e fazer a inclusão. No Menu OPERAÇÕES, clique em SOMAR e selecione com a tecla Ctrl e mouse os Contatos Registrados PB e Contatos Registrados MB e clique em OK, será criada uma nova coluna SOMA. Para renomear a coluna clique em cima do título com lado direito do mouse e altere o nome para Contatos Registrados PB MB, repita a mesma operação para Contatos Examinados PB MB. No Menu QUADRO, em ELIMINAR COLUNA, selecione todas exceto Contatos Registrados PB MB e Contatos Examinados PB MB. 4º passo - Cálculo do indicador: Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase nos anos das coortes, examinados. Para realizar o cálculo, clique em CALCULAR INDICADOR no Menu OPERAÇÕES e selecione: Numerador: Contatos Examinados PB MB Denominador: Contatos Registrados PB MB Escala por: 100 Casas decimais: 1 Título da coluna: Altere para % de Contatos Examinados PB MB	
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).	
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final de 2014: 31 de março de 2015.	
Informações adicionais	- A investigação epidemiológica tem por finalidade a descoberta de casos entre aqueles que convivem ou conviveram com o doente e suas possíveis fontes de infecção. - Para fins operacionais, considera-se contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos cinco anos. - O exame dos contatos consiste no exame dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos detectados, independentemente da classificação operacionale do repasse de orientações sobre período de incubação, transmissão e sinais e sintomas precoces da hanseníase. - A vacina BCG-ID (Bacilo de Calmette-Guërin) deverá ser aplicada nos contatos intradomiciliares sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação, independentemente de serem contatos de casos Paucibacilares (PB) ou Multibacilares (MB). - A aplicação da vacina BCG depende da história vacinal e segue as recomendações da normatização vigente. - A avaliação dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes foi adotada por considerar que o período de tratamento é também o tempo em que as equipes de saúde dispõem para examinar os contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase. - As coortes são compostas de contatos intradomiciliares dos casos novos Paucibacilares, diagnosticados no ano anterior ao da avaliação e de contatos intradomiciliares dos casos novos Multibacilares diagnosticados dois anos antes à avaliação, semelhante às coortes para a avaliação da cura. Por exemplo: para a avaliação dos contatos examinados de 2014 será considerado os casos novos PB diagnosticados no ano de 2013 e os casos novos MB diagnosticados em 2012. - Ressalta-se que continua fundamental o empenho das equipes de saúde para que a vigilância dos contatos seja realizada oportunamente. - Para os Municípios que apresentaram casos novos de hanseníase no período da análise e que não registraram contatos, a meta deste indicador será considerada como não cumprida. - Município que não possui registro de casos novos de hanseníase nos anos das coortes no Sinan, entre residentes de seu território, não pontua para o PQA-VS.	
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis - DEVIT E-mail: dagvs@saude.gov.br	

Indicador 11 - Proporção de contatos de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera examinados.

Meta	80% (oitenta por cento) dos contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar bacílífera examinados.
Relevância do Indicador	- Permite prevenir o adoecimento e diagnosticar precocemente caso de doença ativa nesta população1.
Método de Cálculo	Numerador: número de contatos examinados dos casos novos pulmonares bacilíferos, no período e local de residência avaliado. Denominador: número de contatos registrados dos casos novos pulmonares bacilíferos, no período e local de residência avaliado. Fator de multiplicação: 100.
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final 2014: 15 de maio de 2015 (dados parciais relativos ao ano 2014).
Informações adicionais	Entende-se como contato toda pessoa que convive, no mesmo ambiente, com o caso índice, no momento do diagnóstico da TB. Esse convívio pode acontecer em casa e/ou em ambiente de trabalho, instituições de longa permanência, escola e outros. Contatos menores de cinco anos, pessoas com HIV-aids e portadores de condições de alto risco devem ser considerados prioritários no processo de avaliação de contatos e tratamento 2. O controle de contato deve ser realizado, fundamentalmente, pela atenção primária. Para os Municípios que apresentaram caso novo de tuberculose pulmonar bacilífera no período da análise e que não registraram contatos, a meta deste indicador será considerada como não cumprida. Município que não possui registro, no Sinan, de casos novos pulmonares bacilíferos de residentes em seu território, não pontua para o PQA-VS. 1 WHO. Implementing the WHO StoTB strategy: a handbook for national tuberculosis control programmes. Geneva, 2008. 2 BRASIL. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no-Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 12 - Número de testes de sífilis por gestante.

Meta	2 testes de sífilis por gestante.
Relevância do Indicador	- Expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades: durante a gestação e durante oparto.
Método de Cálculo	Numerador: número de testes realizados para o diagnóstico da sífilis entre gestantes, por ano e Município de residência da gestante. Denominador: número de partos hospitalares do SUS, por ano e Município de residência da gestante. Observações:1 . para o numerador considerar a quantidade aprovada, por município de residência, os seguintes procedimentos ambulatoriais: 0202031179 VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE;0214010082 TESTE RAPIDO PARA SIFILIS EM GESTANTE. 2. para o denominador considerar o total de AIH aprovadas de gestantes, por Município de residência, nos seguintes procedimentos: 0310010039 PARTO NORMAL; 0310010047 PARTO NORMAL EM GESTACAO DE ALTO RISCO; 0411010026 PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO; 0411010034 PARTO CESARIANO; e, 0411010042 PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA.
Fonte	Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Denominador: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados das bases nacionais para avaliação final 2014: 15 de maio de 2015 (dados parciais relativos ao ano 2014, no caso dodenominador).

Informações adicionais	- Com a realização do diagnóstico da sífilis e o tratamento adequado da gestante e do parceiro durante o pré-natal, é possível eliminar a sífilis congênitacomo problema de saúde pública. - Desde janeiro de 2014, foi adotado o Boletim de Procedimentos Ambulatoriais Individualizado (BPA-i), no SIA-SUS, para o procedimento 0202031179 VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE, o que passou a permitir o registro do Município de residência da gestante. - Para o processamento "ano", considerar o período de janeiro a dezembro.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 13 - Número de testes de HIV realizado.

Meta	15% (quinze por cento) de ampliação no número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior.
Relevância do Indicador	- Permite avaliar a oportunidade do diagnóstico do HIV.
Método de Cálculo	número de testes realizados para o diagnóstico de HIV, por ano e Município de residência. Observação: Considerar a "quantidade aprovada" dos seguintes procedimentos ambulatoriais: 0202030296 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT); 0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 HIV-2 (ELISA); 0202031020 PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUO-RESCENCIA; 0214010040 TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HIV EM GESTANTE; e, 0214010058 TESTE RAPIDO PARA DETECÇÃO DE IN-FECÇÃO PELO HIV.
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final 2014: 15 de maio de 2015.
Informações adicionais	- O diagnóstico oportuno do HIV tem influência tanto na qualidade de vida da pessoa vivendo com HIV/aids, quanto na transmissão do vírus. - Os testes rápidos de HIV são comprados e disponibilizados pelo Ministério da saúde; os insumos para os demais exames são adquiridos por Estadose Municípios. - Todas as unidades de saúde do SUS estão aptas a solicitar o teste de HIV e sua realização pode ser feita em qualquer laboratório do sistema e da rede privada. - Para o processamento "ano", considerar o período de janeiro a dezembro.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério daSaúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 14 - Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho.

Meta	90% (noventa por cento) das notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido.
Relevância do Indicador	Identifica as ocupações que apresentam maiores incidências de agravos e doenças relacionados ao trabalho, possibilitando a definição de ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência, de forma mais adequada.
Método de Cálculo	Numerador: número de notificações com o campo "Ocupação" preenchido com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) correspondente, na versão disponibilizada pelo SINAN, em determinado ano e local de residência do caso. Denominador: número total de casos de agravos e doenças relacionados ao trabalho notificados, em determinado ano e local de residência do caso. Fator de multiplicação: 100.
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final 2014: 31 de março de 2015.
Informações adicionais	Relação de agravos ou doenças relacionadas ao trabalho selecionadas: a) acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho; b) acidente de trabalho grave (graves, fatais e em crianças e adolescentes); c) câncer relacionado ao trabalho; d) dermatoses ocupacionais; e) lesão por esforço repetitivo/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT); f) perda auditiva induzida por ruído - PAIR relacionada ao trabalho; g) pneumoconioses relacionadas ao trabalho; h) transtornos mentais relacionados ao trabalho; e i) intoxicação exógena relacionada ao trabalho. Município que não possui registro de notificação de agravos e doenças relacionados ao trabalho em seu território, no Sinan, não pontua para o PQA-VS.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no-Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Anexo C

METAS E INDICADORES PACTUADOS NO ÂMBITO DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PQA-VS). (Origem: PRT MS/GM 2984/2016, Anexo 1)

Metas e Indicadores a partir do ano de 2017:

Municípios e Distrito Federal

1. Meta: 90% de registros de óbitos alimentados no SIM até 60 dias após o final do mês de ocorrência.

Indicador: Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.

2. Meta: 90% de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc até 60 dias após o final do mês de ocorrência.

Indicador: Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência.

3. Meta: 80% de Salas de Vacina com alimentação mensal no SI-PNI, por município.

Indicador: Proporção de Salas de Vacina com alimentação mensal no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), por município.

4. Meta: 100% das vacinas selecionadas com cobertura vacinal de 95% de crianças menores de 2 anos - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose).

Indicador: Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.

5. Meta: 75% do número de análises obrigatórias realizadas para o residual de agente desinfetante.

Indicador: Percentual de amostras analisadas para o Residual de Agente Desinfetante em água para consumo humano (cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro).

6. Meta: 50 semanas epidemiológicas com, pelo menos, uma notificação (positiva, negativa ou de surto), no período de um ano.

Indicador: Número de semanas epidemiológicas com informações no Sinan.

7. Meta: 80% de casos das doenças de notificação compulsória imediata registrados no Sinan encerradas em até 60 dias a partir da data de notificação.

Indicador: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata nacional (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.

8. Meta: 70% dos casos de malária com tratamento iniciado em tempo oportuno (até 48 horas a partir do início dos sintomas para os casos autóctones e em até 96 horas a partir do início dos sintomas para os casos importados).

Indicador: Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno.

9. Meta: 4 ciclos, dos 7 preconizados, com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

Indicador: Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

10. Meta: 80% dos contatos dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes, examinados.

Indicador: Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase.

11. Meta: 70% dos contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial examinados.

Indicador: Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.

12. Meta: 2 testes de sífilis por gestante.

Indicador: Número de testes de sífilis por gestante.

13. Meta: 15% de ampliação no número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior.

Indicador: Número de testes de HIV realizado.

14. Meta: 95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido.

Indicador: Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.

15. Meta: 95% de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.

Indicador: Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.

Anexo CI

CADERNO DE METAS E INDICADORES DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PQA-VS) (Origem: PRT MS/GM 2984/2016, Anexo 2)
Metas e Indicadores a partir do ano de 2017:
Indicador 1 - Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.

Meta	90% de registros de óbitos alimentados no SIM até 60 dias após o final do mês de ocorrência
Relevância do Indicador	- As informações de mortalidade do SIM são cada vez mais utilizadas para a formulação de políticas públicas e monitoramento de eventos estratégicos (mortalidade infantil, fetal, materna e mulheres em idade fértil), nas esferas federal, estadual e municipal. Por esse motivo, a oportunidade da notificação é fundamental.
Método de Cálculo	Numerador: Total de óbitos notificados até 60 dias após o final do mês de ocorrência, por local de residência. Denominador: Total de óbitos esperados (estimados). Fator de multiplicação: 100.
Fonte	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 31 de março do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	- A alimentação no SIM dos registros de óbito deve ser feita de forma regular e constante durante todo o ano. - Dentre todos os óbitos, a alimentação no SIM dos óbitos fetais, infantis e maternos deve ser priorizada, conforme preconizado nas Portarias nº 1.119/GM/MS, de 5 de junho de 2008, nº 72/GM/MS, de 11 de janeiro de 2010, e nº 1.271/GM/MS, de 6 de junho de 2014, e, ainda, na Nota Informativa GAB/SVS sobre o registro e notificação compulsória de doenças e agravos relativos à Portaria nº 204/GM/MS, de 17 de fevereiro de 2016. - Quanto ao número de óbitos esperados, serão utilizados os mesmos parâmetros da Portaria nº 47/SVS/MS de 03/05/2016, adaptados para o contexto do PQA-VS. Assim, o método será aplicado a todos os municípios, inclusive para os menores de 30.000 habitantes. - Os municípios novos, bem como aqueles dos quais esses se desmembraram, deverão receber um tratamento provisório no monitoramento deste indicador, durante 4 (quatro) anos, a contar da data de instalação de fato (separação administrativa), para viabilizar a construção de série histórica, que permita estimar os volumes esperados de óbitos de seus residentes. - A Secretaria de Vigilância em Saúde disponibiliza o número de óbitos esperados por município no seguinte endereço: http://svs.aids.gov.br/cgiae/sim/ no item documentação
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 2 - Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência.

Meta	90% de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc até 60 dias após o final do mês de ocorrência.
Relevância do Indicador	- As informações dos nascimentos do Sinasc são cada vez mais utilizadas para a formulação de políticas públicas e monitoramento de eventos estratégicos (como número de consultas de pré-natal, percentual de cesáreas desnecessárias), nas esferas federal, estadual e municipal. Por esse motivo, a oportunidade da notificação é fundamental.
Método de Cálculo	Numerador: Total de nascidos vivos notificados no Sinasc até 60 dias após o final do mês de ocorrência por local de residência. Denominador: Total de nascidos vivos esperados (estimados). Fator de multiplicação: 100.
Fonte	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 31 de março do ano posterior ao da avaliação
Informações adicionais	- A alimentação no Sinasc dos registros de nascimento deve ser feita de forma regular e constante durante todo o ano. - Os parâmetros adotados para estipular o volume esperado de registros de nascidos vivos para os municípios serão definidos com base no desempenho de cada Secretaria Municipal, no que se refere à captação desses eventos nos últimos 3 (três) anos estatísticos encerrados e publicados, conforme os seguintes estratos: I - municípios, cuja Taxa Bruta de Natalidade Média no último triênio seja considerada adequada, terão o número de nascidos vivos esperados em cada mês calculado a partir do número de registros informados ao Sistema de Informação nos últimos 4 (quatro) anos, projetado por regressão linear simples para o ano em curso; II - municípios, cuja Taxa Bruta de Natalidade Média no último triênio seja considerada inadequada, terão o número de nascidos vivos esperados em cada mês calculado a partir da aplicação da Taxa Bruta de Natalidade considerada minimamente adequada (*) sobre a população estimada para o município no ano corrente e, na sua ausência, para o ano anterior, levando-se em conta também, para qualquer situação, os parâmetros adotados para corrigir (**), para fins de monitoramento, o volume de registros de nascidos vivos esperados por municípios no prazo de até 60 (sessenta) dias após o mês de ocorrência, calculados conforme definições a seguir: (*) Parâmetros mínimos de adequação da Taxas Brutas de Natalidade, segundo região e porte populacional: I - Para a Região Norte, são parâmetros mínimos de adequação Taxas Brutas de Natalidade maiores ou iguais a 14,2 em municípios menores de 50 mil habitantes, e 14,0 em municípios de 50 mil ou mais habitantes. II - Para a Região Nordeste, são parâmetros mínimos de adequação Taxas Brutas de Natalidade maiores ou iguais a 13,2 em municípios menores de 50 mil habitantes, e 12,8 em municípios de 50 mil ou mais habitantes. III - Para a Região Sudeste, são parâmetros mínimos de adequação Taxas Brutas de Natalidade maiores ou iguais a 10,5 em municípios menores de 50 mil habitantes, e 11,5 em municípios de 50 mil ou mais habitantes. IV - Para a Região Sul, são parâmetros mínimos de adequação Taxas Brutas de Natalidade maiores ou iguais a 10,0 em municípios menores de 50 mil habitantes, e 12,1 em municípios de 50 mil ou mais habitantes. V - Para a Região Centro-oeste, são parâmetros mínimos de adequação Taxas Brutas de Natalidade maiores ou iguais a 10,7 em municípios menores de 50 mil habitantes, e 13,8 em municípios de 50 mil ou mais habitantes. (**) Parâmetros adotados para corrigir, para fins de monitoramento, o volume de registros de nascidos vivos esperados por Municípios no prazo de até 60 (sessenta) dias após o mês de ocorrência, calculados conforme definições a seguir: I - Se a razão entre o número médio de nascidos vivos observados no triênio e o número de nascidos vivos esperados a partir da aplicação do parâmetro mínimo de adequação da Taxa Bruta de Natalidade sobre a população local for menor que 40%, o número de nascidos vivos esperados deve ser corrigido para 40% do que é projetado pela Taxa Bruta de Natalidade de adequação mínima. II - Se a razão entre o número médio de nascidos vivos observados no triênio e o número de nascidos vivos esperados a partir da aplicação do parâmetro mínimo de adequação da Taxa Bruta de Natalidade sobre a população local corresponder a um valor entre 40 e 89%, o número de nascidos vivos esperados deve ser acrescido de 10% do que é projetado pela Taxa Bruta de Natalidade de adequação mínima. III - Se razão entre o número médio de óbitos observados no triênio e o número de óbitos esperados a partir da aplicação do parâmetro mínimo de adequação da Taxa Bruta de Natalidade sobre a população local for maior ou igual a 90%, o número de nascidos vivos esperados deve ser aquele que é projetado pela Taxa Bruta de Natalidade de adequação mínima, sem correção. IV - Se o parâmetro para o cálculo do número esperado de nascidos vivos são os dados diretos do Sinasc, o número de nascidos vivos esperados deve ser aquele que é projetado pela regressão linear simples a partir da série histórica do sistema nos últimos 4 (quatro) anos, sem correção. V - Após a definição das metas anuais, feita pela aplicação dos critérios acima estabelecidos nos itens I a IV, deve-se compará-las com as metas do ano anterior, e todo município que apresente uma variação positiva entre um ano e outro de mais de 15% no número de nascidos vivos a serem coletados, a meta deve ser truncada em um aumento de 15%. - O Ministério da Saúde emitirá anualmente Nota Técnica, apontando: a) em que estrato se enquadra cada município para as finalidades que preconizam os incisos I e II acima; e b) toda a memória de cálculo do número de nascimentos esperados por ano e por mês, por municipio. - Os municípios novos, bem como aqueles dos quais esses se desmembraram, deverão receber um tratamento provisório no monitoramento deste indicador, durante 4 (quatro) anos, a contar da data de instalação de fato (separação administrativa), para viabilizar a construção de série histórica, que permita estimar os volumes esperados de óbitos de seus residentes. - A Secretaria de Vigilância em Saúde irá disponibilizar o número de nascidos vivos esperados por município no seguinte endereço: http://svs.aids.gov.br/cgiae/sinasc/ no item documentação
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 3 - Proporção de Salas de Vacina com alimentação mensal no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), por município.

Meta	80% de Salas de Vacina com alimentação mensal no SI-PNI, por município
Relevância do Indicador	- Permite monitorar a quantidade de salas de vacinas do município utilizando o SI-PNI (Sistema de Informação nominal e por procedência do vacinado) regularmente como fonte de informação dos dados de vacinação, para análise mais precisa dos dados de cobertura vacinal.
Método de Cálculo	Numerador: Número de salas de vacina do município com alimentação mensal no SI-PNI. Denominador: Número de salas de vacinas do município constante do cadastro do SI-PNI em junho de 2012. Fator de multiplicação: 100.
Fonte	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 15 de abril do ano posterior ao da avaliação
Informações adicionais	- A alimentação do SI-PNI poderá ser realizada pela Unidade de Saúde onde estiver localizada a Sala de Vacina, não sendo necessária a instalação de e quipamento exclusivo para esse fim. - Em municípios até 10.000 habitantes, a alimentação do SI-PNI poderá ocorrer no nível central da Secretaria Municipal de Saúde, com a identificação das Salas de Vacinas correspondentes. - Os dados para a avaliação desse indicador levarão em conta o quantitativo de salas de vacinas existentes no Cadastro do Sistema de Informação de Avaliação do Programa Nacional de Imunizações (SIAPI) em junho de 2012, que subsidiou a elaboração da Portaria nº 2.363/GM/MS, de 2012.

Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 4 - Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.

Meta	100% das vacinas selecionadas com cobertura vacinal de 95% de crianças menores de 2 anos - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose).
Relevância do Indicador	As vacinas selecionadas estão voltadas para o controle de doenças de significativa importância, sendo fundamental a permanência de elevadas e homogêneas coberturas vacinais como estratégia para manter e ou avançar em relação à situação atual: - a vacina Pentavalente, que previne a difteria, tétano, coqueluche e infecções por Haemophilus influenzae tipo B e hepatite B; - a vacina Pneumocócica 10-valente, que previne as infecções causadas pelo pneumococo, responsável por doenças com elevadas cargas de morbidade e mortalidade; - a vacina poliomielite, para a prevenção da doença do mesmo nome, em fase de erradicação global; e, - a vacina tríplice viral, para a prevenção do sarampo e rubéola, doenças com compromisso de eliminação na região das Américas
Método de Cálculo	Numerador: Total das vacinas selecionadas que alcançaram a cobertura vacinal preconizada. Denominador: 4 vacinas selecionadas - Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral. Fator de multiplicação: 100.
Fontes	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados das bases nacionais para avaliação final: 15 de abril do ano posterior ao da avaliação
Informações adicionais	A idade adequada para aplicação de cada vacina selecionada obedecerá ao Calendário Nacional de Vacinação atualizado e publicado pelo Ministério da Saúde nos termos da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, regulamentada pelo Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, bem como através de notas informativas
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 5 - Percentual de amostras analisadas para o Residual de Agente Desinfetante em água para consumo humano (cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro).

Meta	75% do número de análises obrigatórias realizadas para o residual de agente desinfetante
Relevância do Indicador	- Permite avaliar a eficácia do processo de desinfecção da água utilizada para consumo humano e da manutenção de teor mínimo para a inativação de organismos patogênicos
Método de Cálculo	Numerador: Número de amostras de água analisadas para o Residual de Agente Desinfetante (cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro). Denominador: Total de amostras obrigatórias para o Residual de Agente Desinfetante (cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro). Fator de multiplicação: 100.
Fonte	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água pra Consumo Humano (Sisagua)
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 15 de abril do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	- A aplicação de agente desinfetante para inativação de organismos patogênicos é uma exigência da norma de potabilidade brasileira, que prevê, ainda, a necessidade de manutenção de teor mínimo de residual de desinfetante em toda a extensão da rede de distribuição para prevenir uma possível recontaminação. - O agente desinfetante tem a função de destruir ou inativar organismos patogênicos que possam estar presentes na água e, dessa forma, prevenir a propagação de doenças de veiculação hídrica. - Esse indicador possui importante papel para prevenção de agravos à saúde humana e seu monitoramento possibilita identificar situações nas quais a concentração encontra-se fora da faixa preconizada. - Os produtos químicos derivados de cloro são os mais empregados, em virtude do poder de manutenção de um residual desinfetante na água do sistema de distribuição. O Artigo 34 da Portaria n° 2.914/ GM/MS, de 2011, determina a manutenção de teor mínimo de cloro residual livre, cloro residual combinado ou de dióxido de cloro em toda a extensão do sistema de distribuição (reservatórios e rede). - Em função da fácil degradação das formas de cloro na água, a análise do residual do agente desinfetante deve ser realizada em campo logo após a coleta, de forma a garantir um resultado mais fidedigno. - Quando o não atendimento aos valores de referências preconizados na Portaria n° 2.914/ GM/MS, de 2011, for confirmado, medidas corretivas devem ser adotadas, junto ao responsável pelo abastecimento de água ou à população, para garantir que o cumprimento dos valores de referências estabelecidos na portaria. - O número de análises obrigatórias para os parâmetros que medem os residuais de agentes desinfetantes está previsto na Diretriz Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, disponível no site da SVS, no seguinte endereço: (http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/06/diretriz-nacional-plano-amostragem-agua.pdf)
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 6 - Número de semanas epidemiológicas com informações no Sinan.

Meta	50 semanas epidemiológicas com, pelo menos, uma notificação (positiva, negativa ou de surto), no período de um ano.
Relevância do Indicador	- Este indicador representa a atividade do sistema de vigilância de morbidades do país e complementa positivamente as obrigações previstas na Portaria nº 47/GM/MS, de 3 de maio de 2016 , que estabelece o bloqueio de recursos no caso de não ocorrer regularidade na alimentação. - Permite vigilância ativa de doenças e agravos de notificação compulsória, principalmente frente às situações de epidemias ou alteração do padrão epidemiológico. - Permite que as três esferas de gestão do SUS possam responder oportunamente às mudanças na situação epidemiológica, com base em relatórios, recomendações e informações públicas para toda a rede de serviços de saúde, levando a medidas de intervenção adequadas.
Método de Cálculo	Número de semanas epidemiológicas com, pelo menos, uma informação de notificação (positiva, negativa ou de surto)
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 15 de abril do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	- O Sistema preconiza que deverá haver, pelo menos, uma informação de notificação (positiva, negativa ou surto) a cada semana epidemiológica, ao longo de todo o ano epidemiológico, totalizando 52 ou 53 semanas, de acordo com o ano. - A presença dessas informações indica que a vigilância em saúde local está ativa no monitoramento de doenças de notificação compulsória e, no caso de ausência de casos naquela semana, notifica negativamente às demais esferas
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 7 - Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata nacional (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.

Meta	80% de casos das doenças de notificação compulsória imediata registrados no Sinan encerradas em até 60 dias a partir da data de notificação
Relevância do Indicador	- Este indicador representa a capacidade de detecção de eventos de saúde pública e qualifica a informação, sendo relevante, pois envolve todos as doenças e agravos que são de notificação compulsória imediata nacional, cujas medidas de prevenção e controle estão previstas. - Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do Sinan.
Método de Cálculo	Numerador: Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação. Denominador: Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação. Fator de multiplicação: 100.
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)
Dados para avaliação	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 15 de abril do ano posterior ao da avaliação

Informações adicionais	- Para este indicador, foram definidas, em virtude de sua magnitude e relevância, os seguintes eventos e doenças de notificação imediata nacional: Antraz pneumônico, Arenavírus, Botulismo, Cólera, Dengue (óbitos), Ebola, Febre amarela, Febre do Nilo ocidental e outras arboviroses deimportância em saúde pública, Febre maculosa e outras riquetisioses, Febre purpúrica brasileira, Hantavirose, Influenza humana produzida por novo subtipo viral, Lassa, Malária na região extra Amazônica, Marburg, Polimielite por poliovírus selvagem, Peste, Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika, Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya, Raiva humana, Rubéola, Sarampo, Síndrome de Paralisia flácida aguda, Síndrome da rubéola congênita, Síndrome respiratória aguda grave associada a coronavírus, Tularemia, Varíola e outras emergências de saúde pública. - As doenças listadas (DNCI) devem ser notificadas em 24 horas e registradas no Sinan no prazo de 7 dias. - No caso de epidemias de Dengue, Zika e Chinkungunya, a prioridade é investigar os óbitos: apenas esses é que são de notificação imediata. - Município que não possuir registro no Sinan de, pelo menos, uma das doenças de notificação imediata citadas, no ano de análise, não pontua para o PQA-VS.

Indicador 8 - Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno.

Meta	70% dos casos de malária com tratamento iniciado em tempo oportuno (até 48 horas a partir do início dos sintomas para os casos autóctones e em até 96 horas a partir do início dos sintomas para os casos importados).
Relevância do Indicador	- Permite avaliar a oportunidade da entrega de tratamento antimalárico, o que contribui para a redução da transmissão, morbidade e mortalidade pela doença. - Orienta o planejamento das ações para garantir acesso oportuno ao diagnóstico e tratamento de malária.
Método de Cálculo	Numerador: Número total de casos autóctones de malária, notificados em determinado município, sob tratamento em até 48 horas, após o início dos primeiros sintomas, somado ao número total de casos importados de malária, notificados em determinado município, sob tratamento em até 96 horas, após o início dos primeiros sintomas, excluídas as Lâminas de Verificação de Cura (LVC), na data de referência do ano considerado. Denominador: Número total de casos de malária sintomáticos por local de notificação, excluídas as Lâminas de Verificação de Cura (LVC), na data de referência do ano considerado. Fator de multiplicação: 100. Para processamento dos dados no Sivep-Malária, utilizar os dados disponíveis na base NOTIPOXX.dbf, sendo XX igual ao ano da base de dados com 2 dígitos (Ex: NOTIPO14.dbf): Contar o número de registros, agrupados por município de notificação (MUN_NOT), sendo MUN_INFE o mesmo município avaliado, ID_LVC = 2 e SINTOMAS = 1. Para cada registro, criar uma variável que informa o intervalo em dias entre o início dos primeiros sintomas e o início do tratamento (DT_TRATA menos DT_SINTO). Em seguida, somar o número de registros com intervalo menor ou igual a 2 dias (48 horas). Contar o número de registros, agrupados por município de notificação (MUN_NOT), sendo MUN_INFE diferente do município avaliado, sendo ID_LVC = 2 e SINTOMAS = 1. Para cada registro, criar uma variável que informa o intervalo em dias entre o início dos primeiros sintomas e o início do tratamento (DT_TRATA menos DT_SINTO). Em seguida, somar o número de registros com intervalo menor ou igual a 4 dias (96 horas) em relação ao total de registros selecionados. Somar esses dois valores. Dividir pelo número total de registros, agrupados por município (MUN_NOT), sendo ID_LVC = 2 e SINTOMAS = 1. Para processamento dos dados no Sinan, utilizar os dados disponíveis na base MALANXX.dbf, sendo XX igual ao ano da base de dados com 2 dígitos (Ex: MALAN14.dbf): Contar o número de registros, agrupados por município de notificação (ID_MUNICIP), sendo COMUNINF o mesmo município avaliado, AT_LAMINA diferente 3 e AT_SINTOMA = 1. Para cada registro, criar uma variável que informa o intervalo em dias entre o início dos primeiros sintomas e o início do tratamento (DTRAT A menos DT_SIN_PRI). Em seguida, somar o número de registros com intervalo menor ou igual a 2 dias (48 horas). Contar o número de registros, agrupados por município de notificação (ID_MUNICIP), sendo COMUNINF diferente do município avaliado, AT_LAMINA diferente 3 e AT_SINTOMA = 1. Para cada registro, criar uma variável que informa o intervalo em dias entre o início dos primeiros sintomas e o início do tratamento (DTRAT A menos DT_SIN_PRI). Em seguida, somar o número de registros com intervalo menor ou igual a 4 dias (96 horas) em relação ao total de registros selecionados. Somar esses dois valores. Dividir pelo número total de registros, agrupados por município (ID_MUNICIP), sendo AT_LAMINA diferente 3 e AT_SINTOMA = 1
Fontes	Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária (Sivep-Malária), para Região Amazônica (estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), para os demais Estados.
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 30 de abril do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	Município que não possuir registro de notificação de casos de malária em seu território no Sivep-Malária ou no Sinan, de acordo com sua localização, não pontua para o PQA-VS.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEV E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 9 - Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

Meta	4 ciclos, dos 7 preconizados, com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.
Relevância do Indicador	- Evidencia o conjunto de imóveis localizados em áreas infestadas pelo vetor e o quantitativo que realmente foi visitado pelos agentes de controle de endemias, preferencialmente em articulação com os agentes comunitários de saúde, em cada ciclo.
Método de Cálculo	1º passo - Cobertura por ciclo Numerador: Número de imóveis visitados em cada um dos ciclos de visitas domiciliares de rotina para o controle da dengue. Denominador: Número de imóveis da base do Reconhecimento Geográfico (RG) atualizado. Fator de multiplicação: 100. 2º passo - Soma do número de ciclos com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados.
Fontes	Sistema Informatizado de Monitoramento da Presidência da República (SIM-PR). Sistema de Informação da Vigilância da Febre Amarela e Dengue (SISFAD). Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCD). Sistema próprio do estado ou município. OBS.: Os municípios possuem, em âmbito local, os dados referentes ao indicador aqui tratado, registrados no SISFAD, ou no SISPNCD, ou em planilhas eletrônicas próprias, formatadas para a identificação das visitas domiciliares realizadas, por ciclo. A consolidação nacional desses dados, sempre que necessária, será feita por meio de planilha do excel, preenchida pelas SES, com base nos dados levantados junto aos municípios, e enviada ao Programa Nacional de Controle da Dengue via Formsus.
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 31 de março do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	- Imóveis a serem trabalhados - As ações de controle vetorial da dengue devem ser realizadas, prioritariamente, em imóveis situados em áreas urbanas ou povoadas com características urbanas, de municípios que apresentem infestação domiciliar pelo Aedes aegypti, persistente, no mínimo, por 1 ano ou com histórico de transmissão. Opcionalmente, em grandes centros urbanos, as visitas de rotina a edifícios podem ser restritas à área comum e a apartamentos ao nível do solo. - O método de cálculo deverá ser aplicado em cada ciclo para verificação da cobertura dos imóveis visitados. A cobertura mínima em cada ciclo deverá ser de 80% dos imóveis. - Não deve ser considerada a média dos ciclos. - O Reconhecimento Geográfico (RG) deve ser atualizado de modo que o número de imóveis visitados não seja maior que o número de imóveis existentes, evitando coberturas acima de 100%. - Os imóveis visitados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e, posteriormente, pelos Agentes de Controle de Endemias (ACE), a título de complementação, deverão ser registrados apenas como uma única vez. - O município classificado como "Não infestado", em decorrência da pesquisa entomológica, não é obrigado a realizar visitas domiciliares para controle da dengue. Ele desenvolve outras ações de vigilância. Nesse caso, pontua no PQA-VS. Mas, se o município nessa situação apresentar registro autóctone da doença no Sinan será considerado "Infestado" e deverá realizar as visitas domiciliares, conforme preconizado, para pontuar no PQA-VS.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 10 - Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase.

Meta	80% dos contatos dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes, examinados.
Relevância do Indicador	Mede a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos de casos novos de hanseníase para aumento da detecção oportuna de casos novos

Método de Cálculo	Numerador: Número de contatos dos casos novos de hanseníase examinados, por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes - Paucibacilar e Multibacilar. Denominador: Total de contatos dos casos novos de hanseníase registrados, por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes - Paucibacilar e Multibacilar. Fator de multiplicação: 100. Processar os dados no TABWIN, de acordo com os seguintes passos: 1º passo - Tabulação Paucibacilar Linha UF Res Atual ou Mun Res AT Coluna Não Ativa Incremento Contato Registrado Contato Examinado Desmarcar: Suprimir Linhas Zeradas Suprimir Colunas Zeradas Seleções Disponíveis Ano Diagnóstico: subtrair 1 ao ano de avaliação (ex. se o ano da avaliação for 2017, selecionar o ano diagnóstico 2016) Modo Entrada: Caso Novo Tipo de Saída: Marcar todos exceto ERRO DE DIAGNÓSTICO e TRANSFERÊNCIAS1 Class Oper Atual: PAUCIBACILAR (PB) Esq Terap Atual: PQT/PB/6 DOSES Não Classificados Marcar: Ignorar [1]Para avaliação municipal, desmarcar transferências para outros municípios, outros estados e outros países. Para avaliação regional, desmarcar transferências para outros municípios fora da regional correspondente, outrosestados e outros países. Para avaliação estadual, excluir transferências para outros estados e outros países. Clicar em "executar". Alterar o nome da coluna "Contato Registrado" clicando com o lado direito do mouse no título e adicionar PB e ano diagnóstico selecionado (ex. Contato Registrado PB 2016). Repetir a mesma ação para "Contato Examinado". Salvar como "Coorte contatos PB" para uso no 3º passo. 2º passo - Tabulação Multibacilar. Clicar novamente em EXECUTAR TABULAÇÃO no Menu Arquivo e clicar em ABRE DEF. Alterar os seguintes campos da tabulação anterior: ano de diagnóstico para 2 anos antes da avaliação, Classificação Operacional Atual para Multibacilar e Esquema Terapêutico Atual para PQT/MB/12 DOSES, conforme descrito a seguir: Linha UF Res Atual ou Mun Res AT Coluna Não Ativa Incremento Contato Registrado Contato Examinado Desmarcar: Suprimir Linhas Zeradas Suprimir Colunas Zeradas Seleções Disponíveis Ano Diagnóstico: subtrair 2 ao ano de avaliação (ex. se o ano da avaliação for 2017, selecionar o ano diagnóstico 2015) Modo Entrada: Caso Novo Tipo de Saída: Marcar todos exceto ERRO DE DIAGNÓSTICO e TRANSFERÊNCIAS1 Class Oper Atual: MULTIBACILAR (MB) Esq Terap Atual: PQT/MB/12 DOSES Não Classificados Marcar: Ignorar 1Para avaliação municipal, desmarcar transferências para outros municípios, outros estados e outros países. Para avaliação regional, desmarcar transferências para outros municípios fora da regional correspondente, outros estados e outros países. Para avaliação estadual, excluir transferências para outros estados e outros países. Clicar em "executar". Alterar o nome da coluna "Contato Registrado" clicando com o lado direito do mouse no título e adicionar MB e ano diagnóstico selecionado (ex. Contato Registrado MB 2015). Repetir a mesma ação para "Contato Examinado". Salvar como "Coorte contatos MB" para uso no 3º passo. 3º Passo - Soma dos resultados obtidos nos passos anteriores: Numerador: Número de contatos Paucibacilares Examinados + Número de contatos Multibacilares Examinados. Denominador: Número de contatos Paucibacilares Registrados + Número de contatos Multibacilares registrados. Com a tabela de Coorte Contatos MB aberta no Tabwin, clicar no Menu Arquivo INCLUIR TABELA, localizar a tabela "coorte contatos PB", salva anteriormente, e fazer a inclusão. No Menu OPERAÇÕES, clicar em SOMAR e selecionar com a tecla Ctrl e mouse os Contatos Registrados PB e Contatos Registrados MB e clicar em Ok: será criada uma nova coluna SOMA. Para renomear a coluna, clicar em cima do título com lado direito do mouse e alterar o nome para Contatos Registrados PB+MB, repetir a mesma operação para Contatos Examinados PB+MB. No Menu QUADRO, em ELIMINAR COLUNA, selecionar todas exceto Contatos Registrados PB+MB e Contatos Examinados PB+MB. 4º passo - Cálculo do indicador: Proporção de contatos de casos novos de hanseníase nos anos das coortes. Para realizar o cálculo, clicar em CALCULAR INDICADOR no Menu OPERAÇÕES e selecionar: Numerador: Contatos Examinados PB+MB Denominador: Contatos Registrados PB+MB Escala por: 100 Casas decimais: 1 Título da coluna: Alterar para % de Contatos Examinados PB+MB
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 15 de maio do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	- A investigação epidemiológica tem por finalidade a descoberta de casos novos entre aqueles que convivem ou conviveram com o doente e suas possíveis fontes de infecção. - Recomenda-se o exame dos contatos domiciliares, de vizinhança e sociais. Entretanto, para o efeito de registro no Boletim de Acompanhamento e no Sinan, considerar os contatos domiciliares, que são todas as pessoas que residam ou tenham residido com o doente de hanseníase. - O exame dos contatos consiste no exame dermatoneurológico de todos os contatos dos casos novos detectados, independentemente da classificação operacional e do repasse de orientações sobre período de incubação, transmissão e sinais e sintomas precoces da hanseníase. - A vacina BCG-ID (Bacilo de Calmette-Guërin) deverá ser aplicada nos contatos sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação, independentemente de serem contatos de casos Paucibacilares (PB) ou Multibacilares (MB). - A aplicação da vacina BCG depende da história vacinal e segue as recomendações da normatização vigente. - A avaliação dos contatos de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes foi adotada por considerar que o período de tratamento é também o tempo em que as equipes de saúde dispõem para examinar os contatos dos casos novos de hanseníase. - As coortes são compostas de contatos dos casos novos Paucibacilares, diagnosticados no ano anterior ao da avaliação, e de contatos dos casos novos Multibacilares, diagnosticados dois anos antes à avaliação, semelhante às coortes para a avaliação da cura. Por exemplo: para a avaliação dos contatos examinados de 2017 será considerado os casos novos PB diagnosticados no ano de 2016 e os casos novos MB diagnosticados em 2015. - Ressalta-se a relevância do empenho das equipes de saúde para que a vigilância dos contatos seja realizada oportunamente. - Para os municípios que apresentaram casos novos de hanseníase no período da análise e que não registraram contatos, a meta deste indicador será considerada como não cumprida. - Município que não possuir registro de casos novos de hanseníase nos anos das coortes no Sinan, entre residentes de seu território, não pontua para o PQA-VS.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis - DEVIT E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 11 - Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.

Meta	70% dos contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial examinados.
Relevância do Indicador	- Permite prevenir o adoecimento e diagnosticar precocemente caso de doença ativa nessa população[1].
Método de Cálculo	Numerador: Número de contatos examinados dos casos novos pulmonares com confirmação laboratorial, no período e local de residência avaliados. Denominador: Número de contatos registrados dos casos novos pulmonares com confirmação laboratorial, no período e local de residência avaliados. Fator de multiplicação: 100.
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 15 de maio do ano posterior ao da avaliação (dados parciais relativos ao ano da avaliação).
Informações adicionais	- Entende-se como contato toda pessoa que convive, no mesmo ambiente, com o caso índice, no momento do diagnóstico da TB. Esse convívio pode acontecer em casa ou em ambiente de trabalho, instituições de longa permanência, escola e outros. - Contatos menores de cinco anos, pessoas com HIV-aids e portadores de condições de alto risco devem ser considerados prioritários no processo de avaliaçãode contatos e tratamento1. - O controle de contato deve ser realizado, fundamentalmente, pela atenção primária. - Para os municípios que não apresentaram casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial no período da análise, este indicador será considerado como não se aplica para efeito da avaliação de cumprimento de metas (ou seja, esse indicador não deverá ser considerado para o cálculo de cumprimento de metas). - Vale ressaltar a importância da identificação do caso suspeito, do diagnóstico da doença, da notificação do caso e do acompanhamento do paciente ao longo de todo tratamento, visando o desfecho cura e a obtenção da quebra de transmissão da doença. - Para os municípios que apresentaram caso de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial no período da análise e que não registraram contatos, a meta deste indicador deve ser considerada como não cumprida. [1]BRASIL. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 12 - Número de testes de sífilis por gestante.

Meta	2 testes de sífilis por gestante.
Relevância do Indicador	- Como indicador de concentração, ajuda a expressar a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada na gestante em dois momentos: durante a gestação e, também, durante o parto. - O tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da sífilis e, consequentemente, a sífilis congênita.
Método de Cálculo	Numerador: Número de testes realizados para o diagnóstico da sífilis em gestantes, por ano e município de residência da gestante. Denominador: Número de partos hospitalares do SUS, por ano e município de residência da gestante. Observações: 1. Para o numerador considerar a quantidade aprovada, por município de residência, dos seguintes procedimentos ambulatoriais: 0202031179 VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE; 0214010082 TESTE RAPIDO PARA SIFILIS EM GESTANTE. 2. Para o denominador considerar o total de AIH aprovadas de gestantes, por município de residência, nos seguintes procedimentos: 0310010039 PARTO NORMAL; 0310010047 PARTO NORMAL EM GESTACAO DE ALTO RISCO; 0310010055 PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN); 0411010026 PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO; 0411010034 PARTO CESARIANO; e, 0411010042 PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA
Fontes	Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Denominador: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados das bases nacionais para avaliação final: 15 de maio do ano posterior ao da avaliação (dados parciais, no caso do denominador).
Informações adicionais	- Desde janeiro de 2014, foi adotado o Boletim de Procedimentos Ambulatoriais Individualizado (BPA-i), no SIA-SUS, para o procedimento 0202031179 VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE, o que passou a permitir o registro do município de residência da gestante. - Para o processamento "ano", considerar o período de janeiro a dezembro.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 13 - Número de testes de HIV realizado

Meta	15% de ampliação no número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior.
Relevância do Indicador	- Permite avaliar a oportunidade do diagnóstico do HIV.
Método de Cálculo	Número de testes realizados para o diagnóstico de HIV, por ano e município de residência. Observação: Considerar a "quantidade aprovada" dos seguintes procedimentos ambulatoriais: 0202030296 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT); 0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA); 0202031020 PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA; 0214010040 TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HIV EM GESTANTE; e, 0214010058 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV.
Fonte	Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final 2014: 15 de maio de 2015.
Informações adicionais	- O diagnóstico oportuno do HIV tem influência tanto na qualidade de vida da pessoa vivendo com HIV/aids, quanto na transmissão do vírus. - Os testes rápidos de HIV são comprados e disponibilizados pelo Ministério da saúde; os insumos para os demais exames são adquiridos por estados e municípios. - Todas as unidades de saúde do SUS estão aptas a solicitar o teste de HIV e sua realização pode ser feita em qualquer laboratório do sistema e da rede privada. - Para o processamento "ano", considerar o período de janeiro a dezembro
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 14 - Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.

Meta	95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido.
Relevância do Indicador	- Identifica as ocupações que apresentam maiores incidências de agravos relacionados ao trabalho, possibilitando a definição de ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência, de forma mais adequada.
Método de Cálculo para os Agravos	Numerador: Número de notificações de agravos com o campo "Ocupação" preenchido com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) correspondente, na versão disponibilizada pelo Sinan, em determinado ano e local de ocorrência do caso. Denominador: Número total de casos de agravos relacionados ao trabalho notificados, em determinado ano e local de ocorrência. Fator de multiplicação: 100.
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Dados para monitoramento e avaliação	Data para processamento dos dados das bases nacionais para avaliação final: 15 de abril do ano posterior ao da avaliação.

Informações adicionais	- Relação de agravos: a. Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho; b. Acidente de trabalho Grave (graves, fatais e em crianças e adolescentes); c. Intoxicação Exógena relacionada ao Trabalho. - Município que não possuir registro de notificação de agravos relacionados ao trabalho em seu território, no Sinan, não pontua para o PQA-VS.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Indicador 15 - Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida

Meta	95% de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.
Relevância do Indicador	- A violência é considerada uma questão de saúde pública mundial, o que torna necessária a ampliação de estratégias que interfiram nesse quadro. No Brasil, esse agravo representa a terceira causa de morte entre crianças de 0 a 9 anos de idade, passando a ocupar a primeira posição na população de 10 a 49 anos, decrescendo para a sexta posição entre os idosos (60 ou mais anos de idade). As vítimas, comumente, adquirem sequelas, permanentes ou não, que podem levar à incapacidade para o trabalho ou para outras atividades rotineiras, ao absenteísmo, a custos com o pagamento de pensões e de tratamentos de saúde, configurando um importante problema de saúde pública. Nesse contexto, o Ministério da Saúde implementou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA/Sinan), como forma de sistematizar as informações sobre os casos de violências e permitir o cuidado intersetorial às vítimas. Dados gerados por esse sistema são demandados por vários setores do Ministério da Saúde e também por outros ministérios, bem como organizações não governamentais e imprensa. Desse modo, a qualidade dos dados é primordial para garantir uma análise fidedigna desse problema de saúde. - As características étnico-raciais de uma população constituem-se de variáveis de importância social e epidemiológica no estudo das análises de situação de saúde e, em especial, das desigualdades em saúde. Conhecê-las assume importância estratégica para a promoção da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS), na qualidade dos serviços de saúde, na elaboração de políticas públicas e na identificação das doenças e agravos predominantes nos diferentes grupos que compõem a sociedade brasileira. Além disso, a informação "cor ou raça/etnia" possibilita ao SUS cumprir um de seus princípios fundamentais, a Equidade, ou seja, o compromisso de oferecer a todos os cidadãos e cidadãs um tratamento igualitário e, ao mesmo tempo, atender às necessidades que cada situação apresenta. - É um dado que pode orientar as intervenções nas populações específicas e o aprimoramento do campo raça/cor nos sistemas de informação de saúde, que é de responsabilidade dos trabalhadores e gestores dos serviços de saúde públicos e privados. - É fundamental a apropriação dos dados epidemiológicos pelos profissionais de saúde. Quer esses dados permaneçam nos serviços, quer sejam enviados aos diversos sistemas de informação, eles devem ser utilizados como instrumento capaz de indicar as ações necessárias para garantir a adequação da vigilância, da prevenção e da atenção dispensadas à saúde da população, respeitando-se as especificidades e fortalecendo a promoção da Cultura da Paz. - Sendo assim, é de suma importância melhorar a qualidade do preenchimento desses dados, em especial do campo raça/cor, que permite melhor caracterização da pessoa que sofreu violência.
Método de Cálculo	Numerador: Total de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida, por município de notificação. Denominador: Total de casos notificados por município de notificação. Fator de multiplicação: 100.
Fonte	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
Dados para avaliação	Data para processamento dos dados da base nacional para avaliação final: 15 de abril do ano posterior ao da avaliação.
Informações adicionais	- A alimentação no VIVA/Sinan dos registros de notificações de violência interpessoal e autoprovocada deve ser feita de forma regular e constante durante todo o ano. - O objetivo desse indicador é melhorar a informação das notificações de violências e acidentes em sua totalidade, através do incentivo ao melhor preenchimento do campo raça/cor e das demais variáveis. - Será considerada não válida a informação de raça/cor quando o campo estiver em branco ou com a opção "Ignorado". - Município que não possuir registro de notificação de violência interpessoal e autoprovocada em seu território, no VIVA/Sinan, não pontua para o PQA-VS.
Responsável pelo Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde - DEGEVS E-mail: dagvs@saude.gov.br

Anexo CII

DO PLANEJAMENTO, EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM EVENTOS DE MASSA

Art. 1º Ficam definidas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as responsabilidades das esferas de gestão e estabelecidas as Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 1º)

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

(Origem: PRT MS/GM 1139/2013, TÍTULO I)

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE E DA ABRANGÊNCIA

(Origem: PRT MS/GM 1139/2013, TÍTULO I, CAPÍTULO I)

Art. 2º As Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa têm por finalidade prevenir e mitigar os riscos à saúde a que está exposta a população envolvida em eventos de massa, a partir da definição de responsabilidades dos gestores do SUS, da saúde suplementar e do estabelecimento de mecanismos de controle e coordenação de ação durante todas as fases de desenvolvimento dos eventos com foco nas ações de atenção à saúde, incluindo promoção, proteção e vigilância e assistência à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 2º)

Art. 3º As Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa se aplicam a todas as esferas de gestão do SUS e às respectivas autarquias a elas vinculadas. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 3º)

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

(Origem: PRT MS/GM 1139/2013, TÍTULO I, CAPÍTULO II)

Art. 4º Para efeito de planejamento, execução e avaliação das ações de vigilância e assistência à saúde em eventos de massa, são adotados os seguintes conceitos: (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 4º)

I - Evento de Massa (EM): atividade coletiva de natureza cultural, esportiva, comercial, religiosa, social ou política, por tempo pré-determinado, com concentração ou fluxo excepcional de pessoas, de origem nacional ou internacional, e que, segundo a avaliação das ameaças, das vulnerabilidades e dos riscos à saúde pública exijam a atuação coordenada de órgãos de saúde pública da gestão municipal, estadual e federal e requeiram o fornecimento de serviços especiais de saúde, públicos ou privados (Sinonímia: grandes eventos, eventos especiais, eventos de grande porte); (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 4º, I)

II - organizador de evento: pessoa física ou jurídica, de direito público ou privado, civil ou militar, responsável pelo planejamento e realização do evento de massa; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 4º, II)

III - autoridade sanitária: órgão ou agente público competente da área da saúde, com atribuição legal no âmbito da vigilância e da atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 4º, III)

IV - autoridade fiscalizadora competente: agente público competente da vigilância sanitária e da saúde suplementar, com poder de polícia administrativo; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 4º, IV)

V - agente público regulador: autoridade pública sanitária, delegada pelo Gestor Local, que tem como função realizar a articulação entre os diversos níveis assistenciais do sistema de saúde, visando melhor resposta para as necessidades do paciente, ou seja, Médico Regulador da Central de Regulação das Urgências e/ou Central de Regulação de Leitos e/ou Complexo Regulatório; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 4º, V)

VI - Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde (Ciocs): unidade operacional de trabalho de caráter extraordinário e temporário, com arquitetura integrada para a gestão das ações do setor saúde, nos âmbitos da vigilância e assistência, que visa o compartilhamento de informações em saúde; para apoiar as decisões durante os eventos de massa e monitorar os incidentes relacionados a saúde; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 4º, VI)

VII - Plano Operativo do Evento de Massa: documento voltado à preparação dos serviços e das equipes do SUS que contém o conjunto de atividades a serem desenvolvidas nas fases pré, durante e pós-evento, definidas de acordo com as necessidades de prevenção e mitigação de riscos e com base na avaliação do cenário de risco, alinhado aos planos de emergência e de contingência; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 4º, VII)

VIII - Plano de Emergência em Saúde: matriz operacional e institucional de resposta rápida, coordenada e efetiva a qualquer emergência em saúde pública, que tem a função de proteger a saúde da população, reduzir o impacto dos eventos e limitar a progressão de uma crise, reduzir a morbimortalidade e os impactos de emergências em saúde pública; e (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 4º, VIII)

IX - Plano de Contingência: alinhado ao Plano de Emergência e específico por tipo de evento, como desastres naturais, surtos epidêmicos, acidentes com múltiplas vítimas e acidentes Químicos, Biológicos, Radiológicos e Nucleares (QBRN). (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 4º, IX)

CAPÍTULO III

DAS RESPONSABILIDADES

(Origem: PRT MS/GM 1139/2013, TÍTULO I, CAPÍTULO III)

Art. 5º São responsabilidades das autoridades sanitárias avaliar e aprovar o planejamento e acompanhar a execução das atividades propostas pelos organizadores de eventos relativos à prevenção, mitigação de riscos e o projeto de provimento de serviços de saúde para os atendimentos à população envolvida no evento de massa.(Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 5º)

Art. 6º A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) regulamentará sobre as responsabilidades do organizador do evento, dentro do escopo de suas competências. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 6º)

Art. 7º A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) editará regulamentos específicos de assistência à saúde suplementar relacionados a eventos de massa, em especial, referentes à garantia do acesso ao atendimento de urgência e emergência. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 7º)

Art. 8º A coordenação das ações relativas à vigilância e assistência à saúde em eventos de massa é responsabilidade do ente municipal, devendo ser compartilhada com os demais gestores do SUS, quando extrapolar os limites de competência e capacidade municipal, conforme as disposições das Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa e outros atos normativos complementares. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 8º)

§ 1º Nos eventos designados de interesse estadual a coordenação é compartilhada pelos gestores estaduais e municipais. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Nos eventos designados de interesse nacional a coordenação é compartilhada entre os gestores municipais, estaduais e o Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 8º, § 2º)

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 9º São previamente designados como eventos de massa de interesse nacional aqueles definidos pelo governo federal, por meio de ato específico. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 9º)

Art. 10. Adicionalmente, no âmbito da saúde, outros eventos podem ser definidos como de interesse nacional, podendo ser utilizados os critérios relacionados abaixo: (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 10)

I - eventos internacionais com organização do governo brasileiro; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 10, I)

II - eventos onde se estima um grande fluxo de estrangeiros; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 10, II)

III - eventos internacionais com participação de mais de um chefe de Estado; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 10, III)

IV - eventos que ocorram concomitantemente mais de uma região geográfica; e (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 10, IV)

V - eventos que excedam capacidade de resposta de determinada unidade federada. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 10, V)

Art. 11. Fica a cargo dos Estados declarar os eventos de interesse estadual, cabendo a Comissão Intergestores Bipartite definir os critérios a serem considerados para essa qualificação. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 11)

TÍTULO II

DAS DIRETRIZES NACIONAIS PARA PLANEJAMENTO, EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE EM EVENTOS DE MASSA

(Origem: PRT MS/GM 1139/2013, TÍTULO II)

CAPÍTULO I

DO PLANEJAMENTO

(Origem: PRT MS/GM 1139/2013, TÍTULO II, CAPÍTULO I)

Art. 12. O planejamento do setor saúde deve envolver as áreas de vigilância e assistência à saúde e estar articulados com os demais entes públicos e setor privado envolvidos com o evento de massa, particularmente com os organizadores dos eventos. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 12)

Art. 13. A atuação do SUS deve estar organizada em um Plano Operativo, específico para cada evento, alinhado aos Planos de Emergência em Saúde e de Contingência. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 13)

§ 1º Para elaboração do Plano Operativo tratado no caput deste artigo, as autoridades sanitárias devem considerar os documentos e as informações fornecidos pelo organizador do evento, com atenção aos seguintes pontos: (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 13, § 1º)

I - caracterização do evento; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 13, § 1º, I)

II - avaliação dos riscos do evento de acordo com a população envolvida no evento de massa; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 13, § 1º, II)

III - definição dos responsáveis nas áreas de interesse à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 13, § 1º, III)

IV - fluxos de comunicação; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 13, § 1º, IV)

V - oferta de produtos e serviços de interesse à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 13, § 1º, V)

VI - projeto de provimento de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 13, § 1º, VI)

VII - planejamento das ações em situações de urgência e emergência; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 13, § 1º, VII)

VIII - monitoramento dos riscos durante o evento; e (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 13, § 1º, VIII)

IX - demais ações exigidas em legislação específica. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 13, § 1º, IX)

§ 2º A caracterização dos eventos de massa e a avaliação dos riscos devem incluir os fatores e critérios descritos, respectivamente, no Anexos 1 e 2 do Anexo CII . (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 13, § 2º)

§ 3º Quando o organizador do evento for um ente público ou a natureza e complexidade do evento exigir, os incisos V, VI e VII deverão ser objeto de pactuação regional. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 13, § 3º)

Art. 14. O planejamento do setor saúde, entre outras questões, deve contemplar: (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 14)

I - avaliação dos riscos associados aos eventos e identificação das medidas de gerenciamento prioritárias; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 14, I)

II - explicitação das responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS envolvida; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 14, II)

III - identificação dos entes públicos e setor privado que devem ser envolvidos no trabalho a ser desenvolvido pelo setor saúde; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 14, III)

IV - definição de fluxos de comunicação e pontos de contato estratégicos; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 14, IV)

V - articulação da RAS, inclusive laboratorial, para garantia do acesso da população envolvida no evento de massa nos planos de emergência e contingência; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 14, V)

VI - identificação da interface com outros planos de ação e ou de emergência; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 14, VI)

VII - ações de prevenção e promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 14, VII)

VIII - ações de comunicação e educação em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 14, VIII)

IX - monitoramento e avaliação das ações de vigilância e assistência à saúde. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 14, IX)

Parágrafo Único. Deve ser dada especial atenção aos riscos que alteram o padrão epidemiológico das doenças transmissíveis ou que impactam a rotina dos serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 15. De acordo com a avaliação de risco e dimensão do evento, deve ser prevista no planejamento das ações do SUS a ativação do Ciocs. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 15)

Art. 16. Sempre que aplicável, as ações planejadas e os fluxos de comunicação definidos devem ser testados antes do início do evento de massa, com destaque nos seguintes pontos: (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 16)

I - avaliação do funcionamento de novas atividades e estruturas; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 16, I)

II - teste do fluxo da informação avaliando se a mesma tem a destinação correta; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 16, II)

III - avaliação da capacidade de interlocução com os atores estratégicos; e (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 16, III)

IV - teste da capacidade de resposta. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 16, IV)

Parágrafo Único. A realização de simulados a partir dos agravos mais prováveis é uma estratégia importante para o teste da capacidade de resposta do setor saúde. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 16, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II

DA EXECUÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 1139/2013, TÍTULO II, CAPÍTULO II)

Seção I

Da Vigilância em Saúde

(Origem: PRT MS/GM 1139/2013, TÍTULO II, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 17. As ações da vigilância em saúde devem ser executadas em observância ao Plano Operativo, sendo direcionadas às medidas de gerenciamento dos seguintes riscos: (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 17)

I - ambientais; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 17, I)

II - epidemiológicos; e (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 17, II)

III - relacionados ao uso ou consumo de produtos e serviços de interesse à saúde. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 17, III)

Art. 18. Em relação as medidas de gerenciamento dos riscos vinculados a agravos e doenças transmissíveis, deve-se dar atenção aos seguintes pontos: (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 18)

I - vacinação dos trabalhadores de setores de linha de frente, de acordo com as orientações do Programa Nacional de Imunização; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 18, I)

II - intensificar as ações e os mecanismos de notificação em estabelecimentos de saúde públicos e privados, melhorando a oportunidade da notificação de eventos de importância em saúde pública por meio de canais institucionais; e (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 18, II)

III - estabelecer mecanismos simplificados para notificação de casos e surtos pelos profissionais dos hotéis, com o objetivo de receber informações oportunas sobre eventos de saúde pública que ocorrerem na rede hoteleira durante o evento de massa. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 18, III)

Art. 19. Como medida de gerenciamento dos riscos associados ao uso e consumo de produtos e serviços, a autoridade fiscalizadora competente deve avaliar os estabelecimentos fornecedores dos serviços e produtos. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 19)

Art. 20. O organizador do evento deve ser informado sobre os resultados da fiscalização a fim de adotar medidas suplementares às sanções fiscais aplicadas pela vigilância sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 20)

Art. 21. A vigilância sanitária deve desenvolver estratégias específicas para controle do comércio ambulante de produto, em observância à legislação local específica e incluindo, quando aplicável, ações de orientação aos responsáveis pelas estruturas temporárias. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 21)

Art. 22. Caso o evento demande grande fluxo de turistas, as ações de fiscalização de infraestrutura e serviços nos pontos de entrada e meios de transporte, devem ser intensificadas. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 22)

Art. 23. Quando a organização do evento de massa exigir o envio de produtos procedentes do exterior, devem ser observados os requisitos específicos para o controle sanitários de bens e produtos, conforme disposto em legislação específica. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 23)

Art. 24. Deve ser reforçado o acompanhamento dos eventos de saúde pública de importância nacional e internacional; o monitoramento dos alertas e a captura de notícias, na mídia nacional e internacional, mantendo-se fluxo contínuo de informação com as demais áreas da saúde a fim de permitir respostas rápidas às eventuais doenças, agravos e riscos identificados. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 24)

Art. 25. O Ciocs deve observar os fluxos e procedimentos pré-estabelecidos, com envio de informações e resposta às emergências de saúde publica. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 25)

Seção II

Da Assistência à Saúde

(Origem: PRT MS/GM 1139/2013, TÍTULO II, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 26. Previamente ao evento, a autoridade sanitária da área de assistência à saúde, em articulação com a autoridade fiscalizadora competente, deve avaliar e acompanhar a execução do projeto de provimento dos serviços de saúde elaborado pelo organizador de evento, de acordo com o mapeamento de risco do evento, a fim de garantir a: (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 26)

I - existência de posto médico avançado, fixo ou de campanha, com estrutura, insumos e medicamentos para: (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 26, I)

a) acolhimento com classificação de risco; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 26, I, a)

b) observação; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 26, I, b)

c) pequenas cirurgias; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 26, I, c)

d) estabilização; e (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 26, I, d)

e) suporte básico e avançado de vida. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 26, I, e)

II - retaguarda de ambulâncias na proporção adequada de unidades suporte básico (USB) e de unidades de suporte avançado (USA) por posto médico; e (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 26, II)

III - distribuição espacial obedecendo aos critérios de acesso e segurança. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 26, III)

Art. 27. Deve ser definida a grade assistencial junto aos organizadores do evento, às operadoras de planos de saúde suplementar e aos gestores do SUS, a fim de estabelecer a responsabilidade na atenção à saúde e regulação do acesso da população envolvida aos pontos de atenção. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 27)

Art. 28. A Rede de Urgência, a retaguarda hospitalar dos municípios sede e da região, e a Hemorrede devem estar preparadas em conformidade com os Planos de Emergência e de Contingência do evento de massa. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 28)

Art. 29. Deve ser garantida a manutenção do tratamento do público com doenças renais e hematológicas crônicas. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 29)

Art. 30. As equipes de resposta da Força Nacional do SUS (FN-SUS) devem ser mantidas de prontidão para atuação, conforme disposto em regulamento específico. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 30)

Art. 31. Deve ser avaliada a efetividade e operacionalização das atividades de assistência à saúde de responsabilidade do organizador do evento, além de monitorada a situação das portas de entrada das urgências e retaguarda da Rede Hospitalar referenciada com informação em tempo real. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 31)

Parágrafo Único. Dentre as ações previstas no caput deste artigo, deve-se incluir o acompanhamento da informação dos registros dos atendimentos realizados. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 31, Parágrafo Único)

Art. 32. O responsável médico do evento e o agente público regulador devem trabalhar de forma articulada a fim de garantir a integração da regulação dos serviços contratados pela organização do evento com a regulação dos serviços públicos e da saúde suplementar para o acesso do público envolvido aos serviços de forma equânime, adequada e em tempo oportuno. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 32)

CAPÍTULO III

DA AVALIAÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 1139/2013, TÍTULO II, CAPÍTULO III)

Art. 33. A avaliação da atuação da saúde na fase pós-evento deve ser desenvolvida com o propósito de identificar as oportunidades de melhoria e promover o aprimoramento da atuação governamental, direcionando os recursos para as capacidades que devem ser fortalecidas e subsidiando o planejamento de eventos futuros.(Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 33)

§ 1º Recomenda-se consultar a opinião de atores externos sobre os resultados do trabalho, particularmente os atores governamentais com interface e os organizadores do evento. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 33, § 1º)

§ 2º O relatório final da avaliação deve ser compartilhado com todas as áreas relacionadas com a vigilância e assistência à saúde em eventos de massa e disponibilizados nos endereços eletrônicos institucionais. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 33, § 2º)

TÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

(Origem: PRT MS/GM 1139/2013, TÍTULO III)

Art. 34. Fica instituído o Comitê de Eventos de Massa (CEM) do Ministério da Saúde com a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 35)

I - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 35, I)

II - 1 (um) representante Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 35, II)

III - 1 (um) representante Secretaria de Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 35, III)

IV - 1 (um) representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 35, IV)

V - 1(um) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 35, V)

VI - 1 (um) do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 35, VI)

VII - 1 (um) do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 35, VII)

VIII - 1 (um) representante Agência Nacional de Vigilância Sanitária; e (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 35, VIII)

IX - 1 (um) representante Agência Nacional de Saúde Suplementar. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 35, IX)

§ 1º A coordenação executiva do CEM será realizada pela SE, que fornecerá em conjunto com a SVS, SAS e a ANVISA os apoios técnico e administrativo necessários para o seu funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 35, § 1º)

§ 2º Os representantes titulares e os respectivos suplentes serão indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos e entidades à coordenação executiva do CEM. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 35, § 2º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300567

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

§ 3º O CEM poderá convocar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, além de especialistas nos assuntos relacionados às suas atividades, quando entender necessário para o cumprimento dos objetivos previstos nas Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 35, § 3º)

§ 4º O CEM poderá instituir grupos de trabalho para a execução de atividades específicas que entender necessárias para o cumprimento do disposto nas Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 35, § 4º)

Art. 35. As funções dos membros do CEM não serão remuneradas e seu exercício será considerado de relevante interesse público. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 36)

Art. 36. É competência do CEM: (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 37)

I - estabelecer diretrizes complementares àquelas definidas nas Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa, ações estratégicas e metas para a preparação das ações de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 37, I)

II - acompanhar a implementação das ações de preparação da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 37, II)

III - subsidiar o Ministério da Saúde com informações para sua participação nas instâncias do governo federal relativas a eventos de massa. (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Art. 37, III)

Anexo 1 do Anexo CII

FATORES PARA CARACTERIZAÇÃO DE UM EVENTO DE MASSA (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Anexo 1)

FATORES PARA CARACTERIZAÇÃO DE UM EVENTO DE MASSA

Os eventos de massa apresentam características bastante distintas quando comparados, conforme finalidade, localização, idade e tipo de público, dentre outros fatores. O quadro abaixo separa os fatores em categorias e descreve situações específicas que exigem especial atenção. Esse quadro é genérico e foi criado com o objetivo de apoiar a caracterização dos eventos de massa. Em algumas situações, a avaliação do evento de massa pode apontar para a necessidade de aplicação de outros fatores e situações.

O processo de caracterização do evento deve ser realizado caso a caso.

I - Natureza do evento:

Religioso, esportivo, artístico, dentre outros.

II - Tempo de duração do evento;

III - Atores envolvidos:

a) Perfil estimado dos atores envolvidos: organizadores, trabalhadores contratados, trabalhadores voluntários, imprensa, população envolvida (número estimado, grupo etário, gênero, nacionalidade, características culturais e outras);

b) Número estimado de atores envolvidos de outras regiões do país ou exterior;

c) História pregressa relacionada aos atores envolvidos nos eventos anteriores, quando houver; e

d) Local e condição de acomodação;

IV - Local do evento:

a) Características do local e da estrutura onde o evento de massa será realizado; e

b) Características sanitárias e ambientais das áreas influenciadas pelo evento que podem ter relação com a ocorrência de doenças transmissíveis;

V - Época de realização do evento

a) Condições meteorológicas

b) Doenças sazonais, de natureza infecciosa ou não

c) Contexto epidemiológico do sistema local;

VI - Capacidade básica estabelecida dos serviços de vigilância e distância do evento;

a) Possibilidade de ocorrência de situações contidas na lista de eventos de notificação compulsória imediata de acordo com a legislação vigente.

Anexo 2 do Anexo CII

CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DO RISCO EM EVENTOS DE MASSA (Origem: PRT MS/GM 1139/2013, Anexo 2)

CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DO RISCO EM EVENTOS DE MASSA

Os riscos associados a um evento de massa podem variar de acordo com as características intrínsecas e extrínsecas ao próprio evento. Na Figura 1, são ilustradas como as características do evento podem impactar na saúde do público envolvido.

Figura 1 - Relação entre a característica do evento com o risco.

Característica do evento	Consideração sobre o impacto à saúde
Condições ambientais	Temperatura ambiental (muito alta ou muito baixa) Umidade ambiental e precipitações (chuvas favorecem acidentes)
Tipo e quantidade de público	Alta concentração de pessoas, favorecendo a transmissão de doenças e ocorrência de acidentes. Tipo do público (concentração de grupo mais suscetível a doenças ou mesmo grupos com tendências a atos violentos). Relação entre a população do município e o público estimado que pode estressar a capacidade de resposta e atendimento instalada.
Duração do evento	Eventos longos aumentam a exposição a riscos.
Tipo de evento	Externo (Aumento do tempo exposição ao sol ou temperaturas baixas) Interno (concentração de pessoas e aumento de exposição)
Consumo de alimentos e bebidas alcoólicas	O consumo de alimentos inclui o risco de surtos de doenças transmitidas por alimentos e o uso de álcool pode favorecer comportamentos violentos, além de outros riscos inerentes
Condições de trabalho	Excesso de tempo de trabalho, sem descanso. Área de aguardo inadequada. Exposição por longos períodos de tempo a fatores ambientais desfavoráveis. (altas temperaturas ou temperaturas muito baixas). Estresse por cobrança no cumprimento de metas.

No processo de avaliação devem ser listados todos os riscos associados aos eventos de massa, incluindo aqueles com baixa probabilidade de ocorrência. Exemplos de riscos associados a eventos de massa estão apresentados na Figura 2.

Figura 2 - Principais riscos associados a eventos de massa.

Categoria do risco	Risco à saúde
Doenças Infecciosas	Doenças Transmitidas por Alimentos. Doenças endêmicas. Doenças respiratórias
Danos físicos	Fraturas, cortes e queimaduras
Danos associados a terrorismo	Danos decorrentes do uso de substâncias químicas, agentes biológicos e material radioativo
Danos relacionados ao comportamento ou condições do público	Danos associados ao consumo de álcool. Danos associados ao consumo de drogas. Ataques cardíacos. Crises de asma
Danos relacionados ao ambiente	Danos associados à exposição solar ou baixas temperaturas. Picadas ou ferimentos associados a animais. Reações alérgicas
Danos relacionados às atividades laborais	Desenvolvimento de atividades laborais sem o devido uso de EPC e EPI. Exposição do trabalhador a riscos de qualquer natureza para desempenho das atividades laborais. Danos associados a acidentes graves e fatais. Danos associados a acidentes envolvendo crianças e adolescentes. Danos associados ao uso de álcool e drogas. Danos associados a assédio moral e sexual.

Depois de sua identificação, os riscos devem ser classificados segundo a sua probabilidade de ocorrência e severidade. Correlacionando-se a probabilidade e severidade, pode-se obter a relevância do risco para o evento de massa em análise.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300568

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 6, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017

Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, incisos I e II, da Constituição, resolve:

Art. 1º O financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde dar-se-ão na forma de blocos de financiamento com o respectivo monitoramento e controle. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 1º)

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 204/2007, CAPÍTULO I)

Art. 2º O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 2º)

Art. 3º Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 3º)

Parágrafo Único. Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º Ficam estabelecidos os seguintes blocos de financiamento: (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 4º)

I - Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 4º, I)

II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 4º, II)

III - Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 4º, III)

IV - Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 4º, IV)

V - Gestão do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 4º, V)

VI - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 4º, VI) (dispositivo acrescentado pela Portaria nº 837/GM/MS, de 23 de abril de 2009)

Parágrafo Único. Os recursos financeiros a serem transferidos por meio do bloco de investimentos na Rede de Serviços de Saúde de que trata o inciso VI deste artigo destinar-se-ão, exclusivamente, às despesas de capital. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 4º, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela Portaria nº 837/GM/MS, de 23 de abril de 2009)

Art. 5º Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento serão transferidos aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 5º)

§ 1º Os recursos federais provenientes de acordos de empréstimos internacionais serão transferidos conforme seus atos normativos, devendo ser movimentados conforme legislação em conta bancária específica, respeitadas as normas estabelecidas em cada acordo firmado. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Os recursos do bloco da Assistência Farmacêutica devem ser movimentados em contas específicas para cada componente relativo ao bloco. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º Os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 6º)

§ 1º Aos recursos relativos às unidades públicas próprias não se aplicam as restrições previstas no caput deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Os recursos referentes aos blocos de Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS e Assistência Farmacêutica não poderão ser utilizados para o pagamento de: (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 6º, § 2º) (com redação dada pela Portaria nº 2025/GM/MS, de 24 de agosto de 2011)

I - servidores inativos; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 6º, § 2º, I)

II - servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 6º, § 2º, II)

III - gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 6º, § 2º, III)

IV - pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado; e (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 6º, § 2º, IV)

V - obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 6º, § 2º, V)

§ 3º Findo o exercício anual, eventuais saldos financeiros disponíveis no Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica poderão ser remanejados para os outros blocos de financiamento previstos no art. 4º, exceto para o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, e desde que sejam cumpridos previamente os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 6º, § 3º) (com redação dada pela Portaria nº 2025/GM/MS, de 24 de agosto de 2011)

I - tenham sido executadas todas as ações e serviços previstos no Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 6º, § 3º, I) (dispositivo acrescentado pela Portaria nº 2025/GM/MS, de 24 de agosto de 2011)

II - elaboração de Plano de Aplicação da destinação dos recursos financeiros que serão remanejados, de acordo com a Programação Anual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 6º, § 3º, II) (dispositivo acrescentado pela Portaria nº 2025/GM/MS, de 24 de agosto de 2011)

III - dar ciência do Plano de Aplicação, previsto no inciso II, ao respectivo Conselho de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 6º, § 3º, III) (dispositivo acrescentado pela Portaria nº 2025/GM/MS, de 24 de agosto de 2011)

IV - aprovação do Plano de Aplicação previsto no inciso II pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 6º, § 3º, IV) (dispositivo acrescentado pela Portaria nº 2025/GM/MS, de 24 de agosto de 2011)

V - inclusão da execução do Plano de Aplicação, previsto no inciso II, no Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 6º, § 3º, V) (dispositivo acrescentado pela Portaria nº 2025/GM/MS, de 24 de agosto de 2011)

§ 4º As demais possibilidades de remanejamento de recursos entre os Blocos de Financiamento serão reguladas em portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 6º, § 4º) (com redação dada pela Portaria nº 2025/GM/MS, de 24 de agosto de 2011)

§ 5º Fica também vedada a aplicação dos recursos disponibilizados por meio do bloco de investimentos na Rede de Serviços de Saúde em investimentos em órgãos e unidades voltados exclusivamente à realização de atividades administrativas. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 6º, § 5º) (dispositivo acrescentado pela Portaria nº 837/GM/MS, de 23 de abril de 2009)

§ 6º Os recursos financeiros remanejados nos termos do § 4º deste artigo não serão considerados na série histórica dos tetos para fins de transferências futuras. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 6º, § 6º) (dispositivo acrescentado pela Portaria nº 2025/GM/MS, de 24 de agosto de 2011)

Art. 7º Aos recursos de que tratam os componentes dos blocos de financiamento poderão ser acrescidos de recursos específicos, para atender a situações emergenciais ou inusitadas de riscos sanitários e epidemiológicos, devendo ser aplicados, exclusivamente, em conformidade com o respectivo ato normativo. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 7º)

Art. 8º Os recursos que compõem cada bloco de financiamento poderão ser acrescidos de valores específicos, conforme respectiva pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 8º)

TÍTULO II

DO CUSTEIO DA ATENÇÃO BÁSICA

(Origem: PRT MS/GM 204/2007, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 9º O Bloco da Atenção Básica é constituído por dois componentes: (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 9º)

I - Componente Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo); e (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 9º, I)

II - Componente Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável). (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 9º, II)

Art. 10. Componente PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde do Distrito Federal e dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 10) (com redação dada pela Portaria nº 2207/GM/MS, de 14 de setembro de 2011) (com redação dada pela Portaria nº 2299/GM/MS, de 29 de setembro de 2011)

§ 1º Os recursos do incentivo à descentralização de unidades de saúde da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), incorporados ao Componente PAB Fixo, podem ser aplicados no financiamento dessas unidades. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 10, § 1º) (com redação dada pela Portaria nº 2299/GM/MS, de 29 de setembro de 2011) (dispositivo acrescentado pela Portaria nº 2207/GM/MS, de 14 de setembro de 2011)

§ 2º Os recursos do Componente PAB Fixo poderão ser, excepcionalmente, definidos e aplicados na implementação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, mediante repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, condicionados à aprovação de projetos encaminhados ao Ministério da Saúde, o qual terá a sua formalização efetivada mediante edição de atos normativos específicos com a definição dos valores, período de execução e cronograma de desembolso financeiro. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 10, § 2º) (com redação dada pela Portaria nº 2299/GM/MS, de 29 de setembro de 2011) (dispositivo acrescentado pela Portaria nº 2207/GM/MS, de 14 de setembro de 2011)

§ 3º Fica definido que a estratégia Compensação de Especificidades Regionais não mais integrará o Componente PAB Variável, passando essa estratégia a incorporar, a partir do ano de 2013, a parte fixa do Componente PAB Fixo para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos municípios e do Distrito Federal, respeitados os critérios definidos no Anexo I da Portaria nº GM/MS 1.602/GM/MS, de 9 de julho de 2011. (Origem: PRT MS/GM 1408/2013, Art. 1º)

Art. 11. O Componente PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como: (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 11)

I - Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 11, I)

II - Agentes Comunitários de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 11, II)

III - Saúde Bucal; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 11, III)

IV - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 11, V)

V - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 11, VI)

VI - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei, em regime de internação e internação provisória; e (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 11, VII)

VII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 11, VIII)

§ 1º Os recursos do Componente PAB Variável serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde do Distrito Federal e dos municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 11, § 1º)

§ 2º Os recursos federais referentes aos incentivos para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei, em regime de internação e internação provisória, poderão ser transferidos ao Distrito Federal, aos estados e aos municípios, conforme pactuação na CIB.(Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 11, § 4º)

§ 3º Os recursos do Componente PAB Variável correspondentes atualmente às ações de assistência farmacêutica e de vigilância sanitária passam a integrar o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica e o da Vigilância em Saúde, respectivamente. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 11, § 5º)

§ 4º Os recursos federais referentes ao incentivo financeiro de custeio mensal para manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), de que trata o Capítulo III do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5 poderão ser transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde diretamente aos fundos de saúde estaduais, conforme pactuação na CIB. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 11, § 6º) (dispositivo acrescentado pela Portaria nº 1814/GM/MS, de 26 de agosto de 2013)

Art. 12. O detalhamento do financiamento referente ao bloco da Atenção Básica será definido nesta Portaria e em regulamentação própria. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 12)

CAPÍTULO I

DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ATENÇÃO BÁSICA

Seção I

Do Financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para as Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal

Art. 13. Fica definido o valor do incentivo financeiro para o custeio das Equipes de Saúde da Família (ESF), implantadas em conformidade aos critérios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 978/2012, Art. 1º)

§ 1º O valor do incentivo financeiro referente às ESF na Modalidade 1 é de R$ 10.695,00 (dez mil seiscentos e noventa e cinco reais) a cada mês, por Equipe. (Origem: PRT MS/GM 978/2012, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Fazem jus ao recebimento na Modalidade 1 todas as ESF dos Municípios constantes do Anexo I da Portaria nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2006, as ESF dos Municípios constantes do Anexo da Portaria nº 90/GM/MS, de 17 de janeiro de 2008, que atendam a populações residentes em as- sentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitado o número máximo de equipes definidos também na Portaria nº 90/GM, e as ESF que atuam em Municípios e áreas priorizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci), definidos na Seção IV do Capítulo I do Título II. (Origem: PRT MS/GM 978/2012, Art. 1º, § 2º)

§ 3º O valor dos incentivos financeiros referentes às ESF na Modalidade 2 é de R$ 7.130,00 (sete mil cento e trinta reais) a cada mês, por equipe. (Origem: PRT MS/GM 978/2012, Art. 1º, § 3º)

Art. 14. Ficam definidos os seguintes valores do incentivo financeiro para o custeio das Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas modalidades 1 e 2, segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 978/2012, Art. 2º)

I - para as ESB na Modalidade 1 serão transferidos R$ 2.230,00 (dois mil duzentos e trinta reais) a cada mês, por equipe; e (Origem: PRT MS/GM 978/2012, Art. 2º, I)

II - para as ESB na Modalidade 2 serão transferidos R$ 2.980,00 (dois mil novecentos e oitenta reais) a cada mês, por equipe. (Origem: PRT MS/GM 978/2012, Art. 2º, II)

Parágrafo Único. Fazem jus a 50% a mais sobre os valores transferidos referentes às ESB implantadas de acordo com as modalidades definidas no art. 14, todas as ESB dos Municípios constantes do Anexo I a Portaria nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2006, e as ESB dos Municípios constantes no Anexo à Portaria nº 90/GM/MS, de 17 de janeiro de 2008, que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitado o número máximo de equipes definido também na Portaria nº 90/GM/MS, de 17 de janeiro de 2008. (Origem: PRT MS/GM 978/2012, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 15. Os recursos orçamentários, de que trata esta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.20AD - Piso de Atenção

Básica Variável - Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 978/2012, Art. 5º)

Seção II

Do Financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Modalidades 1, 2 e 3

Art. 16. Ficam definidos os seguintes valores de incentivo financeiro para o custeio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) nas modalidades 1, 2 e 3, segundo os critérios da Seção II do Capítulo II do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2: (Origem: PRT MS/GM 548/2013, Art. 1º)

I - para cada NASF Modalidade 1 serão transferidos, mensalmente, R$ 20.000,00 (vinte mil reais); (Origem: PRT MS/GM 548/2013, Art. 1º, I)

II - para cada NASF Modalidade 2 serão transferidos, mensalmente, R$ 12.000,00 (doze mil reais); (Origem: PRT MS/GM 548/2013, Art. 1º, II)

III - para cada NASF Modalidade 3 serão transferidos, mensalmente, R$ 8.000,00 (oito mil reais). (Origem: PRT MS/GM 548/2013, Art. 1º, III)

Art. 17. Ficam definidos os seguintes valores de incentivo financeiro para implantação dos NASF, em conformidade com os critérios estabelecidos pela Seção II do Capítulo II do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2: (Origem: PRT MS/GM 548/2013, Art. 2º)

I - NASF Modalidade 1 - R$ 20.000,00 (vinte mil reais) a serem transferidos, em parcela única, no mês subsequente à competência de implantação de cada NASF 1; (Origem: PRT MS/GM 548/2013, Art. 2º, I)

II - NASF Modalidade 2 - R$ 12.000,00 (doze mil reais) a serem transferidos, em parcela única, no mês subsequente à competência de implantação de cada NASF 2; e (Origem: PRT MS/GM 548/2013, Art. 2º, II)

III - NASF Modalidade 3 - R$ 8.000,00 (oito mil reais) a serem transferidos, em parcela única, no mês subsequente à competência de implantação de cada NASF 3. (Origem: PRT MS/GM 548/2013, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. Não farão jus ao recebimento do incentivo financeiro de implantação os Municípios considerados sede dos NASF consorciados/intermunicipais que farão adequação para a mesma ou outra modalidade, bem como os Municípios que já tenham recebido recursos de implantação em períodos anteriores, em qualquer uma das modalidades previstas. (Origem: PRT MS/GM 548/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 18. Serão suspensos os repasses dos incentivos financeiros pelo Ministério da Saúde referentes ao NASF aos Municípios e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que forem constatados, por meio de auditoria federal ou estadual, alguma das seguintes situações: (Origem: PRT MS/GM 548/2013, Art. 3º)

I - inexistência de unidade de saúde cadastrada para o trabalho das equipes; (Origem: PRT MS/GM 548/2013, Art. 3º, I)

II - descumprimento da carga horária mínima prevista por modalidade NASF; (Origem: PRT MS/GM 548/2013, Art. 3º, II)

III - ausência de alimentação de dados no Sistema de Informação definidos pelo Ministério da Saúde que comprovem o início de suas atividades; (Origem: PRT MS/GM 548/2013, Art. 3º, III)

IV - descumprimento aos parâmetros de vinculação do NASF às Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas; (Origem: PRT MS/GM 548/2013, Art. 3º, IV)

V - forem detectados, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos e; (Origem: PRT MS/GM 548/2013, Art. 3º, V)

VI - ausência, por um período superior a 60 (sessenta) dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica e, ainda, na situação prevista no § 2º do art. 3º desta Portaria. (Origem: PRT MS/GM 548/2013, Art. 3º, VI)

§ 1º A suspensão dos incentivos financeiros pelo Ministério da Saúde será mantida até a adequação das irregularidades identificadas. (Origem: PRT MS/GM 548/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Excepcionalmente, em caso de ausência de profissional componente da equipe por um período superior a 60 (sessenta) dias, e exclusivamente para o NASF enquadrado nas modalidades 1 ou 2, será repassado um valor mensal de custeio provisório correspondente àquele repassado mensalmente aos NASF modalidades 2 ou 3, o qual será definido de acordo com a carga horária total de profissionais cadastrados, respeitada a carga horária mínima permitida de 80 (oitenta) horas por NASF 3 e 120 (cento e vinte) horas por NASF 2. (Origem: PRT MS/GM 548/2013, Art. 3º, § 2º)

Art. 19. A implantação de novas equipes NASF deverá seguir os critérios da Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 548/2013, Art. 4º)

§ 1º Os Municípios/Distrito Federal, que possuem NASF consorciado/intermunicipal e que irão realizar sua dissolução, deverão informar à Comissão Intergestores Regional (CIR) para emissão de resolução, a qual posteriormente deverá ser encaminhada para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 548/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º No caso dos Municípios com NASF modalidade 2 previamente implantados, caso necessitem alterar sua modalidade para fins de adequação aos novos parâmetros de vinculação, isto deverá ser feito por meio de envio de ofício, pela CIB ou pela SES, ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 548/2013, Art. 4º, § 2º)

§ 3º O prazo máximo para adequação final dos NASFs aos novos parâmetros de vinculação a equipes será o mês de dezembro de 2013. (Origem: PRT MS/GM 548/2013, Art. 4º, § 3º)

Art. 20. Os recursos orçamentários de que trata esta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 548/2013, Art. 5º)

Seção III

Do Incentivo Financeiro para as Equipes de Saúde da Família que Incorporarem os Agentes de Combate às Endemias (ACE) na sua Composição

Art. 21. Fica regulamentada a incorporação dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) ou dos agentes que desempenham essas atividades mas com outras denominações, nas equipes de Saúde da Família (SF). (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 1º)

§ 1º Para fim desta Seção, considerando que muitas são as nomenclaturas utilizadas pelos estados e os municípios para definirem estes profissionais, como agente de controle de endemias, de controle de zoonoses, de vigilância ambiental, entre outros, será mantida a denominação definida em lei, destacando como funções essenciais aquelas relacionadas ao controle ambiental, de controle de endemias/zoonoses, de riscos e danos à saúde, de promoção à saúde entre outras. (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A incorporação dos ACE nas equipes de SF pressupõe a reorganização dos processos de trabalho, com integração das bases territoriais dos Agentes Comunitários de Saúde e do Agente de Combate às Endemias, com definição de papéis e responsabilidades, e a supervisão dos ACE pelos profissionais de nível superior da equipe de Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 1º, § 2º)

Art. 22. Fica instituído o incentivo financeiro para as equipes de Saúde da Família que incorporarem os ACE na sua composição. (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 2º)

§ 1º A adesão a esta Seção é opcional e ocorrerá por decisão do gestor municipal e representa uma das ações indutoras da integralidade da atenção. (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Como forma de manter as equipes de trabalho e garantir o controle de doenças, as modalidades de contratação e financiamento dos atuais quadros municipais utilizadas pelos municípios deverão ser mantidas. (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 2º, § 2º)

§ 3º A não adesão do município à inclusão dos ACE nas equipes de SF não desobriga às equipes de Atenção Básica/SF a desenvolverem ações de vigilância em saúde de sua competência. (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 2º, § 3º)

§ 4º O número de ACE que vão compor cada equipe de SF será definido pelo gestor municipal de acordo com as necessidades do território, observado o perfil epidemiológico e sanitário, densidade demográfica, área territorial e condições sócio-econômicas e culturais, e preferencialmente devem ser alocados aqueles ACE que já desenvolvem ações no território. (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 2º, § 4º)

Art. 23. O valor dos recursos financeiros para as equipes de Saúde da Família que tiverem ACE incorporados corresponde a uma parcela extra-anual do incentivo mensal destas Equipes de Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 3º)

Art. 24. Os ACE, de que trata esta Seção, devem cumprir carga horária de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 4º)

Parágrafo Único. Em substituição a um ACE com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais poderão ser registrados 2 (dois) que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um. (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 25. Os critérios de elegibilidade de municípios para o recebimento dos incentivos financeiros federais para as equipes de SF que tiverem ACE incorporado, são: (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 5º)

I - municípios que tenham aderido ao Pacto pela Saúde, por meio da homologação dos respectivos Termos de Compromisso de Gestão; e (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 5º, I)

II - municípios conforme cobertura estimada de SF e porte populacional: (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 5º, II)

a) municípios com até 10.000 habitantes, ter 100% de cobertura de equipes de SF; (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 5º, II, a)

b) municípios com 10.001 a 50.000 habitantes, ter cobertura de equipes de SF mínima de 80%; (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 5º, II, b)

c) municípios com 50.001 a 100.000 habitantes, ter cobertura de equipe de SF mínima de 60%; (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 5º, II, c)

d) municípios com 100.001 a 500.000 habitantes, ter cobertura de equipe de SF mínima de 40%; e (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 5º, II, d)

e) municípios com população maior que 500.000 habitantes, ter cobertura de equipe de SF mínima de 30%. (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 5º, II, e)

Parágrafo Único. Municípios com até 50.000 habitantes somente serão elegíveis para habilitação caso optem por incorporar o ACE a todas as equipes de SF do município. (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 26. A definição dos municípios de cada estado que devam ser habilitados ao recebimento dos recursos referentes a esta Seção se dará por meio de pactuação na respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Colegiado de Gestão Regional (CGR), respeitados os critérios definidos no art. 25 e o teto financeiro por estado estabelecido no Anexo 2 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2. (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 6º)

Parágrafo Único. Para a definição dos municípios que poderão ser habilitados ao recebimento de recursos referentes a esta Seção, as CIBs ou CGR deverão levar em consideração aspectos epidemiológicos da região, assim como a existência anterior de iniciativa por parte dos municípios de incorporação de ACE nas equipes de SF, bem como deverá exigir dos municípios habilitados uma proposta de incorporação dos ACE nas equipes de SF conforme o Anexo 3 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2. (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 6º, § 2º)

Art. 27. O processo de credenciamento dos municípios ao recebimento do incentivo financeiro para equipes de Saúde da Família que incorporem Agentes de Combate às Endemias desempenhando suas atividades de forma integrada à Saúde da Família, deve obedecer ao seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 7º)

I - após receber a listagem da CIB em conformidade com o art. 26, o Ministério da Saúde publicará portaria específica credenciando os municípios ao recebimento do incentivo federal para as equipes de SF que tiverem ACE incorporado; e (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 7º, I)

II - após credenciamento, os municípios deverão cadastrar no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os ACE vinculados às equipes de SF para recebimento do incentivo federal, que se dará no mês subsequente a este cadastramento. (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 7º, II)

§ 1º Nenhum ACE poderá estar cadastrado em mais de uma equipe de SF. (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 7º, § 1º)

§ 2º A gestão municipal terá até 3 (três) competências subsequentes à publicação do credenciamento das equipes de SF no Diário Oficial da União (DOU), para informar no SCNES a incorporação do ACE à equipe de SF. (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 7º, § 2º)

§ 3º O repasse dos recursos desta Seção terá periodicidade anual, devendo ocorrer depois de decorridos 12 (doze) meses do repasse anterior. (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 7º, § 4º)

§ 4º Para fins de pagamento, serão considerados os ACE cadastrados no SCNES na correspondente especialidade constante do Código Brasileiro de Ocupações, destacando-se como funções essenciais aquelas relacionadas ao controle ambiental, de controle de endemias/zoonoses, de riscos e danos à saúde, de promoção à saúde, dentre outras. (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 7º, § 5º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1635/2012)

§ 5º O incentivo financeiro de que trata o art. 22 somente será devido em relação aos ACE cadastrados no SCNES até o exercício financeiro de 2011, observado o maior número de equipes de SF com ACE cadastrados em qualquer das competências daquele ano, devendo-se observar, ainda, os requisitos constantes dos arts. 25 e 26 . (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 7º, § 6º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1635/2012)

§ 6º A transferência de recursos financeiros relativos ao incentivo financeiro de custeio de que trata o art. 22 fica condicionada à manutenção dos ACE cadastrados no SCNES em todas as competências mensais relativas ao ano de 2011, sob pena de recebimento dos valores proporcionalmente ao número de ACE efetivamente cadastrados em cada competência mensal. (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 7º, § 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1635/2012)

Art. 28. O Ministério da Saúde suspenderá a continuidade do repasse referente a esta Seção se, por meio de monitoramento e/ou supervisão do Ministério da Saúde ou da SES, ou por auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), houver ausência do ACE incorporado à equipe de SF por período superior a 90 (noventa) dias nos últimos 12 (doze) meses ou descumprimento da carga horária por parte do ACE. (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 8º)

Art. 29. O repasse dos recursos financeiros, de que trata esta Seção, será transferido de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde aos fundos municipais de saúde, por meio do Componente PAB Variável do Bloco da Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 9º)

Art. 30. Os recursos financeiros necessários para a execução das atividades de que trata esta Seção são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família e 10.301.2015.219A - Promoção da Atenção Básica em Saúde (PO: 0001). (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Art. 10) (com redação dada pela PRT MS/GM 1635/2012)

Seção IV

Dos Valores de Financiamento das Equipes de Saúde da Família Instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica

Art. 31. As Equipes de Saúde da Família (ESF), que atuam em Municípios e áreas priorizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci), para fins de financiamento, serão classificadas como ESF Modalidade 1 e passam a gerar transferência de incentivos financeiros atualmente no valor de R$9.000,00, por equipe mês. (Origem: PRT MS/GM 2920/2008, Art. 1º)

Art. 32. Ficam estabelecidos, na forma do Anexo XXXI , Municípios e localidades prioritários para o Pronasci e o número máximo de ESF Modalidade 1 pelas quais o Município poderá receber incentivos financeiros por atuar no Pronasci. (Origem: PRT MS/GM 2920/2008, Art. 2º)

Parágrafo Único. O número máximo de ESF que atuam em áreas priorizadas para o Pronasci foi definido de acordo com as informações enviadas ao Departamento de Atenção Básica (DAB), pelo gestor municipal em resposta ao Ofício Circular Nº 21/2008 -

DAB/SAS/MS, compatíveis com os dados da competência outubro de 2008, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). (Origem: PRT MS/GM 2920/2008, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 33. Os recursos financeiros, de que trata esta Seção, serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, com base no número de ESF cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, a partir da competência novembro, identificadas em campo específico como equipes que atuam no Pronasci, na respectiva competência, conforme cronograma estabelecido para envio da base de dados do SCNES, que geram transferência de incentivos financeiros ao Município. (Origem: PRT MS/GM 2920/2008, Art. 3º)

Art. 34. Os recursos, de que trata esta Seção, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 2920/2008, Art. 5º)

Seção V

Do Repasse dos Recursos da Assistência Financeira Complementar (AFC) da União para o Cumprimento do Piso Salarial Profissional Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e do Incentivo Financeiro para Fortalecimento de Políticas Afetas à Atuação dos ACS, de que Tratam os Art. 9º-C e 9º-D da Lei nº 11.350, de 5 de Outubro de 2006

Art. 35. Esta Seção define a forma de repasse dos recursos da Assistência Financeira Complementar (AFC) da União para o cumprimento do piso salarial profissional nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e do incentivo financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos ACS, de que tratam os arts. 9º-C e 9º-D da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. (Origem: PRT MS/GM 1024/2015, Art. 1º)

Art. 36. A AFC de que trata o "caput" corresponde a 95% (noventa e cinco por cento) do piso salarial nacional vigente do ACS de que trata o art. 9º-C da Lei nº 11.350, de 2006. (Origem: PRT MS/GM 1024/2015, Art. 2º)

§ 1º O repasse dos recursos financeiros será efetuado periodicamente em cada exercício, que corresponderá a 12 (doze) parcelas mensais, incluindo-se mais 1 (uma) parcela adicional no último trimestre de cada ano. (Origem: PRT MS/GM 1024/2015, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Para fins do disposto no § 1º, a parcela adicional será calculada com base no número de ACS registrados no SCNES no mês de agosto do ano vigente multiplicado pelo valor da AFC. (Origem: PRT MS/GM 1024/2015, Art. 2º, § 2º)

Art. 37. O repasse de recursos financeiros nos termos desta Seção será efetuado pelo Ministério da Saúde aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, por meio de AFC, proporcionalmente ao número de ACS, cadastrados no SCNES, que cumpram os requisitos da Lei nº 11.350, de 2006, até o quantitativo máximo de ACS passível de contratação nos termos da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). (Origem: PRT MS/GM 1024/2015, Art. 3º)

Art. 38. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) monitorará mensalmente o cadastro dos ACS realizado pelos estados, Distrito Federal e municípios no SCNES, visando à verificação do atendimento dos requisitos contidos na Lei nº 11.350, de 2006, para repasse dos recursos financeiros na forma de AFC. (Origem: PRT MS/GM 1024/2015, Art. 4º)

Art. 39. Excepcionalmente, o ACS poderá manter vínculo direto com o estado para exercício de suas funções no município, desde que: (Origem: PRT MS/GM 1024/2015, Art. 5º)

I - o referido ACS seja contabilizado no quantitativo máximo de ACS passível de contratação pelo respectivo município nos termos da PNAB; (Origem: PRT MS/GM 1024/2015, Art. 5º, I)

II - seja respeitado o quantitativo máximo de ACS passível de contratação pelo respectivo município nos termos da PNAB; e (Origem: PRT MS/GM 1024/2015, Art. 5º, II)

III - mediante deliberação e aprovação da respectiva CIB, com prévia comunicação à SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1024/2015, Art. 5º, III)

Parágrafo Único. Configurada a hipótese do "caput", o repasse do recurso financeiro da AFC devido ao município será efetuado diretamente ao estado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1024/2015, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 40. O incentivo financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação de ACS, instituído nos termos do art. 9º-D da Lei nº 11.350, de 2006, será concedido aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios de acordo com o quantitativo máximo de ACS passível de contratação nos termos da PNAB. (Origem: PRT MS/GM 1024/2015, Art. 6º)

§ 1º O valor mensal do incentivo financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação de ACS de que trata o "caput" será de 5% (cinco por cento) sobre o valor do piso salarial de que trata o art. 9º-A da Lei nº 11.350, de 2006, por ACS que esteja com seu vínculo regularmente formalizado perante o respectivo ente federativo, observado o quantitativo máximo de ACS passível de contratação, nos termos da PNAB. (Origem: PRT MS/GM 1024/2015, Art. 6º, § 1º)

§ 2º O repasse dos recursos financeiros de que trata o "caput" deste artigo será efetuado periodicamente em cada exercício e corresponderá a 12 (doze) parcelas mensais, incluindo-se 1 (uma) parcela adicional no último trimestre de cada ano, a qual será calculada com base no número de ACS registrados no SCNES no mês de agosto do ano vigente, multiplicado pelo valor vigente do incentivo financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos ACS. (Origem: PRT MS/GM 1024/2015, Art. 6º, § 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1962/2015)

Art. 41. Os recursos financeiros correspondentes à AFC e ao incentivo financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação de ACS serão repassados a estados, Distrito Federal e municípios no âmbito da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde de que trata a PNAB. (Origem: PRT MS/GM 1024/2015, Art. 7º)

Art. 42. Fica fixado no limite do maior valor mensal repassado para cada ente federado no primeiro semestre de 2015 o montante de recursos transferido a título de incentivo de custeio no âmbito da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1024/2015, Art. 8º)

Parágrafo Único. A cada competência financeira, os valores do incentivo de custeio no âmbito da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde serão atualizados, a partir do cadastro no SCNES, subtraindo-se o montante correspondente ao número de agentes cadastrados na mesma competência para efeito de pagamento da AFC e do incentivo financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação de ACS de que trata esta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1024/2015, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 43. A transferência de recursos correspondentes à AFC e ao incentivo financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação de ACS no âmbito da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde observará as regras de manutenção e eventual suspensão de repasse de recursos financeiros nos termos da PNAB. (Origem: PRT MS/GM 1024/2015, Art. 9º)

Parágrafo Único. Para fins do disposto no "caput", a manutenção ou diminuição de repasse de recursos financeiros no âmbito da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde também observará as regras previstas no art. 42. (Origem: PRT MS/GM 1024/2015, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 44. Os recursos financeiros para o cumprimento do disposto nesta Seção são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família e 10.301.2015.219A - Promoção da Atenção Básica em Saúde (PO: 0001).(Origem: PRT MS/GM 1962/2015, Art. 2º)

Seção VI

Do Custeio das Equipes de Saúde da Família que Possuam Profissionais Médicos Integrantes de Programas Nacionais de Provimento

Art. 45. Fica definido, na forma a seguir, os valores do incentivo financeiro destinado ao custeio das Equipes de Saúde da Família com profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento e fixação em áreas de difícil acesso e/ou de populações de maior vulnerabilidade econômica ou social (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB); Programa Mais Médicos): (Origem: PRT MS/GM 1834/2013, Art. 1º)

I - R$ 4.000,00 (quatro mil reais) a cada mês, por Equipe de Saúde da Família ou Equipe de Saúde da Família Ribeirinhas de Municípios com profissionais integrantes de programas de alocação, provimento e fixação em áreas de difícil acesso e/ou de populações de maior vulnerabilidade econômica ou social; (Origem: PRT MS/GM 1834/2013, Art. 1º, I)

II - R$ 34.000,00 (trinta e quatro mil reais) a cada mês, por Equipe de Saúde da Família Fluvial de municípios com profissionais integrantes de programas de alocação, provimento e fixação em áreas de difícil acesso e/ou de populações de maior vulnerabilidade econômica e/ou social; e (Origem: PRT MS/GM 1834/2013, Art. 1º, II)

III - R$ 44.000,00 (quarenta e quatro mil reais) a cada mês, por Equipe de Saúde da Família Fluvial com Equipe de Saúde Bucal de municípios com profissionais integrantes de programas de alocação, provimento e fixação em áreas de difícil acesso e/ou de populações de maior vulnerabilidade econômica ou social. (Origem: PRT MS/GM 1834/2013, Art. 1º, III)

§ 1º Fazem jus ao recebimento do incentivo financeiro previsto no "caput" deste artigo: (Origem: PRT MS/GM 1834/2013, Art. 1º, § 1º)

I - os municípios/Distrito Federal que aderirem ao PROVAB, nos termos do Edital nº 35, de 26 de dezembro de 2012 ou aos equivalentes que o sucederem, e que contarem com profissionais participantes do PROVAB nas Equipes de Saúde da Família; e (Origem: PRT MS/GM 1834/2013, Art. 1º, § 1º, I)

II - os municípios/Distrito Federal que aderirem ao Programa Mais Médicos, nos termos do Edital nº 38, de 8 de julho de 2013 ou aos equivalentes que o sucederem, e que contarem com profissionais participantes do Programa Mais Médicos nas Equipes de Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 1834/2013, Art. 1º, § 1º, II)

§ 2º Para fazer jus ao recebimento do incentivo que trata o art. 45, II, a Unidade Básica de Saúde Fluvial deverá estar cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e devidamente habilitada em portaria específica pelo Ministério da Saúde, observando, ainda, o disposto na Seção IV do Capítulo II do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2 que estabelece os critérios de habilitação de Unidades Básica de Saúde Fluvial (UBSF) para fins de recebimento do incentivo mensal de custeio a que se refere o art. 73. (Origem: PRT MS/GM 1834/2013, Art. 1º, § 2º)

Art. 46. Para garantir o recebimento do incentivo financeiro previsto nesta Seção será necessária a manutenção da composição completa das Equipes de Saúde da Família em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, sob pena de suspensão/interrupção dos repasses até a adequação das irregularidades identificadas. (Origem: PRT MS/GM 1834/2013, Art. 2º)

Art. 47. As equipes citadas no art. 45 poderão participar do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela Seção II do Capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5, respeitados os respectivos critérios de adesão e contratualização estabelecidos. (Origem: PRT MS/GM 1834/2013, Art. 3º)

Art. 48. Compete às Secretarias Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1834/2013, Art. 4º)

I - inserir os médicos em equipes de atenção básica nas modalidades previstas na Política Nacional de Atenção Básica em regiões prioritárias para o SUS, respeitando-se os critérios de distribuição estabelecidos nos respectivos programas de alocação, provimento e fixação de profissionais em áreas de difícil acesso e/ou de populações de maior vulnerabilidade econômica ou social; (Origem: PRT MS/GM 1834/2013, Art. 4º, I)

II - exercer, em conjunto com o supervisor, o acompanhamento e a fiscalização da execução das atividades de ensino e de serviço, inclusive quanto ao cumprimento da carga horária de 40 (quarenta) horas semanais prevista aos médicos participantes, ressalvadas as especificidades das equipes de saúde da família ribeirinhas e fluviais e as atribuições previstas na Política Nacional de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 1834/2013, Art. 4º, II)

III - assegurar o cumprimento das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 1834/2013, Art. 4º, III)

IV - atender aos compromissos e contratualizações do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) discriminados na Seção II do Capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5; e (Origem: PRT MS/GM 1834/2013, Art. 4º, IV)

V - viabilizar adequadas condições de trabalho e ambiência aos profissionais integrantes das Equipes de Saúde da Família, com adesão, se necessário, ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1834/2013, Art. 4º, V)

Art. 49. O credenciamento e repasses do incentivo financeiro seguem os fluxos previstos na Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 1834/2013, Art. 5º)

Art. 50. As regras de cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde das Equipes de Saúde da Família de municípios e profissionais médicos integrantes do Programa Mais Médicos e PROVAB, para fins de pagamento ao descrito neste Capítulo, serão objeto de portaria específica a ser publicada pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1834/2013, Art. 6º)

Art. 51. Os recursos orçamentários, objeto desta Seção, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família e 10.301.2015.219A - Promoção da Atenção Básica em Saúde (PO: 0001). (Origem: PRT MS/GM 1834/2013, Art. 7º)

Seção VII

Do Repasse do Piso de Atenção Básica Variável a ser Transferido aos Municípios/ Distrito Federal que não Efetuaram o Cadastramento dos Profissionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil Junto ao Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Art. 52. Fica disciplinada a transferência de recursos do Piso de Atenção Básica Variável aos Municípios e Distrito Federal participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil que não efetuaram junto ao SCNES o cadastro dos profissionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil. (Origem: PRT MS/GM 1131/2014, Art. 1º)

Art. 53. A definição do valor de incentivo do PAB Variável a ser transferido considerará o número de Equipes de Saúde da Família implantadas e a quantidade de médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil que se encontram atuando no respectivo município/Distrito Federal, identificados por meio do Sistema de Gerenciamento de Programas e recebendo a Bolsa-Formação. (Origem: PRT MS/GM 1131/2014, Art. 2º)

§ 1º Para cálculo do valor do PAB Variável a ser repassado, conforme a Seção I do Capítulo I do Título II, será considerado o resultado da subtração da quantidade de médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil em atuação no município pelo número total de Equipes de Saúde da Família implantadas no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 1131/2014, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Para cálculo do valor do PAB Variável a ser repassado, conforme Seção VI do Capítulo I do Título II, será considerado a quantidade de médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil em atuação no município. (Origem: PRT MS/GM 1131/2014, Art. 2º, § 2º)

Art. 54. Nos casos em que a quantidade de profissionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil ultrapassar o número de Equipes de Saúde da Família (ESF) credenciadas pelo Ministério da Saúde, o mesmo promoverá o credenciamento automático das ESF alusivas aos médicos excedentes. (Origem: PRT MS/GM 1131/2014, Art. 4º)

Seção VIII

Do Incentivo Financeiro Referente à Inclusão do Microscopista na Atenção Básica para Realizar, Prioritariamente, Ações de Controle da Malária Junto às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (eACS) e/ou às Equipes de Saúde da Família (eSF)

Art. 55. Ficam definidos os critérios para o incentivo financeiro referente à inclusão do microscopista na atenção básica para realizar, prioritariamente, ações de controle da malária junto às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (eACS) e/ou às Equipes de Saúde da Família (eSF). (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 1º)

Art. 56. O valor do incentivo financeiro referente à inclusão de 1 (um) microscopista na atenção básica será o mesmo do incentivo repassado mensalmente para um 1 (um) ACS, em conformidade com os critérios definidos nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 2º)

Parágrafo Único. No último trimestre de cada ano, será repassada uma parcela extra, calculada com base no número de microscopistas, de que trata esta Seção, que tiveram incentivos repassados pelo Ministério da Saúde na competência financeira se-

tembro do ano vigente, multiplicado pelo valor do incentivo conforme caput deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 57. Os critérios para seleção de municípios que farão jus ao recebimento dos incentivos financeiros federais para inclusão do microscopista na atenção básica são: (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 3º)

I - municípios que tenham implantado eACS e/ou eSF em dezembro de 2007; (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 3º, I)

II - municípios com IPA no ano de 2008 igual ou acima de 50 casos por mil habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 3º, II)

III - municípios que concentram 80% dos casos de malária na Amazônia Legal, no ano de 2008, de acordo com as notificações no Sistema de Informações Epidemiológicas de Malária (SIVEP - Malária). (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 3º, III)

Art. 58. O número máximo de microscopistas pelos quais os municípios poderão fazer jus ao recebimento de incentivos financeiros é calculado conforme descrito abaixo: (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 4º)

I - para municípios com 100.000 habitantes ou menos: número de eSF/2 + número de ACS das eACS/10; (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 4º, I)

II - para municípios com população entre 100.001 e 500.000 habitantes: número de eSF/2; e (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 4º, II)

III - para municípios com mais de 500.000 habitantes: número de eSF/4. (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 4º, III)

§ 1º A população de cada município considerada para definição da fórmula de cálculo do teto corresponde à mesma empregada para o pagamento da parte fixa do Piso da Atenção Básica, em dezembro de 2007. (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O número de eSF e de ACS das eACS refere-se ao informado no SCNES, na base nacional, no mês de dezembro de 2007. (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 4º, § 2º)

Art. 59. A relação dos municípios e do número máximo de microscopistas que farão jus ao recebimento dos incentivos financeiros federais está definida no Anexo 4 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, conforme critérios definidos descritos nos arts. 57 e 58 . (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 5º)

Art. 60. Para fins de transferência dos incentivos financeiros de que trata esta Seção fica definido que: (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 6º)

I - o número de microscopistas pelos quais os municípios farão jus ao recebimento de incentivos financeiros será calculado, a cada mês, tomando-se como base o cadastro no SCNES na referida competência e respeitando-se os limites estabelecidos no Anexo 4 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2; (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 6º, I)

II - os microscopistas devem ser cadastrados no SCNES em uma Unidade Básica de Saúde, conforme classificação da Portaria nº 750/SAS, de 10 de outubro de 2006; (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 6º, II)

III - os microscopistas de que trata esta Seção devem cumprir carga horária de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 6º, III)

Parágrafo Único. Em substituição a um microscopista com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais poderão ser registrados 2 (dois) desses trabalhadores que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um. Nenhum microscopista poderá ter carga horária total acima de 40 horas semanais, independente do local de atuação. Essa situação será verificada no banco de dados do SCNES e será considerada duplicidade a ocorrência de profissional com mais de 40 horas no mesmo município e/ou em município diferente, havendo bloqueio do cadastro mais antigo. (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 61. A inclusão do microscopista na atenção básica deverá seguir as recomendações do Guia para Gestão Local do Controle da Malária - Diagnóstico e Tratamento, publicação da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Malária - SVS/MS. (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 7º)

Art. 62. A gestão municipal terá até 4 (quatro) competências subsequentes à publicação no Diário Oficial da União (DOU) que credencia os microscopistas, conforme cronograma do SCNES, para realizar implantação e cadastro. (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 8º)

§ 1º Após esse prazo, o microscopista cujo cadastro não foi informado no SCNES terá seu credenciamento suspenso automaticamente, ficando a critério da comissão Intergestores Bipartite (CIB) a realocação do quantitativo de microscopistas não credenciados, conforme o número total previsto para o respectivo Estado, de acordo com os critérios epidemiológicos da malária, doença de Chagas, filariose, leishmaniose tegumentar americana e tuberculose. (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Após determinação da CIB, caberá à Secretaria de Saúde dos Estados enviar a resolução ao Ministério da Saúde, até o dia 15 do mês subsequente à publicação da suspensão do credenciamento. (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 8º, § 2º)

§ 3º O Ministério da Saúde publicará a portaria que credencia os microscopistas, conforme resolução da CIB. (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 8º, § 3º)

Art. 63. O Ministério da Saúde suspenderá o repasse do incentivo financeiro, de que trata esta Seção nos casos em que forem constatadas, por meio de monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde, ou por auditoria do DENASUS, alguma das seguintes situações: (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 9º)

I - inexistência do microscopista; ou (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 9º, I)

II - descumprimento da carga horária estabelecida, conforme art. 60, III e parágrafo único. (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 9º, II)

Art. 64. Definir, na forma do Anexo 5 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, ações de responsabilidade de todos os microscopistas, a serem desenvolvidas em conjunto com as eSF e/ou eACS. (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 10)

Art. 65. Os microscopistas, de que trata esta Seção, serão capacitados pelos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN) dos respectivos Estados, primeiramente, para a leitura de lâminas por Walker Giemsa, para diagnóstico da malária, da doença de Chagas e da filariose, e poderão ser treinados, conforme a necessidade, na técnica de coloração e leitura para diagnóstico parasitológico direto de leishmaniose tegumentar americana e na técnica de coloração de Ziehl - Neelsen para tuberculose. (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 11)

Parágrafo Único. A produção de exames será submetida ao controle de qualidade de acordo com as normas da Coordenação-Geral de Laboratórios da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CGLAB). (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 66. Os recursos financeiros de que trata esta Seção serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos fundos municipais de saúde e fazem parte do Piso da Atenção Básica variável que compõem o Bloco de Financiamento da Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 12)

Art. 67. Os recursos orçamentários de que trata esta Seção correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família e 10.301.2015.219A - Promoção da Atenção Básica em Saúde (PO: 0001). (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 13)

Seção IX

Do Incentivo Financeiro Mensal de Custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR), das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) e das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF)

Art. 68. Ficam definidos os valores do incentivo financeiro mensal de custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR), das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) e das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). (Origem: PRT MS/GM 1229/2014, Art. 1º)

Art. 69. O incentivo financeiro mensal de custeio das ESFR corresponderá ao valor vigente do incentivo de custeio das Equipes de Saúde da Família na Modalidade I. (Origem: PRT MS/GM 1229/2014, Art. 2º)

§ 1º O valor do incentivo financeiro de que trata o art. 69 será acrescido do valor vigente para o incentivo de custeio das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na modalidade 1, segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, para as ESFR compostas também pelos profissionais de saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 1229/2014, Art. 2º, § 1º)

§ 2º As ESFR que possuam profissionais médicos integrantes do Programa Mais Médicos e do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) receberão incentivos de custeio diferenciados, conforme disposto na Seção VI do Capítulo I do Título II. (Origem: PRT MS/GM 1229/2014, Art. 2º, § 2º)

Art. 70. O valor do incentivo financeiro referente aos Agentes Comunitários de Saúde e microscopistas que integrarem as ESFF e ESFR corresponderá ao valor vigente para o incentivo de custeio, a cada mês, por profissional previsto em portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 1229/2014, Art. 3º)

Art. 71. O valor do incentivo financeiro mensal de custeio referente a cada profissional acrescido à composição mínima das ESFF e ESFR, nos termos do art. 18 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2 definido conforme quadro constante do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 1229/2014, Art. 4º)

Art. 72. O incentivo financeiro de custeio para logística de que trata o art. 25 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, será baseado no número de estabelecimentos de saúde apresentado, nos termos do Anexo V . (Origem: PRT MS/GM 1229/2014, Art. 5º)

§ 1º Os Municípios que utilizarem embarcações para o deslocamento dos profissionais com porte diferenciado ou que agreguem ambientes extras como camarotes, cozinha ou banheiros, devem enviar proposta com planos da embarcação, contendo fotos dos ambientes nela contidos e justificativa de valor do incentivo federal que não ultrapasse o teto estabelecido. (Origem: PRT MS/GM 1229/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O pleito de que trata o art. 72, § 1º deverá ser homologado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou pela Comissão Intergestores Regional (CIR) e será encaminhada ao Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), para fins de avaliação de conformidade com o Plano de Implantação previsto na Seção III do Capítulo II do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, e posterior homologação. (Origem: PRT MS/GM 1229/2014, Art. 5º, § 2º)

Art. 73. O incentivo financeiro mensal de custeio destinado às UBSF será repassado na modalidade fundo a fundo e terá o valor de: (Origem: PRT MS/GM 1229/2014, Art. 6º)

I - R$ 80.000,00 (oitenta mil reais) para as ESFF sem profissionais de saúde bucal; (Origem: PRT MS/GM 1229/2014, Art. 6º, I)

II - R$ 70.000,00 (setenta mil reais) por ESFF de Municípios com profissionais integrantes de programas de alocação, provimento e fixação em áreas de difícil acesso e/ou de populações de maior vulnerabilidade econômica e/ou social; (Origem: PRT MS/GM 1229/2014, Art. 6º, II)

III - R$ 90.000,00 (noventa mil reais) para ESFF com profissionais de saúde bucal; e (Origem: PRT MS/GM 1229/2014, Art. 6º, III)

IV - R$ 80.000,00 (oitenta mil reais) por ESFF com Equipe de Saúde Bucal de Municípios com profissionais integrantes de programas de alocação, provimento e fixação em áreas de difícil acesso e/ou de populações de maior vulnerabilidade econômica ou social. (Origem: PRT MS/GM 1229/2014, Art. 6º, IV)

Art. 74. A comprovação da aplicação dos recursos financeiros transferidos por força desta Seção será apresentada no Relatório Anual de Gestão (RAG), previsto na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e no Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, e assinado pelo respectivo Conselho de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1229/2014, Art. 7º)

Art. 75. O Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com fundamento nos relatórios de gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos, nos termos do disposto no art. 5º do Decreto no 1.232, de 30 de agosto de 1994. (Origem: PRT MS/GM 1229/2014, Art. 8º)

Art. 76. Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobra de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1229/2014, Art. 9º)

Art. 77. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Distrital e Municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo. (Origem: PRT MS/GM 1229/2014, Art. 10)

Art. 78. Nos casos em que for verificado que os recursos financeiros transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde foram executados, total ou parcialmente em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. (Origem: PRT MS/GM 1229/2014, Art. 11)

Art. 79. Os recursos orçamentários de que trata esta Seção correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 1229/2014, Art. 12)

Seção X

Do Incentivo Financeiro para Custeio das Unidades Odontológicas Móveis (UOM)

Art. 80. Instituir, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal. (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º)

§ 1º O Componente Móvel de que trata o caput deste artigo será desenvolvido por intermédio de Unidades Odontológicas Móveis (UOM). (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Unidades Odontológicas Móveis são consultórios odontológicos estruturados em veículos devidamente adaptados e equipados para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal a serem realizadas por Equipes de Saúde Bucal vinculadas às Equipes da Estratégia de Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 2º)

§ 3º As UOM serão compostas por: (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 3º)

I - veículo devidamente adaptado para a finalidade de atenção à saúde bucal e equipado com: (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 3º, I)

a) cadeira odontológica completa; (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 3º, I, a)

b) kit de peça de mão contendo caneta de alta e baixa rotação; (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 3º, I, b)

c) aparelho de RX-periapical; (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 3º, I, c)

d) compressor odontológico; (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 3º, I, d)

e) aparelho amalgamador; (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 3º, I, e)

f) aparelho fotopolimerizador; (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 3º, I, f)

g) autoclave; (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 3º, I, g)

II - instrumentais e materiais permanentes odontológicos, conforme relação constante do Anexo XXI ; e (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 3º, II)

III - equipe da Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade I (ESFSBMI) ou Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade II (ESFSBMII) que operará a Unidade. (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 3º, III)

§ 4º O veículo e os equipamentos listados no inciso I do § 3º serão adquiridos pelo Ministério da Saúde e cedidos aos respectivos gestores municipais do SUS mediante Termo de Doação definido pela legislação em vigor e as diretrizes e parâmetros estabelecidos pela Seção X do Capítulo I do Título II. (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 4º)

§ 5º Os instrumentais e materiais permanentes de que trata o inciso II do § 3º deste artigo deverão ser adquiridos e instalados pelo

gestor municipal do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 5º)

§ 6º Os recursos humanos necessários para a implementação das equipes de que trata o inciso III do § 3º deste artigo são de responsabilidade do gestor municipal do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 1º, § 6º)

Art. 81. Criar Incentivo Financeiro para Custeio das Unidades Odontológicas Móveis, no valor de R$ 4.680,00 (quatro mil e seiscentos e oitenta reais) mensais por UOM. (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 4º)

§ 1º O incentivo de que trata o caput deste artigo será destinado ao custeio dos serviços de saúde ofertados na UOM recebida/implantada pelo município. (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O início do repasse mensal do Incentivo ocorrerá após a publicação de portaria de habilitação ao custeio que será emitida pelo Ministério da Saúde após a demonstração, pelo município, do cadastramento da UOM e da equipe de Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal (ESFSB) Modalidade I ou Modalidade II no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o atendimento ao disposto na Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, e na Portaria nº 750, de 10 de outubro de 2006, e do início da operação da Unidade. (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 4º, § 2º)

§ 3º O repasse constante do caput deste artigo será descontinuado no caso de ser comprovado por meio dos sistemas de informação, por monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado da Saúde ou por auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) qualquer uma dos seguintes situações: (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 4º, § 3º)

I - ausência, por um período superior a 90 (noventa) dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes citadas no art. 80, § 3º , III, vinculadas a essas Unidades; (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 4º, § 3º, I)

II - descumprimento da carga horária estabelecida para os profissionais conforme a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006; (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 4º, § 3º, II)

III - ausência de Unidade Odontológica Móvel cadastrada para o trabalho das equipes; e (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 4º, § 3º, III)

IV - ausência de qualquer um dos equipamentos doados pelo Ministério da Saúde, conforme o descrito no art. 80. (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 4º, § 3º, IV)

Art. 82. Definir que o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde - por meio do Departamento de Atenção Básica, realize a avaliação com base nos dados colhidos dos sistemas de informação e de disseminação de dados, bem como adote as medidas necessárias à plena aplicação das recomendações contidas na Seção X do Capítulo I do Título II. (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 5º)

Art. 83. Estabelecer que os recursos orçamentários objeto desta Seção sejam transferidos de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal, e que corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Art. 6º)

Seção XI

Do Incentivo Financeiro de Custeio Mensal para as Equipes de Consultório na Rua

Art. 84. Fica instituído o incentivo financeiro de custeio mensal para as equipes de Consultório na Rua (eCR), nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 8º)

I - para a eCR Modalidade I será repassado o valor de R$ 19.900,00 (dezenove mil e novecentos reais) por equipe mês; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 8º, I)

II - para eCR Modalidade II será repassado o valor de R$ R$ 27.300,00 (vinte e sete mil e trezentos reais) por equipe mês; e (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 8º, II)

III - para a eCR Modalidade III será repassado o valor de R$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) por equipe mês. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 8º, III)

§ 1º O incentivo financeiro de custeio instituído neste artigo engloba o custeio para transporte da eCR. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O início do repasse mensal do incentivo ocorrerá após a habilitação do município, publicada por portaria específica da SAS/MS, que dependerá do cumprimento dos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 8º, § 2º)

I - demonstração do cadastramento da eCR no SCNES; e (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 8º, § 2º, I)

§ 3º O repasse do incentivo financeiro instituído neste artigo será suspenso em caso de descumprimento das diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios na Rua (eCR) e na Política Nacional de Atenção Básica, no que toca aos Consultórios na Rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 8º, § 3º)

§ 4º O funcionamento da eCR será avaliado e monitorado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), pelo DENASUS e pela Secretaria de Saúde estadual. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 8º, § 4º)

§ 5º As 92 (noventa e duas) equipes de Consultório de Rua constantes do Anexo 2 do Anexo XVI da Portaria de Consolidação nº 2, contempladas com financiamento oriundo das Chamadas de Seleção realizadas em 2010 pela Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS), também poderão ser cadastradas como eCR, nos termos definidos nas diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios na Rua (eCR), para fins de recebimento do incentivo instituído neste artigo, desde que se adequem a alguma das modalidades descritas no art. 4º do Anexo XVI da Portaria de Consolidação nº 2. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 8º, § 5º)

§ 6º No caso do § 5º acima, as equipes de Consultório de Rua já existentes poderão ser cadastradas como eCR e receber o incentivo financeiro de custeio mensal para as equipes de Consultório na Rua (eCR) caso tenham alcançado 1 (um) ano de funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 8º, § 6º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1922/2013)

Art. 85. Os recursos orçamentários referentes ao incentivo financeiro de custeio mensal para as equipes de Consultório na Rua (eCR) serão transferidos de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos de saúde municipais e do DistritoFederal, e correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família e 10.301.2015.219A - Promoção da Atenção Básica em Saúde (PO: 0001). (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 12)

CAPÍTULO II

DOS COMPONENTES E INCENTIVOS PARA À ATENÇÃO BÁSICA

Seção I

Do Componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Art. 86. Esta Seção define o Componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 1º)

Art. 87. O Programa de Requalificação de UBS tem como objetivo prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica para desempenho de suas ações por meio do financiamento das UBS implantadas em território nacional. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 2º)

Subseção I

Das Regras Aplicáveis aos Projetos Habilitados no Componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde a partir de 2012 até 2016

(Origem: PRT MS/GM 341/2013, CAPÍTULO I)

Art. 88. O Componente Reforma do Programa de Requalificação de UBS é composto pelos seguintes grupos de serviços: (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 3º)

I - demolições e retiradas; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 3º, I)

II - infraestrutura; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 3º, II)

III - estrutura; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 3º, III)

IV - alvenaria; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 3º, IV)

V - cobertura; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 3º, V)

VI - esquadrias; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 3º, VI)

VII - instalações hidrossanitárias; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 3º, VII)

VIII - instalações elétricas; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 3º, VIII)

IX - rede lógica; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 3º, IX)

X - instalações especiais; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 3º, X)

XI - pisos; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 3º, XI)

XII - revestimentos; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 3º, XII)

XIII - vidros; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 3º, XIII)

XIV - pinturas; e (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 3º, XIV)

XV - limpeza da obra. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 3º, XV)

Parágrafo Único. Serão financiadas as reformas de Unidades Básicas de Saúde implantadas em imóvel próprio do município ou Distrito Federal ou a ele cedido por outro ente federativo, que possua documentação regular e cuja metragem seja superior a 153,24 m² (cento e cinquenta e três metros quadrados e vinte e quatro centímetros quadrados). (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 89. O Ministério da Saúde publicará periodicamente ato normativo específico para definição do total de recursos financeiros destinados ao Componente Reforma a serem repassados por estado ou Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 4º)

Parágrafo Único. Serão adotados como critérios de prioridade para definição do montante de recursos de que trata o "caput" o percentual de população em situação de extrema pobreza, o Produto Interno Bruto (PIB) "per capita" da respectiva Unidade da Federação e a necessidade de intervenções com base nos diagnósticos de infraestrutura disponíveis no Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 90. Para pleitear a habilitação no Componente Reforma, inicialmente o ente federativo deverá cadastrar sua proposta perante o Ministério da Saúde, por meio do endereço eletrônico http://www.fns.saude.gov.br, para fins de cálculo do valor do montante de recursos financeiros correspondentes à reforma da(s) respectivas unidade(s) básica(s) de saúde e obtenção do formato da pré-proposta, a qual após a finalização será encaminhada pelo ente federativo interessado à respectiva CIB para validação. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 5º)

§ 1º Na pré-proposta de que trata o "caput", a ser enviada pelos estados e municípios à CIB, deverá ser incluído o Plano de Reforma de Unidades Básicas de Saúde, composto pelas ações, metas e responsabilidades de cada ente federativo. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Para os fins do disposto no art. 90, § 1º , ao Distrito Federal compete apresentar a pré-proposta ao Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF). (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 5º, § 2º)

Art. 91. Após a validação de que trata o art. 90, as CIB e o CGSES/DF deverão enviar ao Ministério da Saúde, especificamente ao DAB/SAS/MS, a listagem das propostas contempladas dos entes federados com os respectivos valores pactuados. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 6º)

Art. 92. Ao Ministério da Saúde compete aprovar, total ou parcialmente, a listagem das propostas recebidas e seus respectivos valores, utilizando-se em sua avaliação, para fins de autorização e priorização, os mesmos critérios destacados no art. 89, contudo relativos apenas aos municípios. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 7º)

Parágrafo Único. O Ministério da Saúde selecionará as propostas recebidas levando em consideração os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 7º, Parágrafo Único)

I - entes federativos ou região dos municípios com elevada proporção de população em extrema pobreza; e (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 7º, Parágrafo Único, I)

II - desempenho do ente federativo na execução das obras do Programa de Requalificação de UBS. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 7º, Parágrafo Único, II)

Art. 93. Após análise e aprovação da lista de propostas de que trata o art. 92, o Ministério da Saúde publicará ato normativo específico de habilitação do município ou do Distrito Federal para o recebimento do incentivo financeiro previsto no Componente Reforma do Programa de Requalificação de UBS. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 8º)

Art. 94. Os valores dos recursos financeiros a serem destinados pelo Ministério da Saúde para o incentivo à reforma de cada UBS respeitarão os seguintes parâmetros: (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 9º)

I - valor mínimo de R$ 30.000,00 (trinta mil reais) e o valor máximo de R$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) para UBS com metragem de 153,24 m² (cento e cinquenta e três metros quadrados e vinte e quatro centímetros quadrados) até 293,28 m² (duzentos e noventa e três metros quadrados e vinte e oito centímetros quadrados); e (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 9º, I)

II - valor mínimo de R$ 30.000,00 (trinta mil reais) e o valor máximo de R$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil reais) para UBS com metragem superior a 293,28 m² (duzentos e noventa e três metros quadrados e vinte e oito centímetros quadrados). (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 9º, II)

§ 1º Caso o custo final da reforma da UBS seja superior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores deverá ser custeada por conta do próprio município ou Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Caso o custo final da reforma da UBS seja inferior ao incentivo repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença no valor dos recursos poderá ser utilizada pelo município ou Distrito Federal para o acréscimo quantitativo de ações previstas em qualquer dos grupos de que trata o art. 88 e dirigidas exclusivamente à mesma UBS contemplada. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 9º, § 2º)

Art. 95. Uma vez publicado o ato normativo de habilitação de que trata o art. 93, o repasse dos recursos financeiros será realizado pelo Fundo Nacional de Saúde ao respectivo Fundo Municipal de Saúde ou ao Fundo de Saúde do Distrito Federal na forma abaixo definida: (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 10)

I - primeira parcela: equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, a ser repassada após a publicação da portaria específica de habilitação; e (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 10, I)

II - segunda parcela, equivalente a 80% (oitenta por cento) do valor total aprovado, mediante a inserção no Sistema de Monitoramento de Obras do Ministério da Saúde (SISMOB): (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 10, II)

a) da respectiva Ordem de Início de Serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA) ou Conselho de Arquitetura e Urbanismo (CAU), devidamente ratificada pelo gestor local e encaminhada à CIB através de ofício; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 10, II, a)

b) das fotos correspondentes às etapas de execução da obra; e (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 10, II, b)

c) das demais informações requeridas pelo SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 10, II, c)

§ 1º O repasse da segunda parcela de que trata o inciso II do "caput" apenas ocorrerá após aprovação pelo Ministério da Saúde, por meio do DAB/SAS/MS, dos dados inseridos no SISMOB pelo ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 10, § 1º)

§ 2º O SISMOB encontra-se disponível para acesso por meio do endereço eletrônico http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/sismob. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 10, § 2º)

§ 3º As fotos a serem inseridas no SISMOB deverão estar em conformidade com o "Manual de Orientações Básicas para Fotografar as Obras de Reforma, Ampliação e Construção de UBS",

cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico http://dab2.saude.gov.br/sistemas/sismob/documentos.php. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 10, § 3º)

Art. 96. Os entes federativos que forem contemplados com financiamento previsto nos termos desta Seção a partir do ano de 2013 ficam sujeitos ao cumprimento dos seguintes prazos para execução e conclusão das obras: (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 11)

I - 9 (nove) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para a emissão da Ordem de Início de Serviço e sua inserção no SISMOB, cujo acesso encontra-se disponível por meio do endereço eletrônico http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/sismob; e(Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 11, I)

II - 18 (dezoito) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para conclusão da obra e devida informação no SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 11, II)

Art. 97. O Distrito Federal e os municípios são responsáveis pela contínua atualização das informações no SISMOB no mínimo uma vez a cada 60 (sessenta) dias, responsabilizando-se, ainda, pela veracidade e qualidade dos dados fornecidos, quais sejam: (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 12)

I - informações relativas ao estabelecimento, ao imóvel, ao projeto e à contratação; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 12, I)

II - informações relativas à execução física da obra, incluindo-se fotos; e (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 12, II)

III - informações relativas à conclusão da obra, incluindo-se fotos. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 12, III)

Parágrafo Único. Na hipótese de inexistência de modificação das informações descritas neste artigo até 60 (sessenta) dias após a última inserção de dados, o ente federativo ainda assim fica obrigado a acessar o SISMOB para registro dessa atividade pelo próprio sistema informatizado. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 12, Parágrafo Único)

Art. 98. Caso o SISMOB não seja acessado e atualizado pelo menos uma vez durante um período de 60 (sessenta) dias consecutivos pelo ente federativo beneficiário, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) providenciará a suspensão do repasse a ele de recursos financeiros do Programa de Requalificação de UBS e de outros programas ou estratégias instituídos e financiados, por meio do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 13)

Parágrafo Único. Regularizada a causa que ensejou a suspensão do repasse de recursos financeiros de que trata o "caput", o Fundo Nacional de Saúde providenciará a regularização das transferências dos recursos. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 99. Na hipótese de descumprimento dos prazos definidos no art. 96, o ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 14)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados no âmbito do programa; e (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 14, I)

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 14, II)

Art. 100. O monitoramento de que trata esta Seção não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 15)

Art. 101. Com o término da reforma da UBS, o município ou o Distrito Federal assumirá a manutenção preventiva do referido estabelecimento de saúde pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos como condição para continuar no Programa de Requalificação de UBS. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 16) (com redação dada pela PRT MS/GM 725/2014)

Art. 102. Como condição para continuar apto ao financiamento e receber eventuais novos recursos financeiros, o ente federativo beneficiário deverá informar, no âmbito do Componente Reforma do Programa de Requalificação das UBS ou quaisquer outros que forem instituídos dos quais esteja participando, o início, andamento, conclusão e posteriores manutenções preventivas da obra, incluindo-se dados referentes ao projeto, contratação, localização geográfica, fotos anteriores ao inicio da obra, fotos correspondentes às etapas de execução da obra e demais informações requeridas pelo SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 17)

Art. 103. O ente federativo que estiver em situação de irregularidade nos termos dos arts. 98 e 99 poderá participar do processo de seleção de novas propostas para obter financiamento de que trata o Componente Reforma, porém, para estar apto à habilitação, deverá estar com todas as obras de reforma, ampliação e construção de UBS já contempladas com recursos federais em curso, monitoradas e com informações atualizadas no SISMOB até o mês anterior à publicação da respectiva lista pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) contendo as propostas habilitadas, inclusive com inserção da Ordem de Início de Serviço das propostas de reforma habilitadas no período de 2011 e 2012. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 18) (com redação dada pela PRT MS/GM 1345/2013)

Parágrafo Único. Para fins do disposto no art. 103, as obras de reforma de UBS em curso são aquelas custeadas com incentivo financeiro previsto nesta Seção e na Portaria nº 2.206/GM/MS, de 14 de setembro de 2011. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 18, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1345/2013)

Subseção II

Das Regras Aplicáveis aos Projetos Habilitados no Componente Reforma do Programa de Requalificação de UBS até 2012 (Origem: PRT MS/GM 341/2013, CAPÍTULO II)

Art. 104. Os entes federativos que tiveram projetos habilitados até o ano de 2012 no âmbito do Componente Reforma com financiamento previsto nos termos da Portaria nº 2.206/GM/MS, de 2011, seguirão as regras previstas nesta Subseção. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 19)

Art. 105. Os recursos financeiros percebidos no âmbito do Componente Reforma com financiamento previsto nos termos da Portaria nº 2.206/GM/MS, de 2011, serão aplicados nos seguintes 11 (onze) grupos de serviços: (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 20)

I - Grupo de Serviço I: demolições e retiradas; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 20, I)

II - Grupo de Serviço II: estrutura; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 20, II)

III - Grupo de Serviço III: alvenaria; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 20, III)

IV - Grupo de Serviço IV: pisos; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 20, IV)

V - Grupo de Serviço V: revestimento; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 20, V)

VI - Grupo de Serviço VI: cobertura; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 20, VI)

VII - Grupo de Serviço VII: esquadrias; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 20, VII)

VIII - Grupo de Serviço VIII: instalações hidrosanitárias; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 20, VIII)

IX - Grupo de Serviço IX: instalações elétricas; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 20, IX)

X - Grupo de Serviço X: pinturas; e (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 20, X)

XI - Grupo de Serviço XI: limpeza da obra. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 20, XI)

Parágrafo Único. Os recursos financeiros devem ser aplicados em UBS implantadas em imóvel próprio do município ou Distrito Federal ou a ele cedido por outro ente federativo, que possua documentação regular e cuja metragem seja superior a 153,24 m² (cento e cinquenta e três metros quadrados e vinte e quatro centímetros quadrados). (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 20, Parágrafo Único)

Art. 106. Os valores dos recursos financeiros destinados pelo Ministério da Saúde para o incentivo à reforma de cada UBS respeitarão os seguintes parâmetros: (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 21)

I - valor mínimo de R$ 30.000,00 (trinta mil reais) e o valor máximo de R$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) para UBS com metragem de 153,24 m² (cento e cinquenta e três metros quadrados e vinte e quatro centímetros quadrados) até 293,28 m² (duzentos e noventa e três metros quadrados e vinte e oito centímetros quadrados); e (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 21, I)

II - valor mínimo de R$ 30.000,00 (trinta mil reais) e o valor máximo de R$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil reais) para UBS com metragem superior a 293,28 m² (duzentos e noventa e três metros quadrados e vinte e oito centímetros quadrados). (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 21, II)

§ 1º Caso o custo final da reforma da UBS seja superior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores deverá ser custeada por conta do próprio município ou Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 21, § 1º)

§ 2º Caso o custo final da reforma da UBS seja inferior ao incentivo repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença no valor dos recursos poderá ser utilizada pelo município ou Distrito Federal para o acréscimo quantitativo de ações previstas em qualquer dos grupos de que trata o art. 105 e dirigidas exclusivamente à mesma UBS contemplada. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 21, § 2º)

Art. 107. O repasse dos recursos financeiros será realizado pelo Fundo Nacional de Saúde ao respectivo Fundo Municipal de Saúde ou ao Fundo de Saúde do Distrito Federal na forma abaixo definida: (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 22)

I - primeira parcela: equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, a ser repassada após a publicação da portaria específica de habilitação; e (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 22, I)

II - segunda parcela, equivalente a 80% (oitenta por cento) do valor total aprovado, mediante a inserção da respectiva Ordem de Início de Serviço no SISMOB, assinada por profissional habilitado pelo CREA ou CAU, devidamente ratificada pelo gestor local e encaminhada à CIB através de ofício e posterior aprovação pelo Ministério da Saúde, por meio do DAB/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 22, II)

§ 1º Para recebimento da segunda parcela de que trata o inciso II do "caput", o ente federativo beneficiário também deverá inserir as fotos correspondentes às etapas de execução e à conclusão da obra no SISMOB, além de outras informações requeridas por meio desse sistema. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 22, § 1º)

§ 2º As fotos a serem inseridas no SISMOB de que trata o § 1º deverão estar em conformidade com o "Manual de Orientações Básicas para Fotografar as Obras de Reforma, Ampliação e Construção de UBS", cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico http://dab2.saude.gov.br/sistemas/sismob/documentos.php.(Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 22, § 2º)

Art. 108. Os entes federativos que tiveram projetos habilitados até o ano de 2012 com financiamento previsto nos termos da Portaria nº 2.206/GM/MS, de 2011, ficam sujeitos ao cumprimento dos seguintes prazos para execução e conclusão das obras: (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 23)

I - 6 (seis) meses, a contar da data de publicação da Portaria nº 341/GM/MS, de 04 de março de 2013, para a emissão da Ordem de Início de Serviço e sua inserção no SISMOB; e (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 23, I)

II - 18 (dezoito) meses, a contar da data de publicação da Portaria nº 341/GM/MS, de 04 de março de 2013, para conclusão da obra e devida informação no SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 23, II)

Art. 109. O Distrito Federal e os municípios são responsáveis pela contínua atualização das informações no SISMOB no mínimo uma vez a cada 60 (sessenta) dias, responsabilizando-se, ainda, pela veracidade e qualidade dos dados fornecidos, quais sejam: (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 24)

I - informações relativas ao estabelecimento, ao imóvel, ao projeto e à contratação; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 24, I)

II - informações relativas à execução física da obra, incluindo-se fotos; e (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 24, II)

III - informações relativas à conclusão da obra, incluindo-se fotos. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 24, III)

Parágrafo Único. Na hipótese de inexistência de modificação das informações descritas neste artigo até 60 (sessenta) dias após a última inserção de dados, o ente federativo ainda assim fica obrigado a acessar o SISMOB para registro dessa atividade pelo próprio sistema informatizado. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 24, Parágrafo Único)

Art. 110. Caso o SISMOB não seja acessado e atualizado pelo menos uma vez durante um período de 60 (sessenta) dias consecutivos pelo ente federativo beneficiário, a SAS/MS providenciará a suspensão do repasse a ele de recursos financeiros do Programa de Requalificação de UBS e de outros programas ou estratégias instituídos e financiados, por meio do PAC, pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 25)

Parágrafo Único. Regularizada a causa que ensejou a suspensão do repasse de recursos financeiros de que trata o "caput", o Fundo Nacional de Saúde providenciará a regularização das transferências dos recursos. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 25, Parágrafo Único)

Art. 111. Na hipótese de descumprimento dos prazos definidos no art. 108, o ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 26)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, se os mencionados recursos foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde até 31 de dezembro de 2012 para o respectivo fundo de saúde e não executados ou executados total ou parcialmente em objeto diverso ao originalmente pactuado; (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 26, I)

II - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde a partir de 1º de janeiro de 2013 para o respectivo fundo de saúde e não executados no âmbito do programa; e (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 26, II)

III - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde a partir de 1º de janeiro de 2013 para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 26, III)

Art. 112. O monitoramento de que trata esta Seção não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 27)

Art. 113. Com o término da reforma da UBS, o município ou o Distrito Federal assumirá a manutenção preventiva do referido estabelecimento de saúde pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos como condição para continuar no Programa de Requalificação de UBS. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 28) (com redação dada pela PRT MS/GM 725/2014)

Art. 114. Como condição para continuar apto ao financiamento e receber eventuais novos recursos financeiros, o ente federativo beneficiário deverá informar, no âmbito do Componente Reforma do Programa de Requalificação das UBS ou quaisquer outros que forem instituídos dos quais esteja participando, o início, andamento, conclusão e posteriores manutenções preventivas da obra, incluindo-se dados referentes ao projeto, contratação, localização geográfica, fotos anteriores ao inicio da obra, fotos correspondentes às etapas de execução da obra e demais informações requeridas pelo SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 29)

Art. 115. O ente federativo que estiver em situação de irregularidade nos termos dos arts. 110 e 111 poderá participar do processo de seleção de novas propostas para obter financiamento de que trata o Componente Reforma, porém, para estar apto à habilitação, deverá estar com todas as obras de reforma, ampliação e construção de UBS já contempladas com recursos federais em curso, monitoradas e com informações atualizadas no SISMOB até o mês anterior à publicação da respectiva lista pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) contendo as propostas habilitadas, inclusive com inserção da Ordem de Início de Serviço das propostas de

reforma habilitadas no período de 2011 e 2012. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 30) (com redação dada pela PRT MS/GM 1345/2013)

Parágrafo Único. Para fins do disposto no art. 115, as obras de reforma de UBS em curso são aquelas custeadas com incentivo financeiro previsto nesta Seção e na Portaria nº 2.206/GM/MS, de 14 de setembro de 2011. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 30, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1345/2013)

Subseção III

Disposições Finais

(Origem: PRT MS/GM 341/2013, CAPÍTULO III)

Art. 116. As UBS reformadas no âmbito deste Componente obrigatoriamente serão identificadas de acordo com os padrões visuais constantes do Título IX da Portaria de Consolidação nº 1, que institui a programação visual padronizada das unidades de saúde do SUS. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 31)

Art. 117. Os recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades de que tratam esta Seção são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho: (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 32)

I - 10.301.2015.8577 - Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) e 10.301.2015.219A - Promoção da Atenção Básica em Saúde (PO 0005); e (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 32, I)

II - 10.301.2015.8581 - Ação: Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 341/2013, Art. 32, II)

Seção II

Do Incentivo Financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável)

Art. 118. A cada ciclo, o Distrito Federal e os municípios que aderirem ao PMAQ-AB farão jus ao Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do PAB Variável, que será repassado ao Distrito Federal e aos Municípios em 2 (dois) momentos: (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 9º)

I - no início de cada ciclo, após a homologação da adesão do Distrito Federal ou município ao PMAQ-AB; e (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 9º, I)

II - após a Fase 2 de cada ciclo. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 9º, II)

§ 1º Os valores a serem repassados ao Distrito Federal e municípios a título do incentivo financeiro de que trata o "caput" serão estabelecidos em ato específico do Ministro de Estado da Saúde e variarão de acordo com: (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 9º, § 1º)

I - o número de equipes contratualizadas; (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 9º, § 1º, I)

II - as disponibilidades orçamentárias do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 9º, § 1º, II)

III - no caso do inciso II do "caput", com o fator de desempenho de que trata o art. 510, § 4º da Portaria de Consolidação nº 5. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 9º, § 1º, III)

§ 2º O incentivo financeiro de que trata o "caput" será transferido fundo a fundo, por meio PAB Variável, observado o disposto no art. 11. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 9º, § 2º)

Art. 119. Os valores recebidos ao longo do ciclo pelo Distrito Federal e pelos municípios deverão ser utilizados em conformidade com o disposto na Portaria de Consolidação nº 6, e o planejamento e orçamento de cada ente. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 10)

Art. 120. Os recursos orçamentários referentes ao Incentivo Financeiro do PMAQ-AB são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família e 10.301.2015.219A - Promoção da Atenção Básica em Saúde (PO: 0001).(Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 13)

Seção III

Do Custeio do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

Art. 121. Ficam estabelecidos recursos no montante de R$ 567.038.000,00 (quinhentos e sessenta e sete milhões e trinta e oito mil reais) para o desenvolvimento dos componentes previstos no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, cujas despesas correrão à conta das dotações consignadas às seguintes atividades: 10.301.2015.8577 - Piso de Atenção Básica Fixo, 10.301.2015.219A - Promoção da Atenção Básica em Saúde (PO 0005), 10.301.2015.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família, 10.301.2015.219A - Promoção da Atenção Básica em Saúde (PO: 0001), 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade, 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 4º)

Parágrafo Único. A composição do montante global de recursos destinados à implementação do Programa, de que trata este artigo, é a seguinte: (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 4º, Parágrafo Único)

I - R$ 123.000.000,00 (cento e vinte três milhões de reais) anuais, oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde, destinados ao custeio do Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal, adicionais aos recursos já dispendidos nesta assistência; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 4º, Parágrafo Único, a)

II - R$ 134.038.000,00 (cento e trinta e quatro milhões e trinta e oito mil reais) a serem investidos no primeiro ano de implantação do Programa, sendo: (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 4º, Parágrafo Único, b)

a) R$ 100.000.000,00 (cem milhões de reais) oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde e destinados ao Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, e (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 4º, Parágrafo Único, b, 1)

b) R$ 34.038.000,00 (trinta e quatro milhões e trinta e oito mil reais) oriundos do empréstimo BID/BIRD/REFORSUS destinados, dentro do Componente II, à aquisição de equipamentos para aparelhamento de unidades hospitalares cadastradas como referência para gestação de alto risco e de UTIs neonatais; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 4º, Parágrafo Único, b, 2)

III - R$ 310.000.000,00 (trezentos e dez milhões de reais) anuais, oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde, destinados ao custeio do Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência Obstétrica e Neonatal, adicionais aos recursos já dispendidos nesta assistência. (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 4º, Parágrafo Único, c)

Seção IV

Do Incentivo Financeiro de Custeio Mensal aos Entes Federativos que Aderirem à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)

Art. 122. Fica instituído incentivo financeiro de custeio mensal aos entes federativos que aderirem à PNAISP. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 4º)

§ 1º O valor do incentivo financeiro de custeio para as ações e serviços de saúde da PNAISP será calculado de acordo com a classificação e o número de equipes de cada serviço habilitado, observando-se os valores constantes no Anexo VI , a serem repassados de acordo com a disponibilidade orçamentária do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Ao estado será garantida uma complementação dos valores referidos no "caput", a título de incentivo adicional, que será definido de acordo com a taxa da população prisional em relação à população geral do Município e o respectivo Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) do município onde estiver localizada a equipe habilitada, publicado pelo Ministério da Saúde no exercício anterior ao de referência para pagamento, e observará a tabela constante no Anexo VII . (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 4º, § 2º)

§ 3º Ao município que aderir à PNAISP será garantida uma complementação aos valores referidos no "caput", a título de incentivo adicional, que será definido de acordo com a taxa da população prisional em relação à população geral do município e o respectivo Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), publicado pelo Ministério da Saúde no exercício anterior ao de referência para pagamento, e observará a tabela constante no Anexo VIII . (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 4º, § 3º)

Art. 123. A adesão dos entes federativos à PNAISP dar-se-á mediante o cumprimento do disposto nos arts. 13 e 14 da Portaria Interministerial nº 1/MS-MJ, de 2 de janeiro de 2014, e o recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal de que trata o art. 122 fica condicionado à apresentação ao Ministério da Saúde da seguinte documentação: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 5º)

I - Termo de Adesão à PNAISP efetuado pelo estado; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 5º, I)

II - Termo de Adesão à PNAISP efetuado pelo município onde a unidade prisional está instalada, quando for o caso de adesão municipal; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 5º, II)

III - Termo de habilitação do serviço na unidade prisional, assinado pelo gestor de saúde estadual ou, quando for o caso, pelo gestor de saúde municipal, conforme Anexo 1 do Anexo XVIII da Portaria de Consolidação nº 2. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 5º, III)

Parágrafo Único. Os documentos referidos no "caput" serão apresentados à SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 124. O incentivo financeiro de custeio mensal referido no art. 122 será transferido pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais, distrital e municipais de saúde dos entes federativos aderentes à PNAISP e relacionados no ato específico de que trata o art. 5º do Anexo XVIII da Portaria de Consolidação nº 2. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 7º)

§ 1º A transferência referida no "caput" somente será efetuada após a habilitação das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), nos termos do Anexo 1 do Anexo XVIII da Portaria de Consolidação nº 2. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Aos recursos referidos no "caput" deste artigo, transferidos aos Fundos de Saúde dos entes federativos beneficiários, serão integralizados valores pertinentes ao financiamento participativo estadual, na proporção mínima de 20% (vinte por cento) do valor repassado pelo FNS. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 7º, § 2º)

Art. 125. Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobra de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos desta Portaria. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 10)

Art. 126. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, distrital e municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 11)

Art. 127. Nos casos em que for verificado que os recursos financeiros transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde foram executados, total ou parcialmente, em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 12)

Art. 128. Os recursos federais para execução das normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no SUS são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família e 10.301.2015.219A - Promoção da Atenção Básica em Saúde (PO: 0001). (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 14) (com redação dada pela PRT MS/GM 606/2017)

Seção V

Do Incentivo Financeiro de Custeio para o Ente Federativo Responsável pela Gestão das Ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade

Art. 129. Fica instituído o incentivo financeiro de custeio para os entes federativos responsáveis pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, de que trata o art. 24, parágrafo único do Anexo XVII da Portaria de Consolidação nº 2. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 1º)

Art. 130. O valor mensal do incentivo financeiro de custeio instituído pelo art. 129 será de: (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 2º)

I - R$ 3.208,50 (três mil duzentos e oito reais e cinquenta centavos) para as unidades socioeducativas que atendam exclusivamente a adolescentes em situação de semiliberdade, independentemente do número de adolescentes atendidos; (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 2º, I)

II - R$ 7.486,50 (sete mil quatrocentos e oitenta e seis reais e cinquenta centavos) para as unidades socioeducativas de internação e/ou internação provisória que atendam 40 (quarenta) adolescentes ou menos; (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 2º, II)

III - R$ 8.556,00 (oito mil quinhentos e cinquenta e seis reais) para as unidades socioeducativas de internação e/ou internação provisória que atendam mais de 40 (quarenta) e até 90 (noventa) adolescentes; e (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 2º, III)

IV - R$ 10.695,00 (dez mil seiscentos e noventa e cinco reais) para as unidades socioeducativas de internação e/ou internação provisória que atendam mais de 90 (noventa) adolescentes. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 2º, IV)

§ 1º Os complexos socioeducativos com mais de uma unidade de internação, internação provisória e/ou semiliberdade, quando instalados em um mesmo terreno, serão considerados como uma única unidade, e farão jus ao incentivo em conformidade com a média total de adolescentes internados no último trimestre indicada no Plano de Ação Anual. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 2º, § 1º)

§ 2º A primeira parcela em cada ano de exercício será vinculada ao recebimento do Plano de Ação Anual pela Coordenação-Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens (CGSAJ/DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 2º, § 2º)

Art. 131. Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobra de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 7º)

Art. 132. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos de saúde estaduais, distrital e municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 8º)

Art. 133. Nos casos em que for verificado que os recursos financeiros transferidos pelo FNS foram executados, total ou parcialmente em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 9º)

Art. 134. Os recursos financeiros referentes ao incentivo financeiro de custeio para os entes federativos responsáveis pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família e 10.301.2015.219A - Promoção da Atenção Básica em Saúde (PO: 0001). (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 11) (com redação dada pela PRT MS/GM 607/2017)

Seção VI

Da Unificação do Repasse do Incentivo Financeiro de Custeio por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável) do Programa Academia da Saúde

Art. 135. Fica instituído o incentivo financeiro de custeio dos polos do Programa Academia da Saúde, a ser repassado mensalmente, por transferência regular e automática, por meio do PAB Variável, no valor mensal de R$ 3.000,00 (três mil reais) por polo. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 18)

Art. 136. Poderá pleitear o credenciamento ao recebimento do incentivo financeiro de custeio de que trata esta Seção o município ou Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 19)

I - a partir da aprovação, pelo Ministério da Saúde, do repasse da terceira parcela de que trata o art. 804, III, observado o disposto no art. 806; (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 19, I)

II - que tenha concluído a construção do polo do Programa Academia da Saúde com recursos provenientes do incentivo finan-

ceiro de investimento nos termos da Portaria nº 2.684/GM/MS, de 8 de novembro de 2013, desde que o polo atenda aos requisitos em vigor, precipuamente o disposto no art. 19 da Portaria de Consolidação nº 5; (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 19, II)

III - que tenha sido habilitado para o recebimento de incentivos financeiros de custeio do Programa Academia da Saúde nos termos da Portaria nº 183/GM/MS, de 30 de janeiro de 2014; ou (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 19, III)

IV - que possua iniciativas locais similares ao Programa Academia da Saúde, conforme disciplina do Subseção III da Seção I do Capítulo I do Título I da Portaria de Consolidação nº 5. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 19, IV)

Art. 137. Para pleitear o credenciamento ao recebimento do incentivo financeiro de custeio de que trata esta Seção, o município ou Distrito Federal deverá, antes da solicitação: (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 20)

I - cadastrar o polo no SCNES no Código de Estabelecimento 74 (setenta e quatro) - Polo Academia da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 20, I)

II - cadastrar o código 12 (Estrutura de Academia da Saúde) no SCNES do polo ou, quando o polo funcionar na mesma estrutura física do Estabelecimento de Atenção Básica, cadastrar o código 12 no SCNES do respectivo estabelecimento de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 20, II)

III - identificar o polo utilizando padrões visuais do Programa Academia da Saúde, disponíveis no Manual de Identidade Visual do Ministério da Saúde disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/academiadasaude; e (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 20, III)

IV - cadastrar proposta de solicitação de incentivo financeiro de custeio no sistema específico definido pelo Ministério da Saúde e informado no endereço eletrônico www.saude.gov.br/academiadasaude. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 20, IV)

§ 1º O código do SCNES de que trata o inciso I deverá ser informado no SISMOB para fins de georreferenciamento dos polos construídos. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 20, § 1º)

§ 2º Para fins do disposto no inciso II, o código 12 poderá ser cadastrado somente no SCNES de estabelecimentos dos tipos 01 - POSTO DE SAÚDE, 02 - CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA, 15 - UNIDADE MISTA ou 74 - POLO DE ACADEMIA DA SAÚDE. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 20, § 2º)

§ 3º Nas hipóteses do art. 24, incisos I e II da Portaria de Consolidação nº 5, o endereço cadastrado na solicitação de recebimento do incentivo financeiro de custeio de que trata esta Seção deverá ser o mesmo do polo construído com recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 20, § 3º)

§ 4º Para cada polo deverá ser cadastrada uma proposta de custeio específica, independente da quantidade de polos existentes no município ou Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 20, § 4º)

Art. 138. Após a verificação do cumprimento das exigências previstas no art. 137, o Ministro de Estado da Saúde publicará portaria de credenciamento do polo ou programa local ao recebimento do incentivo financeiro de custeio de que trata esta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 21)

Art. 139. Após a publicação da portaria de credenciamento de que trata o art. 138, o município ou Distrito Federal fará jus ao recebimento do incentivo financeiro de custeio de que trata esta Seção, desde que: (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 22)

I - cadastre o(s) profissional(is) no SCNES do polo ou do Estabelecimento de Atenção Básica onde a estrutura de apoio ao Programa esteja localizada, conforme o Código Brasileiro de Ocupação (CBO) descrita no Anexo III da Portaria de Consolidação nº 5, sendo pelo menos 1 (um) profissional com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais ou, no mínimo, 2 (dois) profissionais com carga horária de 20 (vinte) horas semanais cada; (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 22, I)

II - acesse o mesmo sistema do Ministério da Saúde onde a proposta foi cadastrada e inclua o(s) SCNES do polo, para fins de comprovação; e (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 22, II)

III - alimente os dados no sistema de informação da atenção básica, comprovando, obrigatoriamente, o início e a execução das atividades. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 22, III)

Art. 140. São requisitos para a manutenção do recebimento do incentivo financeiro de custeio, pelo Distrito Federal e municípios, de que trata esta Seção: (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 23)

I - alimentar o sistema de informação vigente na Atenção Básica para registro das informações referentes às atividades desenvolvidas no polo do Programa Academia da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 23, I)

II - ter plano de saúde e programação anual de saúde aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde, por meio dos quais especificará a proposta de organização da Atenção Básica e explicitado como serão utilizados os recursos do Bloco de Financiamento da Atenção Básica de que trata a Portaria de Consolidação nº 6; e(Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 23, II)

III - elaborar o Relatório Anual de Gestão (RAG), onde demonstrará como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de promoção da saúde para a população, incluindo-se quantitativos mensais e anuais de produção de serviços do Programa Academia da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 23, III)

Art. 141. O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos financeiros de custeio do Programa Academia da Saúde ao ente federativo, observando as disposições constantes da Política Nacional de Atenção Básica, quanto aos recursos do PAB Variável. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 24)

Seção VII

Do Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, Integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes

Art. 142. O financiamento de Projetos de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica comportará valores máximos dependentes do número de eSF que serão contempladas em cada Projeto, conforme definição abaixo: (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 20)

I - máximo de R$ 750.000,00/ano (setecentos e cinquenta mil reais por ano) para projetos que contemplem no mínimo 80 (oitenta) eSF, garantindo, no mínimo, a média de 160 (cento e sessenta) Teleconsultorias/mês; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 20, I)

II - máximo de R$ 1.000.000,00/ano (um milhão de reais por ano) para projetos que contemplem no mínimo 200 (duzentas) eSF, garantindo, no mínimo, a média de 400 (quatrocentas) Teleconsultorias/mês; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 20, II)

III - máximo de R$ 2.000.000,00/ano (dois milhões de reais por ano) para projetos que contemplem no mínimo 400 (quatrocentas) equipes, garantindo, no mínimo, a média de 800 (oitocentas) Teleconsultorias/mês; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 20, III)

IV - máximo de R$ 2.600.000,00/ano (dois milhões e seiscentos mil reais por ano) para projetos que contemplem no mínimo 600 (seiscentas) equipes, garantindo, no mínimo, a média de 1.200 (mil e duzentas) Teleconsultorias/mês; e (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 20, IV)

V - máximo de R$ 3.550.000,00/ano (três milhões quinhentos e cinquenta mil reais por ano) para projetos que contemplem no mínimo 900 (novecentas) equipes, garantindo, no mínimo, a média de 1.800 (mil e oitocentas) Teleconsultorias/mês. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 20, V)

§ 1º As médias de Teleconsultorias definidas nos incisos do caput deste artigo são parâmetros para a fase inicial de operação do Projeto e serão ajustadas periodicamente, em ato específico do Ministério da Saúde, em função da programação das fases, da evolução e do desempenho geral do conjunto dos projetos. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 20, § 1º)

§ 2º Para fins de acompanhamento da execução do Projeto, as Teleconsultorias serão avaliadas trimestralmente. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 20, § 2º)

§ 3º A verificação da informatização das unidades básicas de saúde poderá ser realizada por meio de fiscalizações promovidas pelos órgãos de controle interno, compreendendo os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), em cada nível de gestão, os órgãos de controle externo, bem como poderá, também, ser efetuada pelos avaliadores da qualidade do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no ciclo subsequente à manifestação de conclusão da etapa de implantação. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 20, § 3º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3127/2012)

Art. 143. Em caso de sobra dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde, mesmo após a implementação completa das ações previstas no projeto, o município poderá utilizar os valores restantes para ampliação quantitativa de ações já previstas no projeto encaminhado. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 21)

Art. 144. Caso o recurso repassado pelo Ministério da Saúde seja inferior ao necessário para a execução do que foi previsto no projeto, a diferença resultante correrá por conta do município, do estado ou do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 22)

Art. 145. O repasse dos recursos financeiros será realizado pelo FNS aos fundos municipais e/ou estaduais de saúde ou ao Fundo de Saúde do Distrito Federal, na forma abaixo definida: (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 23)

I - primeira parcela, equivalente a 70% (setenta por cento) do valor total aprovado, a ser repassada após a publicação da portaria específica de habilitação; e (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 23, I)

II - segunda parcela, equivalente a 30% (trinta por cento) do valor total aprovado, a ser repassada após a conclusão da primeira etapa de implantação do projeto, que deve ser ratificada pela Unidade de Gestão Compartilhada do projeto e pela CIB e/ou Comissão Intergestores Regional (CIR), caso exista, conforme modelo de documento a ser disponibilizado no endereço eletrônico do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 23, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 3127/2012)

§ 1º Para os fins do disposto no art. 145, II, a primeira etapa de implantação do projeto consiste em informatização e conectividade de 100% (cem por cento) das Equipes de Atenção Básica, implantação do Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico e início das atividades de Teleconsultoria. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 23, § 1º)

I - informatização e conectividade de, no mínimo, 70% das Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família e início da solicitação de teleconsultorias, critérios estes que serão considerados de forma individualizada para cada município envolvido; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 23, § 1º, a) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3127/2012)

II - estruturação da sede do Núcleo Técnico Científico do Telessaúde e/ou viabilização da oferta de teleconsultorias, além do início da oferta de teleconsultorias, critérios estes que serão considerados de forma individualizada para cada município-sede de núcleo; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 23, § 1º, b) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3127/2012)

§ 2º Os recursos financeiros previstos neste artigo contemplam, além da imediata implantação, o custeio do projeto durante o período de 12 (doze) meses. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 23, § 2º)

§ 3º O Ministério da Saúde editará posteriormente ato específico que disponha sobre o repasse de recursos para o custeio dos Projetos de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica para o período posterior ao de que trata o art. 145, § 2º . (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 23, § 3º)

§ 4º Para que o município, o Distrito Federal ou o estado continue participando e recebendo recursos do Programa de Requalificação as UBS deverão informar ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 23, § 4º)

I - o início das atividades de execução do cronograma aprovado no projeto; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 23, § 4º, I)

II - o andamento, a conclusão das ações, a produção bimensal de atividades; e (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 23, § 4º, II)

III - outras informações e documentos requeridos pelo Sistema de Monitoramento do Programa de Requalificação das UBS, em endereço eletrônico a ser informado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 23, § 4º, III)

§ 5º Entende-se por Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família com informatização e conectividade aquelas que se encontrem lotadas em unidade básica de saúde, devidamente cadastrada no SCNES como ponto de Telessaúde, observado o disposto no art. 459 da Portaria de Consolidação nº 5, que disponha de computador conectado à internet, kit multimídia e webcam e/ou que disponibilize dispositivos móveis para solicitação de teleconsultorias pelos profissionais da equipe de atenção básica/saúde da família ao Núcleo Técnico Científico de Telessaúde. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 23, § 5º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3127/2012)

§ 6º Se pactuado na Unidade de Gestão do projeto, é possível que o valor da segunda parcela do recurso prevista no caput deste artigo seja redirecionada e/ou redividida entre os municípios participantes do projeto com vistas a atender a necessidade de efetivação do Programa Telessaúde Brasil Redes do projeto atendido. Para tanto, as modificações necessárias e deliberadas pela Unidade de Gestão do projeto precisa ser formalizada entre as partes envolvidas, município(s) integrante(s) que tiverem alteração nos valores previstos anteriormente e município-sede, por meio de documento que oficialize esta pactuação assinado pelos respectivos secretários de saúde e coordenador do núcleo/projeto. Este documento precisa ser encaminhado para conhecimento da Coordenação de Atenção Básica do estado de referência do projeto, bem como ser encaminhado para o DAB/SAS/MS para análise e aprovação do mesmo. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 23, § 6º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3127/2012)

§ 7º Em caso de não conclusão da primeira etapa de implantação pelo município-sede, inicialmente estabelecido no projeto, será admitido, excepcionalmente, que outro município integrante do projeto possa sediar o Núcleo Técnico-Científico, permanecendo inalterado o prazo limite definido para a implantação do correspondente Projeto de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 23, § 7º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3127/2012)

Art. 146. Os recursos financeiros para financiamento de Projetos de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica poderão ser utilizados para: (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 24)

I - aquisição ou aluguel de equipamentos e softwares; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 24, I)

II - pagamento de pessoal, nos termos da Portaria de Consolidação nº 6; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 24, II)

III - produção de materiais; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 24, III)

IV - custeio de serviços; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 24, IV)

V - garantia de conectividade; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 24, V)

VI - implantação de núcleo de telessaúde; e (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 24, VI)

VII - outras despesas de custeio relacionadas aos objetivos do Programa e indicadas no Projeto. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 24, VII)

Parágrafo Único. Para os projetos Telessaúde Brasil já implantados à época da publicação da Portaria nº 2.554/GM/MS, de 28 de outubro de 2011, o incentivo financeiro ora regulamentado complementará os recursos financeiros federais, estaduais ou municipais anteriormente previstos e utilizados para custeio. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 24, Parágrafo Único)

Art. 147. Em caso de não conclusão da primeira etapa do projeto no período de 12 (doze) meses após o respectivo repasse, o município, o Distrito Federal ou o estado deverão devolver ao FNS os recursos a ele repassado acrescidos da correção monetária prevista em lei, cuja determinação decorrerá das fiscalizações promovidas pelos órgãos de controle interno, compreendendo os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), em cada nível de gestão, e a órgãos de controle externo. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 25) (com redação dada pela PRT MS/GM 3127/2012)

§ 1º Enquanto não concretizada a devolução dos recursos ao FNS prevista no caput deste artigo, o município, o Distrito Federal ou o estado ficará(ão) impedido(s) de participar do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 25, § 1º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3127/2012)

§ 2º Caso o prazo de conclusão da primeira etapa do projeto ultrapasse o período de 12 (doze) meses após o respectivo repasse, será possível sua prorrogação por até 9 (nove) meses, desde que os municípios integrantes do projeto pactuem na Unidade de Gestão do Projeto e aprovem em CIB o Plano de Trabalho, cujo modelo será divulgado posteriormente pelo DAB/SAS/MS, contendo o novo cro-

nograma de ações previstas para a conclusão da primeira etapa, que não poderá ultrapassar o prazo de 21 (vinte e um) meses após o repasse da 1ª parcela. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 25, § 2º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3127/2012)

§ 3º A prorrogação de conclusão da primeira etapa do projeto poderá ser aplicada a todos ou apenas para parte dos municípios de projetos intermunicipais, valendo a mesma regra para os projetos estaduais. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 25, § 3º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3127/2012)

§ 4º Excepcionalmente e apenas para os projetos intermunicipais, caso o prazo de conclusão da primeira etapa ultrapasse o prazo de prorrogação previsto no art. 147, § 2º , poderá ser firmado compromisso pelos respectivos entes integrantes com vistas à conclusão da mencionada etapa impreterivelmente até o dia 16 de dezembro de 2013, observada a necessidade de pactuação junto à Unidade de Gestão do Projeto e informação em CIB. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 25, § 4º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2525/2013)

§ 5º O não cumprimento do prazo e dos deveres estabelecidos acima explicitado sujeitará os entes envolvidos à devolução ao Fundo Nacional de Saúde dos recursos eventualmente repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, cuja determinação decorrerá das fiscalizações promovidas pelos órgãos de controle interno, compreendendo os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), em cada nível de gestão e, ainda, pelos órgãos de controle externo. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 25, § 5º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2525/2013)

Art. 148. O prazo mínimo de conclusão da segunda etapa do projeto será de 3 (três) meses após o recebimento da segunda parcela, tendo em vista que o valor total a ser repassado considerou recursos para a estruturação e o custeio dos núcleos durante o período de 12 (doze) meses. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 26) (com redação dada pela PRT MS/GM 3127/2012)

§ 1º Entende-se por conclusão da segunda etapa do projeto, a realização da média mínima de teleconsultorias/mês por projeto previstas no art. 20 da Portaria nº 2.554/GM/MS, de 28 de outubro de 2012, considerando, para isso, o período subsequente ao repasse da segunda da parcela do recurso, além do envio de informações e/ou alimentação mensal do Sistema de Monitoramento do Telessaúde. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 26, § 1º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3127/2012)

§ 2º A não conclusão da segunda etapa impossibilitará a solicitação da continuidade do custeio aos núcleos de Telessaúde. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 26, § 2º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3127/2012)

§ 3º O Ministério da Saúde editará, posteriormente, ato específico que disponha sobre o repasse de recursos para o custeio das atividades para o período posterior ao de que trata o caput deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 26, § 3º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3127/2012)

Art. 149. O Ministro da Saúde publicará periodicamente, após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), ato normativo específico para definição do total de recursos financeiros destinados ao Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 27)

Parágrafo Único. Os recursos financeiros serão repassados com base na população do estado ou Distrito Federal, com possibilidade de inserção de outros critérios, tais como: (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 27, Parágrafo Único)

I - número de eSF; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 27, Parágrafo Único, I)

II - cobertura populacional; e (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 27, Parágrafo Único, II)

III - quantidade de unidades básicas de saúde daquela unidade da Federação. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 27, Parágrafo Único, III)

Art. 150. Os recursos orçamentários referentes ao financiamento de Projetos de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar: (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 28)

I - O Programa de Trabalho 10.301.2015.8577 - Piso de Atenção Básica Fixo e 10.301.2015.219A - Promoção da Atenção Básica em Saúde (PO 0005), quando o recurso for destinado a Fundos Municipais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 28, I)

II - O Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade, quando o recurso for destinado ao Fundo Estadual de Saúde ou Fundo Distrital de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 28, II)

III - O Programa de Trabalho 10.301.2015.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica em Saúde e 10.301.2015.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2554/2011, Art. 28, III)

Seção VIII

Do Incentivo Financeiro de Custeio Mensal Destinado aos Núcleos Intermunicipais e Estaduais de Telessaúde do Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica

Art. 151. Fica instituído o incentivo financeiro de custeio mensal destinado aos núcleos intermunicipais e estaduais de Telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 1º)

Art. 152. Para habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal destinado aos núcleos intermunicipais e estaduais de Telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, os estados, o Distrito Federal e os municípios que sejam sede de Núcleo de Telessaúde deverão: (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 2º)

I - cadastrar o Núcleo de Telessaúde como estabelecimento de saúde, incluindo-se a descrição de serviços ofertados, no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 2º, I)

II - concluir a etapa de implantação do Núcleo de Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 2º, II)

III - enviar ofício solicitando o incentivo financeiro de custeio mensal ao DAB/SAS/MS, devidamente homologado nas CIR ou CIB, conforme modelo constante do endereço eletrônico www.saude.gov.br/dab. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 2º, III)

§ 1º Será necessária a pactuação de instrumentos formais junto às CIR ou CIB ou Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), quando os entes federativos, com sede de Núcleos de Telessaúde, optarem pela cooperação de outras instituições na oferta do serviço de teleconsultoria. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Não será permitida a cooperação de instituições sem registro no SCNES na oferta de serviço de teleconsultoria. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 2º, § 2º)

§ 3º No caso do § 1º do "caput", será utilizado o registro no SCNES da respectiva instituição cooperada como referência ao Núcleo de Telessaúde. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 2º, § 3º)

Art. 153. O incentivo financeiro de custeio mensal destinado aos núcleos intermunicipais e estaduais de Telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica será composto por um componente fixo e por um componente variável. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 3º)

Parágrafo Único. Para o recebimento dos componentes fixo e variável de que trata o "caput", o Núcleo de Telessaúde deverá: (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 3º, Parágrafo Único)

I - ter, no mínimo, 80 (oitenta) equipes de Atenção Básica participantes cadastradas na plataforma de Telessaúde; (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 3º, Parágrafo Único, I)

II - possuir equipes vinculadas em Unidade Básica de Saúde (UBS) com ponto de Telessaúde no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 3º, Parágrafo Único, II)

III - possuir equipes com histórico de solicitação de teleconsultorias nos últimos 3 (três) meses; e (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 3º, Parágrafo Único, III)

IV - enviar, mensalmente, o relatório de produção do Núcleo para o Sistema de Monitoramento do Telessaúde vigente. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 3º, Parágrafo Único, IV)

Art. 154. O componente fixo corresponderá a 50% (cinquenta por cento) do valor total do incentivo financeiro de custeio mensal a ser repassado ao respectivo ente federativo e será definido de acordo com o porte do Núcleo de Telessaúde. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 4º)

Art. 155. O componente variável corresponderá a 50% (cinquenta por cento) do valor total do incentivo financeiro de custeio mensal a ser repassado ao respectivo ente federativo e será definido de acordo com os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 5º)

I - atividade de equipes ativas e participantes, relativa aos profissionais que utilizam os serviços de telessaúde no mês de referência; (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 5º, I)

II - definição e pactuação de linhas de cuidado e/ou especialidades prioritárias; (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 5º, II)

III - porte do Núcleo de Telessaúde; e (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 5º, III)

IV - produção total de teleconsultorias, por equipe e por médico da equipe, a cada mês, que podem ser classificadas como: (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 5º, IV)

a) síncrona: teleconsultoria realizada em tempo real, por web ou videoconferência e por telefone; ou (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 5º, IV, a)

b) assíncrona: teleconsultoria realizada por meio de mensagens em texto, "off-line". (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 5º, IV, b)

Parágrafo Único. As pactuações de que trata o inciso II do "caput" deverão ocorrer na CIR ou CIB. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 156. Para definição do valor do incentivo financeiro do componente variável referente ao critério estabelecido pelo art. 155, I, serão levados em consideração: (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 6º)

I - a relação do número de equipes participantes ativas pelo número total de equipes participantes do respectivo Núcleo de Telessaúde; e (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 6º, I)

II - a relação do número de médicos participantes ativos pelo número total de médicos participantes do respectivo Núcleo de Telessaúde. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 6º, II)

Parágrafo Único. Para efeito do disposto nos incisos I e II do "caput", considera-se: (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 6º, Parágrafo Único)

I - equipe participante ativa ou médico participante ativo: equipe ou profissional que solicitou teleconsultoria no mês de referência para pagamento; e (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 6º, Parágrafo Único, I)

II - equipe participante ou médico participante: a equipe ou profissional com histórico de solicitação de teleconsultoria nos últimos 3 (três) meses. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 6º, Parágrafo Único, II)

Art. 157. Para definição do valor do recurso do componente variável referente ao critério estabelecido pelo art. 155, II, serão levados em consideração: (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 7º)

I - a definição e a pactuação de linhas de cuidado e/ou especialidades prioritárias, envolvendo gestores, serviços e equipes participantes do núcleo; e (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 7º, I)

II - a definição e a pactuação de Protocolos de Encaminhamento e Teleconsultoria articulados à regulação. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 7º, II)

Art. 158. Para recebimento do valor do recurso do componente variável que será calculado conforme o critério estabelecido pelo art. 155, IV, é indispensável: (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 8º)

I - a realização, no mínimo, de 1 (uma) teleconsultoria no mês por equipe, excetuando-se a produção descrita no inciso II; e (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 8º, I)

II - a realização, no mínimo, de 1 (uma) teleconsultoria no mês pelo médico da equipe relacionada à linha de cuidado ou especialidade definida e pactuada. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 8º, II)

Art. 159. Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobra de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 18)

Art. 160. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, distrital e municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 19)

Art. 161. Nos casos em que for verificado que os recursos financeiros transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde foram executados, total ou parcialmente em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 20)

Art. 162. Os recursos financeiros para execução do custeio mensal destinado aos núcleos municipais e intermunicipais de Telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.8577 - Piso de Atenção Básica Fixo e 10.301.2015.219A - Promoção da Atenção Básica em Saúde (PO 0005). (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 21)

Art. 163. Os recursos financeiros para execução do custeio mensal destinado aos núcleos estaduais de Telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Média e Alta Complexidade (MAC). (Origem: PRT MS/GM 2859/2014, Art. 22)

Seção IX

Do Incentivo Financeiro de Custeio Mensal Destinado aos Núcleos de Telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica

Art. 164. Ficam definidos os valores do incentivo financeiro de custeio mensal destinado aos Núcleos de Telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica de que trata a Subseção VI da Seção I do Capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5. (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 1º)

Art. 165. O valor do componente fixo do incentivo financeiro de custeio mensal será definido de acordo com o porte do Núcleo de Telessaúde, na seguinte gradação: (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 2º)

I - para o Núcleo de Telessaúde porte I: R$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais) a cada mês; (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 2º, I)

II - para o Núcleo de Telessaúde porte II: R$ 30.000,00 (trinta mil reais) a cada mês; (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 2º, II)

III - para o Núcleo de Telessaúde porte III: R$ 35.000,00 (trinta e cinco mil reais) a cada mês; e (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 2º, III)

IV - para o núcleo de Telessaúde porte IV: R$ 40.000,00 (quarenta mil reais) a cada mês. (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 2º, IV)

Parágrafo Único. Na hipótese do Núcleo de Telessaúde contar, no mínimo, com 1.200 (mil e duzentas) equipes da Atenção Básica participantes e, a partir de então, para cada número adicional de 300 (trezentas) equipes da Atenção Básica participantes, o Ministério da Saúde acrescentará o valor de R$ 5.000,00 (cinco mil reais) ao mês ao valor disposto no art. 165, IV. (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 166. O valor do componente variável do incentivo financeiro de custeio mensal será dividio, considerando-se o porte do Núcleo de Telessaúde, em 3 (três) partes, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 3º)

I - pela atividade de equipes da Atenção Básica ativas e participantes: até 40% (quarenta por cento) do valor total do componente variável a ser recebido; (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 3º, I)

II - pela definição e pactuação de linhas de cuidado e/ou especialidades prioritárias: 20% (vinte por cento) do valor total do componente variável a ser recebido; e (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 3º, II)

III - pela produção total de teleconsultorias: até 40% (quarenta por cento) do valor total do componente variável a ser recebido. (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 3º, III)

Art. 167. Fará jus ao rebebimento das partes do componente variável de que trata o art. 166 o Núcleo de Telessaúde que: (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 4º)

I - tiver, no mínimo, 20% (vinte por cento) de equipes participantes ativas no mês; (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 4º, I)

II - tiver, no mínimo, 20% (vinte por cento) de médicos participantes ativos no mês; e (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 4º, II)

III - realizar, no mínimo, 1 (uma) teleconsultoria no mês por equipe e, realizar, no mínimo, 1 (uma) teleconsultoria no mês por médico da equipe relacionada à linha de cuidado ou especialidade definida e pactuada. (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 4º, III)

Art. 168. Para fazer jus ao recebimento da parte do componente variável de que trata o art. 166, II, o ente federativo sede de Núcleo de Telessaúde encaminhará, para o Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), a resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) com a definição e a pactuação de linhas de cuidado e/ou especialidades prioritárias e seus respectivos protocolos de encaminhamento. (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 5º)

Art. 169. Os valores do incentivo financeiro do componente variável de custeio referente à parte de que trata o art. 166, III serão pagos considerando-se o porte do Núcleo de Telessaúde e a produção total de teleconsultorias síncronas e assíncronas no mês por equipe, observada a seguinte gradação: (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 6º)

I - produção de teleconsultoria por equipe participante: (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 6º, I)

a) de 1 (um) a 1,9 (um vírgula nove) teleconsultoria por equipe participante ao mês: 60% (sessenta por cento) de "X"; (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 6º, I, a)

b) de 2 (dois) a 2,9 (dois vírgula nove) teleconsultorias por equipe participante ao mês: 80% (oitenta por cento) de "X"; (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 6º, I, b)

c) Mais de 3 (três) teleconsultorias por equipe participante ao mês: 100% (cem por cento) de "X"; e (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 6º, I, c)

II - produção de teleconsultoria pelo médico da equipe relacionada à linha de cuidado ou especialidade pactuada no mês: (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 6º, II)

a) de 1 (um) a 1,9 (um vírgula nove) teleconsultorias por médico participante ao mês: 60% (sessenta por cento) de "X"; (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 6º, II, a)

b) de 2 (dois) a 2,9 (dois vírgula nove) teleconsultorias por médico participante ao mês: 80% (oitenta por cento) de "X"; e (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 6º, II, b)

c) Mais de 3 (três) teleconsultorias por médico participante ao mês: 100% (cem por cento) de "X". (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 6º, II, c)

Parágrafo Único. A variável "X" disposta no art. 169 equivale à 20% (vinte por cento) do valor repassado ao Núcleo segundo o seu porte. (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 170. Os valores do incentivo financeiro de custeio mensal e a respectiva forma de gradação para cada componente encontram-se detalhados no Anexo XLIX . (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 7º)

Art. 171. Os recursos financeiros para execução do objeto de que trata esta Seção, para os Núcleos Municipais e Intermunicipais, são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.8577 - Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo). (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 8º)

Art. 172. Os recursos financeiros para execução do objeto de que trata esta Seção, para os Núcleos Estaduais, são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Média e Alta Complexidade (MAC). (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Art. 9º)

TÍTULO III

DO CUSTEIO DA ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR

(Origem: PRT MS/GM 204/2007, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 173. O bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar será constituído por dois componentes: (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 13)

I - Componente Limite Financeiro da MAC; e (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 13, I)

II - Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 13, II)

Art. 174. O Componente Limite Financeiro da MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios será destinado ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 14)

§ 1º Os incentivos do Componente Limite Financeiro MAC incluem aqueles atualmente designados: (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 14, § 1º)

I - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 14, § 1º, I)

II - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 14, § 1º, II)

III - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 14, § 1º, III)

IV - Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 14, § 1º, IV)

V - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS); (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 14, § 1º, V)

VI - Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena (IAPI); (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 14, § 1º, VI)

VII - Incentivo de Integração do SUS (INTEGRASUS); e (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 14, § 1º, VII)

VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 14, § 1º, VIII)

§ 2º Os recursos federais de que trata este artigo, serão transferidos do FNS aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada, publicada em ato normativo específico. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 14, § 2º)

Art. 175. Os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, atualmente financiados pelo FAEC, serão gradativamente incorporados ao Componente Limite Financeiro MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e devem ser publicados em portarias específicas, conforme cronograma e critérios a serem pactuados na CIT. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 15)

Parágrafo Único. Enquanto o procedimento não for incorporado ao componente Limite financeiro MAC, este será financiado pelo Componente FAEC. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 176. O Componente FAEC, considerando o disposto no art. 175, será composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens: (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 16)

I - procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC); (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 16, I)

II - transplantes e procedimentos vinculados; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 16, II)

III - ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo pré-definido; e (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 16, III)

IV - novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de MAC.(Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 16, IV)

Parágrafo Único. Projetos de Cirurgia Eletiva de Média Complexidade são financiados por meio do Componente FAEC, classificados no inciso III do caput deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 16, § 1º)

Art. 177. Os procedimentos da atenção básica, atualmente financiados pelo FAEC, serão incorporados ao bloco de Atenção Básica dos Municípios e do Distrito Federal, conforme o cronograma previsto no art. 175: (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 17)

I - 0705101-8 Coleta de material para exames citopatológicos; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 17, I)

II - 0705103-4 Coleta de sangue para triagem neonatal; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 17, II)

III - 0707102-7 Adesão ao componente I - Incentivo à Assistência pré-natal; e (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 17, III)

IV - 0707103-5 Conclusão da Assistência Pré-natal. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 17, IV)

CAPÍTULO I

DOS COMPONENTES DE FINANCIAMENTO NO BLOCO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR (MAC)

Seção I

Do Custeio do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN)

Art. 178. Ficam definidos os recursos financeiros a serem destinados ao financiamento das atividades do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) no montante de R$ 35.000.000,00 (trinta e cinco milhões de reais), sendo que destes, R$ 11.000.000,00 (onze milhões de reais) correspondem a recursos adicionais aos despendidos na triagem neonatal à época da publicação da Portaria nº 822, de 6 de junho de 2001. (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 10)

§ 1º Os recursos adicionais de que trata o caput deste artigo serão disponibilizados pelo FAEC, sendo que sua incorporação aos tetos financeiros dos estados ocorrerá na medida em que estes se habilitarem nas respectivas Fases de Implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal. (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 10, § 1º)

§ 2º Os recursos orçamentários a serem destinados ao financiamento das atividades do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho: (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 10, § 2º)

I - 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade; (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 10, § 2º, I)

II - 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 822/2001, Art. 10, § 2º, II)

Seção II

Do Repasse de Recursos Financeiros pelo Ministério da Saúde Destinados à Aquisição de Produtos Médicos de Uso Único pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal, Municípios e Entidades Privadas Sem Fins Lucrativos que Atuam de Forma Complementar ao SUS

Art. 179. Esta Seção estabelece procedimentos e critérios para o repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde destinados à aquisição de produtos médicos de uso único pelas secretarias de saúde dos estados, Distrito Federal, mípios e entidades privadas sem fins lucrativos que atuam de forma complementar ao SUS.(Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 1º)

Art. 180. São considerados produtos médicos de uso único, de acordo com o item 13.4 do Anexo I da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 185, de 22 de outubro de 2001, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), qualquer produto médico destinado a ser usado na prevenção, diagnóstico, terapia, reabilitação ou anticoncepção, de uso único, segundo especificado pelo fabricante. (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 2º)

Art. 181. Os produtos médicos de uso único cuja aquisição poderá ser feita nos termos desta Seção encontram-se relacionados em lista disponível no Portal do Ministério da Saúde, com acesso realizado pelo endereço eletrônico http://www.fns.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 3º)

§ 1º A lista de que trata o "caput" conterá o preço máximo de aquisição, por região geográfica, para cada produto médico de uso único. (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O preço máximo de aquisição, por região geográfica, de cada produto médico de uso único é fixado com base nos preços informados no Banco de Preços em Saúde do Ministério da Saúde (BPS), nas compras realizadas pelos órgãos e entidades públicas federais constantes no Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG) e nos parâmetros de preços constantes em publicações especializadas do mercado de produtos para a saúde. (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O preço máximo de aquisição, por região geográfica, de cada produto médico de uso único, publicado pelo Ministério da Saúde, constitui o preço máximo de compra do referido produto, sendo obrigatória a observância das regras previstas: (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 3º, § 3º)

I - na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e em seu regramento complementar pelos estados, Distrito Federal e municípios, observando-se, ainda, se houver, legislação própria de aquisições de bens; e (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 3º, § 3º, I)

II - no Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007, e em seu regramento complementar pelas instituições privadas sem fins lucrativos que atuam de forma complementar ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 3º, § 3º, II)

§ 4º Compete ao Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID/SE/MS) a fixação do preço máximo de aquisição, por região geográfica, de cada produto médico de uso único de que trata o § 2º. (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 3º, § 4º)

Art. 182. O repasse dos recursos financeiros objeto desta Seção será feito em parcela única do Fundo Nacional de Saúde para: (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 7º)

I - os fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, compondo o Bloco de Financiamento da Atenção de MAC, na forma do que dispõe o art. 5º; e (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 7º, I)

II - as instituições privadas sem fins lucrativos que atuam de forma complementar ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 7º, II)

§ 1º Os recursos financeiros transferidos serão movimentados em conta bancária específica aberta pelo Fundo Nacional de Saúde em nome dos respectivos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e das instituições privadas sem fins lucrativos que atuam de forma complementar ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Enquanto os recursos não forem investidos na sua finalidade, é responsabilidade do beneficiário aplicá-los em caderneta de poupança, com utilização obrigatória de seus rendimentos na aquisição dos produtos médicos de uso único cuja listagem foi aprovada pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 7º, § 2º)

Art. 183. No caso da aquisição dos produtos médicos de uso único pelas instituições privadas sem fins lucrativos, que atuam de forma complementar ao SUS, ser realizada com preços menores que o preço máximo de aquisição definido pelo Ministério da Saúde nos termos do art. 181, a instituição poderá solicitar ajuste do plano de trabalho do convênio a fim de obter autorização do Ministério da Saúde para executar os recursos financeiros remanescentes na aquisição de maior quantidade e/ou novos produtos médicos de uso único. (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 8º)

Parágrafo Único. Compete à SAS/MS a avaliação da proposta de ajuste do plano de trabalho do convênio de que trata o "caput" e, em caso de aprovação, a adoção das providências necessárias para a celebração do respectivo termo aditivo. (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 184. As aquisições de produtos médicos de uso único efetuadas nos termos desta Seção pelas secretarias de saúde dos estados, Distrito Federal e municípios e instituições privadas sem fins lucrativos que atuam de forma complementar ao SUS deverão ser cadastradas no BPS, cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/banco. (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 9º)

Art. 185. Os recursos financeiros transferidos serão movimentados sob fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de controle interno do Poder Executivo e pelo Tribunal de Contas da União conforme o disposto no art. 3º do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 10)

Art. 186. A comprovação da aplicação dos recursos financeiros transferidos será analisada com base: (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 11)

I - no Relatório Anual de Gestão (RAG), no caso de estados, Distrito Federal e municípios; e (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 11, I)

II - no Decreto nº 6.170, de 2007, no caso das instituições privadas sem fins lucrativos que atuam de forma complementar ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 11, II)

Art. 187. O Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com fundamento nos relatórios de gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 1.232, de 1994. (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 12)

Art. 188. Para fins do disposto nesta Seção: (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 13)

I - o ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 13, I)

a) à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados na aquisição dos produtos médicos de uso único cuja listagem foi aprovada pelo Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 13, I, a)

b) ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado; (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 13, I, b)

II - a instituição privada sem fins lucrativos que atua de forma complementar ao SUS estará sujeita à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, além dos respectivos rendimentos financeiros, ao Fundo Nacional de Saúde, no prazo de 30 (trinta) dias, nos termos do Decreto nº 6.170, de 2007, ressalvada a possibilidade de aplicação de outras penalidades cabíveis nos termos da legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 13, II)

Art. 189. Os recursos financeiros para a execução das atividades de que trata esta Seção são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.4525 - Apoio a Manutenção de Unidades de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1958/2013, Art. 14)

Seção III

Da Incorporação ao Limite Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar, dos Valores Resultantes do Processo de Contratualização, Destinados ao Custeio e a Manutenção dos Hospitais de Ensino

Art. 190. Fica estabelecido que os recursos financeiros que estão sendo repassados em conta específica aos estados e municípios, correspondentes aos 30% (trinta por cento) dos valores resultantes do processo de contratualização, destinados ao custeio e à manutenção dos hospitais de ensino, sejam incorporados ao limite financeiro anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar (média e alta complexidade) dos estados e municípios em gestão plena do sistema, conforme distribuição constante no Anexo XXVII passando a onerar os seguintes programas de Trabalho: (Origem: PRT MS/GM 907/2005, Art. 1º)

I - 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade; e (Origem: PRT MS/GM 907/2005, Art. 1º, I)

II - 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 907/2005, Art. 1º, II)

Art. 191. O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, dos valores mensais aos respectivos fundos municipais e estaduais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 907/2005, Art. 2º)

Seção IV

Dos Incrementos Financeiros aos Valores dos Procedimentos Realizados nos Estabelecimentos de Saúde Habilitados na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)

Art. 192. Fica criado o Código 14.16 na Tabela de Habilitação do SCNES, conforme Anexo 3 do Anexo X da Portaria de Consolidação nº 2. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 2º)

§ 1º Após o cumprimento dos critérios ora estabelecidos, os Hospitais Amigos da Criança serão habilitados pelo Código 14.16. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os Hospitais Amigos da Criança habilitados com o código referido no "caput" perceberão, a título de incremento aos procedimentos de assistência ao parto e atendimento ao recém-nascido em sala de parto, os percentuais descritos nos Anexos 4 e 5 do Anexo X da Portaria de Consolidação nº 2. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 2º, § 2º)

Art. 193. Ficam instituídos novos incrementos financeiros aos valores dos procedimentos realizados nos estabelecimentos de saúde habilitados na IHAC, abaixo transcritos: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 3º)

I - procedimentos de parto normal e cesariana em gestação de alto risco, nos termos descritos no Anexo 4 do Anexo X da Portaria de Consolidação nº 2; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 3º, I)

II - atendimentos ao recém-nascido em sala de parto, nos termos descritos no Anexo 5 do Anexo X da Portaria de Consolidação nº 2. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 3º, II)

Art. 194. Os hospitais amigos da criança que estivessem habilitados, quando da publicação da Portaria nº 1.153/GM/MS, de 22 de maio de 2014, com o Código 14.04, na Tabela de Habilitação do SCNES, continuarão a receber o mesmo valor pelos procedimentos de assistência ao parto anteriormente previsto na Portaria nº 1.117/GM/MS, de 7 de junho de 2004. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 14)

§ 1º Após o prazo de 18 meses da publicação da Portaria nº 1.153/GM/MS, de 22 de maio de 2014, o Código 14.04 fica excluído e os respectivos estabelecimentos de saúde serão automaticamente desabilitados da IHAC caso não comprovem o cumprimento dos novos critérios ora estabelecidos. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 14, § 1º)

§ 2º Os estabelecimentos de saúde já habilitados na IHAC que cumpriram os novos critérios ora estabelecidos dentro do prazo de 18 meses da publicação da Portaria nº 1.153/GM/MS, de 22 de maio de 2014, continuarão habilitados na IHAC e passarão a ser registrados pelo Código 14.16 na Tabela de Habilitação do SCNES.(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 14, § 2º)

Art. 195. Os recursos financeiros, para a execução das atividades referentes à Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 17)

Seção V

Do Financiamento dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)

Art. 196. Ficam alterados os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) realizados pelos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Bucal, conforme os incisos a seguir: (Origem: PRT MS/GM 2374/2009, Art. 1º)

I - código 07.01.07.012-9, Prótese Total Mandibular, 150 reais; (Origem: PRT MS/GM 2374/2009, Art. 1º, I)

II - código 07.01.07.013-7, Prótese Total Maxilar, 150 reais; (Origem: PRT MS/GM 2374/2009, Art. 1º, II)

III - código 07.01.07.009-9, Prótese Parcial Mandibular Removível, 150 reais; (Origem: PRT MS/GM 2374/2009, Art. 1º, III)

IV - código 07.01.07.010-2, Prótese Parcial Maxilar Removível, 150 reais; (Origem: PRT MS/GM 2374/2009, Art. 1º, IV)

V - código 07.01.07.014-5, Próteses Coronárias/Intrarradiculares Fixas/Adesivas (por Elemento), 150 reais. (Origem: PRT MS/GM 2374/2009, Art. 1º, V)

Art. 197. Fica atualizada, no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), a Tabela do Tipo de Estabelecimento, alterando o Tipo de Estabelecimento 39 - Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) criando o subtipo de estabelecimento 39.03 - Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD). (Origem: PRT MS/GM 2374/2009, Art. 2º)

Parágrafo Único. Ao gestor local cabe providenciar a adequação dos cadastros de LRPD já existentes com o Subtipo de Estabelecimento instituído por esta Portaria nº 2374/GM/MS, de 07 de outubro de 2009 no prazo máximo de 6 (seis) meses. (Origem: PRT MS/GM 2374/2009, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 198. Os procedimentos realizados pelos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias serão financiados na forma proposta na Seção I do Capítulo V do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5, apenas para os municípios que cadastrarem no CNES, os estabelecimentos próprios e/ou os privados que foram contratados como Laboratório Regional de Prótese Dentária para prestar serviços ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 2374/2009, Art. 3º)

§ 1º O estabelecimento que realizar atendimento ao paciente, que utilizará a prótese, deverá informar a realização do Serviço Especializado 123 - SERVIÇO DE DISPENSAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS, com a classificação 007 - OPM EM ODONTOLOGIA. (Origem: PRT MS/GM 2374/2009, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O LRPD deverá possuir, no mínimo, um profissional com o CBO - 3224-10 - Protético Dentário e realizar, ao menos, um dos procedimentos definidos no art. 196. (Origem: PRT MS/GM 2374/2009, Art. 3º, § 2º)

Art. 199. O financiamento desses procedimentos será incluído no Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado, do Distrito Federal e dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 2374/2009, Art. 4º)

Art. 200. Os recursos orçamentários, objeto desta Seção, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 2374/2009, Art. 5º)

Art. 201. Caberá à Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação - adotar, junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS), as providências necessárias para adequações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) ao que dispõe esta Seção. (Origem: PRT MS/GM 2374/2009, Art. 6º)

Seção VI

Dos Valores dos Incentivos de Implantação e de Custeio Mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs)

Art. 202. Fica definido, na forma abaixo, o valor de antecipação do incentivo financeiro de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 1º)

I - R$ 60.000,00 (sessenta mil reais) para cada CEO Tipo1; (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 1º, I)

II - R$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) para cada CEO Tipo 2; e (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 1º, II)

III - R$ 120.000,00 (cento e vinte mil reais) para cada CEO Tipo 3. (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 1º, III)

§ 1º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência, em parcela única, para os fundos de saúde do Distrito Federal, dos estados e dos municípios correspondentes aos recursos de que trata o caput deste artigo, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média e alta complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 1º, § 1º)

§ 2º O incentivo repassado deverá ser aplicado na implantação do CEO, podendo ser utilizados para construção/reforma/ampliação do local em que funcionará o CEO e para compra de equipamentos/materiais permanentes. (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 1º, § 2º)

§ 3º Caberá um único incentivo por CEO habilitado. (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 1º, § 3º)

Art. 203. Fica definido, na forma abaixo, o valor do incentivo financeiro de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO): (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 2º)

I - R$ 8.250,00 (oito mil duzentos e cinquenta reais) para cada CEO Tipo I; (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 2º, I)

II - R$ 11.000,00 (onze mil reais) para cada CEO Tipo II; (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 2º, II)

III - R$ 19.250,00 (dezenove mil duzentos e cinquenta reais) para cada CEO Tipo III. (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 2º, III)

§ 1º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, dos valores mensais para os fundos de saúde do Distrito Federal, dos estados e dos municípios, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os recursos instituídos no caput deste artigo são destinados ao custeio mensal dos CEO. (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Os municípios, estados e Distrito Federal só passarão a receber os recursos de que trata a Seção VI do Capítulo I do Título III após efetivo funcionamento do serviço, atestado pelo gestor de saúde junto a Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB/DAB/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 2º, § 3º)

Art. 204. Os CEO são estabelecimentos de saúde que prestam serviços de média complexidade em saúde bucal com o objetivo de garantir a referência e contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 3º)

Art. 205. Todos os CEO habilitados pelo Ministério da Saúde, conforme Seção I do Capítulo V do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5, devem realizar, no mínimo, as seguintes áreas clínicas: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a pacientes com necessidades especiais. (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 4º)

Parágrafo Único. Os procedimentos básicos elencados no Anexo XL , são exclusivos para o atendimento a pacientes com necessidades especiais. (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 206. Fica definido, na forma abaixo, o valor adicional do incentivo de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 5º)

I - R$ 1.650,00 (hum mil seiscentos e cinquenta reais) para cada CEO Tipo I; (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 5º, I)

II - R$ 2.200,00 (dois mil e duzentos reais) para cada CEO Tipo II; e (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 5º, II)

III - R$ 3.850,00 (três mil oitocentos e cinquenta reais) para cada CEO Tipo III. (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 5º, III)

§ 1º Os CEO que forem incorporados à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência terão o objetivo de garantir a referência e contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica no atendimento a pessoas com deficiência. (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Para receber este adicional o município deverá ter realizado sua adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e será condicionado ao cumprimento dos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 5º, § 2º)

I - Os CEO, independente do tipo, deverão disponibilizar no mínimo 40 (quarenta) horas semanais para atendimento exclusivo a pessoa com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 5º, § 2º, I)

II - Os CEO deverão atuar como referência municipal/regional para o atendimento odontológico a pessoas com deficiência, com área de abrangência e municípios aos quais prestará referência previstos dentro do Plano de Ação para implantação da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 5º, § 2º, II)

III - Os profissionais do CEO, do atendimento a pessoas com deficiência, além do atendimento clínico, deverão atuar como apoio técnico matricial para as equipes de saúde bucal da atenção básica de sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 5º, § 2º, III)

IV - O gestor de saúde deverá assinar um Termo de Compromisso, onde serão pactuadas metas mínimas de atendimento a pessoas com deficiência, de acordo com o tipo de CEO, monitoradas posteriormente pelo Ministério da Saúde, por meio de indicadores específicos. (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 5º, § 2º, IV)

§ 3º O Ministério da Saúde disponibilizará, no prazo de 30 (trinta) dias a partir da publicação da Portaria nº 1341/GM/MS, de 29 de junho de 2012, o modelo de Termo de Compromisso, no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/bucal. (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 5º, § 3º)

Art. 207. Fica definido as condições gerais e o fluxo para o recebimento do adicional no valor do incentivo financeiro de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), conforme a seguir. (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 6º)

§ 1º O gestor municipal ou estadual poderão solicitar o adicional do custeio de quantos estabelecimentos forem necessários para o atendimento à demanda da população com deficiência, limitada à disponibilidade financeira do Ministério da Saúde, que priorizará CEO em áreas com maior grau de vulnerabilidade. (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 6º, § 1º)

§ 2º O gestor municipal ou estadual interessado em receber o adicional de custeio mensal do CEO deverá apresentar sua proposta à Comissão Intergestores Regional (CIR) ou ao Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do respectivo estado/ região. (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 6º, § 2º)

§ 3º A partir da aprovação da proposta do pleiteante, a CIB informará à Coordenação-Geral de Saúde Bucal, do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da

Saúde (CGSB/DAB/SAS/MS) o(s) município(s) e o(s) estabelecimento(s) de saúde aprovado(s). (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 6º, § 3º)

§ 4º Caberá ao Ministro da Saúde a formalização da liberação do incentivo adicional do CEO por meio de portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 6º, § 4º)

Art. 208. Fica estabelecido que para fazer jus ao adicional, objeto do art. 206, os municípios, estados e Distrito Federal deverão apresentar a Coordenação-Geral de Saúde Bucal, do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSB/DAB/SAS/MS), os seguintes documentos:(Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 7º)

I - Ofício do gestor solicitando o adicional no valor do incentivo financeiro de custeio mensal do Centro de Especialidades Odontológica (CEO); (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 7º, I)

II - Cópia da resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) estadual aprovando o incentivo adicional do Centro de Especialidades Odontológica (CEO); e (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 7º, II)

III - Termo de Compromisso, conforme modelo disponibilizado pelo Ministério da Saúde, onde serão pactuadas metas mínimas de atendimento a pessoas com deficiência, de acordo com o tipo de CEO. (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 7º, III)

Art. 209. Fica definido que, para fins de monitoramento e avaliação, os procedimentos odontológicos realizados em pessoas com deficiência, em qualquer CEO habilitado pelo Ministério da Saúde, aderidos ou não à Rede de Cuidado à Pessoas com Deficiência, deverão ser informados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) através do instrumento de registro Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I). (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 8º)

Art. 210. Fica definido que os recursos orçamentários de que trata esta Seção corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.8730 - Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada. (Origem: PRT MS/GM 1341/2012, Art. 9º)

Seção VII

Do Financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs)

Art. 211. Fica instituído incentivo financeiro da ordem de R$ 79.200,00 (setenta e nove mil e duzentos reais) para cada CEO Tipo 1, R$ 105.600,00 (cento e cinco mil e seiscentos reais) para cada CEO Tipo 2 e R$ 184.800,00 (cento e oitenta e quatro mil e oitocentos reais) para cada CEO Tipo 3, credenciados pelo Ministério da Saúde, destinados ao custeio dos serviços de saúde ofertados nas referidas unidades de saúde. (Origem: PRT MS/GM 600/2006, Art. 1º)

§ 1º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, dos valores mensais para o fundo estadual e para os fundos municipais de saúde correspondentes, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média complexidade, em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos) dos respectivos valores. (Origem: PRT MS/GM 600/2006, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Os recursos estabelecidos no caput deste artigo são destinados ao custeio dos CEOs. (Origem: PRT MS/GM 600/2006, Art. 1º, § 2º)

Art. 212. Fica definido incentivo financeiro de implantação da ordem de R$ 40.000,00 (quarenta mil reais) para cada CEO Tipo 1, R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para cada CEO Tipo 2, e R$ 80.000,00 (oitenta mil reais) para cada CEO Tipo 3, credenciados pelo Ministério da Saúde, que deverão ser utilizados pelos municípios e estados na implantação das Unidades de Saúde habilitadas. (Origem: PRT MS/GM 600/2006, Art. 2º)

§ 1º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência, em parcela única, para o fundo estadual e para os fundos municipais de saúde correspondentes dos recursos de que trata o caput deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 600/2006, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Caberá um único incentivo por CEO habilitado, de acordo com a Seção I do Capítulo V do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5. (Origem: PRT MS/GM 600/2006, Art. 2º, § 2º)

Art. 213. Nos casos em que houver mudança do tipo de CEO, será alterado somente o valor correspondente ao incentivo financeiro destinado ao custeio dos serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 600/2006, Art. 3º)

§ 1º Caberá à Comissão Intergetores Bipartite (CIB) a aprovação da alteração de tipo de CEO. (Origem: PRT MS/GM 600/2006, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Não será transferida a diferença correspondente ao incentivo financeiro de implantação. (Origem: PRT MS/GM 600/2006, Art. 3º, § 2º)

Art. 214. Será realizada avaliação pelo Departamento de Atenção Básica - Área da Saúde Bucal, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), mediante relatório elaborado e enviado, no mínimo trimestralmente, sem prejuízo de outras formas, conforme Anexo XL . (Origem: PRT MS/GM 600/2006, Art. 4º)

Art. 215. O não atendimento às condições estabelecidas no Anexo XL implicará o descredenciamento das Unidades de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 600/2006, Art. 5º)

Parágrafo Único. Caberá às CIBs e/ou ao Ministério da Saúde encaminhar a solicitação ao DAB/SAS/MS, para posterior publicação. (Origem: PRT MS/GM 600/2006, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 216. Os municípios e estados com unidade(s) credenciada(s) só passarão a receber os recursos de que trata o art. 211 após efetivo funcionamento do serviço, atestado pelo gestor junto ao DAB/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 600/2006, Art. 6º)

Art. 217. Os recursos orçamentários de que trata esta Seção correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 600/2006, Art. 7º)

Art. 218. O fluxo a ser utilizado no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), para os procedimentos previstos no Anexo XL , fica definido da forma prevista abaixo: (Origem: PRT MS/GM 1464/2011, Art. 3º)

I - Quando da apresentação dos procedimentos no SIA/SUS, será verificado o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do profissional que os realizou; (Origem: PRT MS/GM 1464/2011, Art. 3º, I)

II - Caso tenha sido por profissional do grupo 2232 (odontologia), será observado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) se o estabelecimento dispõe de habilitação CEO com a regra contratual 7107 - Estabelecimento, sem geração de crédito, nas ações especializadas de odontologia (incentivo CEO I, II e III); (Origem: PRT MS/GM 1464/2011, Art. 3º, II)

III - Neste caso, não haverá geração de crédito para estes procedimentos; e (Origem: PRT MS/GM 1464/2011, Art. 3º, III)

IV - Caso o profissional que realizou os procedimentos não seja do código de CBO 2232 ou o estabelecimento não tenha a habilitação CEO, será gerado crédito normalmente no SIA/SUS. (Origem: PRT MS/GM 1464/2011, Art. 3º, IV)

Art. 219. Fica concedida aos CEOs, relacionados no Anexo XLI , a adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e ficam definidos os valores adicionais dos incentivos financeiros destinados ao custeio mensal. (Origem: PRT MS/GM 618/2014, Art. 1º)

Parágrafo Único. O não atendimento às condições e características definidas nesta Seção, na Seção I do Capítulo V do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5 e na Seção VI do Capítulo I do Título III, pelo município/estado pleiteante, implicará, a qualquer tempo, no descredenciamento da Unidade de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 618/2014, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 220. O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, dos valores adicionais dos incentivos financeiros destinados ao custeio mensal, para os fundos municipais/estaduais de saúde correspondentes. (Origem: PRT MS/GM 618/2014, Art. 2º)

Parágrafo Único. Os recursos orçamentários pertinentes correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.8730 - PO - 0003 - Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada. (Origem: PRT MS/GM 618/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 221. A cada ciclo, os estados, municípios e o Distrito Federal que aderirem ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) farão jus ao Incentivo Financeiro do PMAQ-CEO, denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal, que será repassado aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios em 2 (dois) momentos: (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 9º)

I - no início de cada ciclo, após a homologação da adesão do estado, Distrito Federal ou município ao PMAQ-CEO; e (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 9º, I)

II - após a Fase 2 de cada ciclo. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 9º, II)

§ 1º Os valores a serem repassados aos estados, ao Distrito Federal e municípios a título do incentivo financeiro de que trata o "caput" serão estabelecidos em ato específico do Ministro de Estado da Saúde e variarão de acordo com: (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 9º, § 1º)

I - o número de CEOs contratualizados; (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 9º, § 1º, I)

II - as disponibilidades orçamentárias do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 9º, § 1º, II)

III - no caso do inciso II do "caput", com o fator de desempenho de que trata o art. 591, § 4º da Portaria de Consolidação nº 5. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 9º, § 1º, III)

§ 2º O incentivo financeiro de que trata o "caput" será transferido fundo a fundo, por meio do Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal, observado o disposto no art. 11. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 9º, § 2º)

Art. 221. Os valores recebidos ao longo do ciclo pelos estados, pelos municípios e pelo Distrito Federal deverão ser utilizados conforme as regras gerais da Portaria de Consolidação nº 6, e o planejamento e orçamento de cada ente. (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 10)

Art. 221. Os recursos orçamentários de que trata o Incentivo Financeiro do PMAQ-CEO são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.8730 - Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada e 10.301.2015.219A - Promoção da Atenção Básica em Saúde (PO: 0003). (Origem: PRT MS/GM 1599/2015, Art. 13)

Seção VIII

Do Financiamento para a Implantação do Plano Nacional de Implantação de Bancos de Multitecidos (Plano-BMT)

Art. 221. Fica instituído, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), o Plano Nacional de Implantação de Bancos de Multitecidos para Transplantes (Plano-BMT). (Origem: PRT MS/GM 2932/2010, Art. 1º)

§ 1º Entende-se por Banco de Multitecidos (BMT), o estabelecimento que, tendo cumprido as exigências gerais e específicas contidas no Regulamento Técnico do SNT e as estabelecidas no Anexo XI , seja apto a processar mais de um tipo de tecido humano para transplante. (Origem: PRT MS/GM 2932/2010, Art. 1º, § 1º)

§ 2º O Plano ora instituído tem por objetivo criar os mecanismos necessários para a implantação de BMT e para a ampliação da disponibilidade de enxertos humanos para uso assistencial em todo o território nacional; observados os princípios e as diretrizes do SUS, a regionalização, a pactuação, a programação, os parâmetros de cobertura assistencial e a universalidade do acesso. (Origem: PRT MS/GM 2932/2010, Art. 1º, § 2º)

Art. 222. O Plano-BMT deverá ter sua implantação operacionalizada pelas secretarias estaduais de saúde e do Distrito Federal e suas respectivas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO). (Origem: PRT MS/GM 2932/2010, Art. 2º)

§ 1º As Secretarias Estaduais de Saúde de que trata o "caput" deverão identificar a instituição em que será implantado o BMT, a qual poderá ser o hemocentro público do Estado, ou hospital de ensino público ou entidade beneficente. (Origem: PRT MS/GM 2932/2010, Art. 2º, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2540/2012)

§ 2º Para a implantação do BMT, a Secretaria Estadual de Saúde deverá apresentar proposta ao Ministério da Saúde contendo: (Origem: PRT MS/GM 2932/2010, Art. 2º, § 2º)

I - identificação da instituição que implantará o BMT; (Origem: PRT MS/GM 2932/2010, Art. 2º, § 2º, I)

II - compromisso de implantar o BMT no prazo de 12 (doze) meses a contar do recebimento dos recursos relacionados ao financiamento e de cumprir as exigências gerais e específicas contidas no Regulamento Técnico do SNT e as estabelecidas no Anexo XI . (Origem: PRT MS/GM 2932/2010, Art. 2º, § 2º, II)

§ 3º As propostas apresentadas serão avaliadas pela Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSNT/DAET/SAS/MS), que emitirá parecer conclusivo. (Origem: PRT MS/GM 2932/2010, Art. 2º, § 3º)

§ 4º Serão priorizadas as propostas das secretarias estaduais de saúde daquelas unidades da Federação (UF) cuja capacidade instalada em seus bancos de tecidos isolados esteja abaixo da demanda por tecidos na UF ou região por elas atendidas, que não possuam bancos de tecidos e que apresentem número de doadores falecidos em morte encefálica ou em coração parado em quantidade adequada para a viabilização do funcionamento do BMT. (Origem: PRT MS/GM 2932/2010, Art. 2º, § 4º)

§ 5º Aprovada a proposta pelo Ministério da Saúde, será emitida portaria específica de habilitação da instituição ao Plano-BMT. (Origem: PRT MS/GM 2932/2010, Art. 2º, § 5º)

Art. 223. Fica instituído financiamento para a implantação de BMT no valor de R$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais) por Banco. (Origem: PRT MS/GM 2932/2010, Art. 3º)

§ 1º Os recursos de que trata o caput deste artigo serão destinados à implantação do BMT na unidade identificada pelo gestor estadual do SUS e compreenderá a adaptação da área física, os equipamentos, mobiliário e materiais necessários ao funcionamento do BMT, conforme descrição constante do Anexo XI . (Origem: PRT MS/GM 2932/2010, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os recursos serão repassados fundo a fundo ao gestor estadual que tenha sua proposta habilitada conforme estabelecido no art. 222, § 5º , e este deverá adotar as providências necessárias para o repasse dos recursos para a instituição habilitada. (Origem: PRT MS/GM 2932/2010, Art. 3º, § 2º)

Art. 224. Caberá aos órgãos de controle interno, especialmente ao Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) e Controladoria-Geral da União (CGU), o monitoramento da correta aplicação dos incentivos financeiros previstos nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 2932/2010, Art. 3º-A)

Parágrafo Único. Em caso de irregularidades constatadas pelos órgãos definidos no "caput" deste artigo, os recursos serão restituídos ao FNS/SE/MS, acrescidos de correção monetária prevista em lei. (Origem: PRT MS/GM 2932/2010, Art. 3º-A, Parágrafo Único)

Art. 225. O Fundo Nacional de Saúde (FNS/MS) adotará as providências necessárias para a transferência do recurso de que trata esta Seção, em parcela única, aos estados ou ao Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 2932/2010, Art. 4º)

Parágrafo Único. O FNS adotará as providências necessárias para a devolução dos recursos caso não haja cumprimento do compromisso de implantação no prazo estabelecido no art. 222, § 2º , II. (Origem: PRT MS/GM 2932/2010, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 226. Os recursos orçamentários, objeto desta Seção, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, onerando o Programa de Trabalho 10.302.2015.8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2932/2010, Art. 5º)

Seção IX

Do Incremento Financeiro para a Realização de Procedimentos de Transplantes e o Processo de Doação de Órgãos (IFT-DO)

Art. 227. Esta Seção estabelece estratégia de qualificação e ampliação do acesso aos transplantes de órgãos sólidos e de medula óssea, por meio da criação de novos procedimentos e de custeio diferenciado para a realização de procedimentos de transplantes e processo de doação de órgãos. (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 1º)

§ 1º A estratégia definida no "caput" tem por objetivo a manutenção e a melhoria dos serviços de transplantes e a doação de órgãos. (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 1º, § 1º)

§ 2º O custeio diferenciado referido no "caput" será formatado como Incremento Financeiro para a Realização de Procedimentos de Transplantes e o Processo de Doação de Órgãos (IFT-DO). (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 1º, § 2º)

§ 3º A classificação terá efeitos financeiros a partir da primeira competência posterior à aprovação pela CGSNT/DAE/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 1º, § 3º)

Art. 228. Os estabelecimentos de saúde potencialmente destinatários do IFTDO deverão atender aos indicadores de qualidade definidos nesta Seção e serão classificados em 4 (quatro) níveis, de acordo com a complexidade, conforme delineado a seguir: (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 2º)

I - Nível A - estabelecimentos de saúde autorizados para 4 (quatro) ou mais tipos de transplantes de órgãos sólidos ou autorizados para transplante de medula óssea alogênico não aparentado; (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 2º, I)

II - Nível B - estabelecimentos de saúde autorizados para 3 (três) tipos de transplantes de órgãos sólidos; (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 2º, II)

III - Nível C - estabelecimentos de saúde autorizados para 2 (dois) tipos de transplantes de órgãos sólidos ou para pelo menos 1 (um) tipo de transplante de órgão sólido e transplante de medula óssea alogênico aparentado; e (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 2º, III)

IV - Nível D - estabelecimentos de saúde autorizados para 1 (um) tipo de transplante de órgão sólido. (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 2º, IV)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos que realizarem um índice mínimo de 3 (três) transplantes por milhão de população brasileira, por ano, mesmo que de apenas um órgão sólido (rim, fígado, pulmão ou coração) serão classificados como Nível A. (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 229. Para fins de classificação, conforme art. 228, os estabelecimentos de saúde deverão apresentar à Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplante da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGSNT/DAE/SAS/MS), via Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos/Secretaria Estadual de Saúde (CNCDO/SES), relatórios com os seguintes indicadores de qualidade: (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 3º)

I - número de transplantes, por órgão, no ano anterior ao do relatório; (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 3º, I)

II - número de transplantes por milhão de população, por órgão, no ano anterior ao do relatório; (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 3º, II)

III - curva de sobrevida dos pacientes, por tipo de transplante, no ano anterior ao do relatório; e (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 3º, III)

IV - curva de enxertos funcionantes, por tipo de transplante, dos dois últimos anos anteriores ao do relatório. (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 3º, IV)

§ 1º Os estabelecimentos de saúde que realizam transplante de rim deverão apresentar, além dos indicadores previstos no "caput", o tempo médio decorrido para a confecção das fístulas arteriovenosas pelos serviços de diálises de origem dos pacientes encaminhados para transplantes, a contar da data do diagnóstico de insuficiência renal crônica. (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Somente será passível de classificação o estabelecimento de saúde com atividade transplantadora de no mínimo 1 (um) ano. (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A classificação será renovada a cada dois anos, mediante apresentação, pelos estabelecimentos de saúde, dos mesmos relatórios descritos no "caput" à CGSNT/DAE/SAS/MS, via CNCDO/SES. (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 3º, § 3º)

§ 4º Por ocasião da renovação, a classificação poderá manter-se a mesma ou ter seu nível alterado, a depender dos relatórios encaminhados pelo estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 3º, § 4º)

Art. 230. Os estabelecimentos de saúde poderão ser reclassificados durante o período de vigência da suas classificações atuais, nos seguintes casos: (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 4º)

I - a pedido, mediante aprovação do gestor de saúde estadual e da CGSNT/DAE/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 4º, I)

II - por solicitação de descredenciamento de modalidade de transplantes de órgãos sólidos e/ou de células que definiu a atual classificação; e (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 4º, II)

III - se a CGSNT/DAE/SAS/MS constatar descumprimento dos requisitos considerados para a classificação. (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 4º, III)

§ 1º Para reclassificação a pedido, o estabelecimento de saúde deverá encaminhar à CGSNT/DAE/SAS/MS relatórios comprobatórios do enquadramento no nível pretendido, já acompanhados da aprovação do gestor de saúde estadual. (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 4º, § 1º)

§ 2º A reclassificação terá efeitos financeiros a partir da primeira competência posterior à aprovação pela CGSNT/DAE/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 4º, § 2º)

Art. 231. O IFTDO corresponderá a um incremento nos valores dos procedimentos relacionados ao processo de transplantes e doação de órgãos e tecidos, constantes na Tabela Unificada do SUS (Serviços Hospitalares (SH) e Serviços Profissionais (SP), nos seguintes percentuais: (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 5º)

I - estabelecimento de saúde de Nível A - IFTDO de 60% (sessenta por cento); (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 5º, I)

II - estabelecimento de saúde de Nível B - IFTDO de 50% (cinquenta por cento); (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 5º, II)

III - estabelecimento de saúde de Nível C - IFTDO de 40% (quarenta por cento); e (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 5º, III)

IV - estabelecimento de saúde de Nível D - IFTDO de 30% (trinta por cento). (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 5º, IV)

Parágrafo Único. O IFTDO somente incidirá sobre os procedimentos relacionados no Anexo IX . (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 232. O IFTDO tem por objetivo específico a melhoria da remuneração dos profissionais envolvidos no processo doação/transplante. (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 6º)

Art. 233. No procedimento 5.01.05.004-3 - Exames de pacientes em lista de espera para transplantes, os exames deverão ser realizados semestralmente para cada órgão a ser recebido, até a realização do transplante, ficando vedado o registro desses exames em qualquer outro instrumento de registro do SUS, para fins de dupla cobrança. (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 8º)

Art. 234. Para os procedimentos 05.06.02.005-3 - Tratamento de intercorrência pós-transplante de Rim - pós-transplante crítico, 05.06.02.006-1 - Tratamento de intercorrência pós-transplante de Coração - pós-transplante crítico, 05.06.02.007-0 - Tratamento de intercorrência pós-transplante de Pulmão Uni/Bilateral - pós-transplante crítico, 05.06.02.008-8 - Tratamento de intercorrência pós-transplante simultâneo de Rim/Pâncreas ou Pâncreas isolado - pós-transplante crítico, 05.06.02.009-6 - Tratamento de intercorrência pós-transplante de fígado - pós-transplante crítico, 05.06.02.010-0 - Tratamento de intercorrência pós-transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas - pós-transplante crítico e 05.06.02.011-8 - Tratamento de intercorrência pós-transplante autólogo de células-tronco hematopoéticas - pós-transplante crítico aplicam-se as seguintes regras: (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 9º)

I - não podem ser realizados em conjunto com os seguintes procedimentos: (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 9º, I)

a) 05.06.02.001-0 - Intercorrência pós-transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas - não aparentado (Hospital Dia); (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 9º, I, a)

b) 05.06.02.002-9 - Intercorrência pós-transplante autogênico de células-tronco hematopoéticas - não aparentado (Hospital Dia); (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 9º, I, b)

c) 05.06.02.003-7 - Intercorrência pós-transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas - de aparentado (Hospital Dia); e (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 9º, I, c)

d) 05.06.02.004-5 - Tratamento de intercorrência pós-transplante de órgãos/células-tronco hematopoéticas; (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 9º, I, d)

II - a sua utilização pode seguir-se à do procedimento 05.06.02.004-5 - Tratamento de intercorrência pós-transplante de órgãos/células-tronco hematopoéticas, se o controle da complicação intercorrente exigir tempo prolongado de internação; (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 9º, II)

III - em caso de alta hospitalar, é possível a reinternação com a utilização dos procedimentos descritos no caput, podendo ser emitidas novas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), desde que: (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 9º, III)

a) observado o prazo máximo de 6 meses de internação; (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 9º, III, a)

b) se o paciente necessitar de internação superior a 30 dias a AIH deverá ser encerrada e aberta outra, informando nesta, o número da AIH anterior; e (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 9º, III, b)

IV - o somatório do número de diárias geradas com a utilização dos procedimentos descritos no caput não poderá ultrapassar o valor de um procedimento de transplante especifico para cada órgão sólido ou células-tronco hematopoéticas que gerou a internação pela complicação; (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 9º, IV)

V - os prontuários dos pacientes para os quais tenham sido emitidas as AIH relativas aos procedimentos descritos no caput estarão sujeitos a auditorias sistemáticas por parte dos gestores de saúde, da central de transplantes e/ou pelo SNT. (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 9º, V)

Art. 235. A estratégia de classificação e custeio diferenciado de procedimentos definida nesta Seção será reavaliada ao final de 12 (doze) meses de sua vigência para cada estabelecimento de saúde, podendo resultar em sua revisão ou extinção, caso não sejam atingidos os objetivos mínimos esperados, do ponto de vista da qualificação e da ampliação do acesso aos transplantes e processo de doação de órgãos. (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Art. 12)

Seção X

Dos Recursos Financeiros para Execução do Programa de Mamografia Móvel

Art. 236. Os recursos financeiros para execução do Programa de Mamografia Móvel serão transferidos pelo Ministério da Saúde aos estados, Distrito Federal e municípios que já façam gestão do Teto MAC e/ou mediante pactuação na CIB da gestão do recurso específico do Programa de Mamografia Móvel, com comunicação ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 11)

§ 1º As unidades móveis habilitadas para o Programa de Mamografia Móvel poderão realizar os procedimentos mamografia unilateral e mamografia bilateral para rastreamento, sendo este último prioritariamente para as mulheres na faixa etária elegível. (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 11, § 1º)

§ 2º No caso do Distrito Federal, a definição de que trata o "caput" será feita no âmbito do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF). (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 11, § 2º)

§ 3º Quando houver regiões de saúde que envolvam municípios de mais de um estado, a pactuação será definida por meio das respectivas CIB e, no caso de envolver o Distrito Federal, com participação do CGSES/DF. (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 11, § 3º)

§ 4º Na hipótese de haver a pactuação na CIB da gestão do recurso específico do Programa de Mamografia Móvel, os municípios deverão contratar, controlar, avaliar e regular os serviços de mamografia móvel. (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 11, § 4º)

Art. 237. O Programa de Mamografia Móvel deverá onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade, mantendo-se as atuais formas e valores de financiamento para os respectivos procedimentos. (Origem: PRT MS/GM 2304/2012, Art. 13)

Seção XI

Do Financiamento para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade

Art. 238. Para os estabelecimentos que forem habilitados pelos critérios definidos no Anexo 4 do Anexo IV da Portaria de Consolidação nº 3 será concedido incremento no valor dos exames, quando realizados no pré-operatório de indivíduos com obesidade grau III e grau II associada à comorbidades, e que serão financiados pelo FAEC. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 6º)

Art. 239. Fica definido que terão incrementos no componente Serviço Ambulatorial (SA) os procedimentos relacionados quando realizados em estabelecimentos habilitados como Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (código 02.03) no pré-operatório de pacientes com os CID E66.0; E66.2; E66.8; e, E66.9. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 7º)

I - Código: 02.09.01.003-7; Procedimento: Esofagogastroduodenoscopia; Incremento: 107,64 %; (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 7º, I)

II - Código: 02.05.02.004-6; Procedimento: Ultra-sonografia de abdômen total; Incremento: 121,34%; (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 7º, II)

III - Código: 02.05.01.003-2; Procedimento: Ecocardiografia transtoracica; Incremento: 150%; (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 7º, III)

IV - Código: 02.05.01.004-0; Procedimento: Ultra-sonografia doppler colorido de vasos (até 3 vasos); Incremento: 165,15%; e (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 7º, IV)

V - Código: 02.11.08.005-5; Procedimento: Prova de função pulmonar completa com broncodilatador (espirometria); Incremento: 277,36%. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 7º, V)

Art. 240. Fica estabelecido que os recursos orçamentários, de que trata a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 24)

Seção XII

Do Financiamento para o Custeio das Atividades Relacionadas ao Processo Transexualizador

Art. 241. Os recursos financeiros para o custeio das atividades de que trata o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 17)

Parágrafo Único. A aprovação do repasse de recursos financeiros de que trata o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) ficará condicionada à disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 17, Parágrafo Único)

Art. 242. Ficam aprovadas, na forma dos Anexos A, B, C, D e E do Anexo 1 do Anexo XXI da Portaria de Consolidação nº 2, as normas de habilitação e formulários de vistoria do Processo Transexualizador no âmbito do SUS: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 18)

I - Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI da Portaria de Consolidação nº 2: Normas de Habilitação de Serviço de Atenção Especializado no Processo Transexualizador, nas modalidades ambulatorial e/ou hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 18, I)

II - Anexo B do Anexo 1 do Anexo XXI da Portaria de Consolidação nº 2: Formulário de Vistoria do Gestor para Habilitação de Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, na modalidade ambulatorial e/ou hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 18, II)

Seção XIII

Dos Critérios de Qualificação das Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO) para Receberem o Custeio Diferenciado de 800 Reais

Art. 243. Para receberem o custeio diferenciado de 800 reais, as unidades de terapia intensiva coronariana (UCO) deverão cumprir os seguintes critérios de qualificação: (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 8º)

I - estabelecimento e adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos; (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 8º, I)

II - equipe de UTI Tipo II ou III, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 8º, II)

III - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, utilizando-se prontuário único compartilhado por toda equipe; (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 8º, III)

IV - implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho e a implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos; (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 8º, IV)

V - garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos; (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 8º, V)

VI - garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação; (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 8º, VI)

VII - submissão à auditoria do gestor local; (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 8º, VII)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300581

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

VIII - regulação integral pelas Centrais de Regulação; e (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 8º, VIII)

IX - taxa de ocupação média mensal da unidade de, no mínimo, 90% (noventa por cento). (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 8º, IX)

§ 1º As UCOs deverão se qualificar em um prazo máximo de 6 (seis) meses após o início do repasse do custeio diferenciado, previsto no caput. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O incentivo financeiro de custeio diferenciado previsto no caput será repassado aos fundos de saúde e, em seguida, aos prestadores de serviços hospitalares, mediante o cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos neste artigo e das metas pactuadas entre os gestores e os prestadores de serviços hospitalares.(Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 8º, § 2º)

§ 3º Em caso de inobservância dos prazos previstos no § 1º deste artigo, o repasse do incentivo financeiro será cancelado. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 8º, § 3º)

§ 4º Uma vez cancelado o incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido com a qualificação integral, demonstrado o cumprimento de todos os requisitos deste artigo, caso em que o incentivo voltará a ser pago a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 8º, § 4º)

Seção XIV

Dos Recursos Financeiros para o Ressarcimento dos Valores que Excederem a Média Mensal do Quantitativo dos Procedimentos de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica, Financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)

Art. 244. Os recursos financeiros para o ressarcimento dos valores que excederem a média mensal do quantitativo dos procedimentos de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica, constantes da Portaria nº 505/SAS/MS, de 28 de setembro de 2010, serão financiados pelo FAEC. (Origem: PRT MS/GM 3430/2010, Art. 1º)

§ 1º Fica estabelecida a série histórica do período compreendido entre julho de 2009 a junho de 2010, para definição da quantidade média mensal que será financiada pelo Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade dos estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: PRT MS/GM 3430/2010, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Os recursos do FAEC serão transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios após apuração no Banco de Dados do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD). (Origem: PRT MS/GM 3430/2010, Art. 1º, § 2º)

Art. 245. O excedente dos procedimentos de que trata o art. 244, permanecerá por um período de 6 (seis) meses, no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), para formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente do Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, dos estados, Distrito Federal e municípios, e deve ser publicado em portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 3430/2010, Art. 2º)

Art. 246. O Departamento de Informática do SUS (DATASUS) disponibilizará arquivos por UF com o limite físico por CNES que deverão ser importados no SIHD, para que o mesmo apure os valores do excedente deste limite físico, como financiamento FAEC, conforme Anexo XIX . (Origem: PRT MS/GM 3430/2010, Art. 3º)

Art. 247. O FNS adotará as medidas necessárias para a transferência aos Fundos Estaduais/Municipais de Saúde, dos valores de que trata o art. 244. (Origem: PRT MS/GM 3430/2010, Art. 4º)

Art. 248. Os recursos orçamentários, objeto desta Seção, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 3430/2010, Art. 5º)

Seção XV

Da Cessão de Crédito, Relativo aos Recursos da Assistência de Média e Alta Complexidade, para Pagamento da Contribuição Institucional das Secretarias Estaduais de Saúde ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e das Secretarias Municipais de Saúde ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)

Art. 249. Fica regulamentada a operacionalização da cessão de crédito, relativo aos recursos da assistência de Média e Alta Complexidade, para pagamento da contribuição institucional das secretarias estaduais de saúde ao CONASS e das secretarias municipais de Saúde ao CONASEMS. (Origem: PRT MS/GM 220/2007, Art. 1º)

Art. 250. O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 220/2007, Art. 2º)

Parágrafo Único. A transmissão do crédito para pagamento da contribuição institucional deverá ser celebrada mediante instrumento público, ou instrumento particular revestido das solenidades do § 1º do art. 654 do Código Civil, subscrito pelo Secretário de Saúde, ressalvado o dever de não comprometer quaisquer ações e serviços de saúde do estado ou município respectivo. (Origem: PRT MS/GM 220/2007, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 251. O desconto da contribuição institucional terá como fonte os recursos da assistência de MAC, do valor integrante do limite transferido do FNS aos Fundos de Saúde dos Estados e Municípios. (Origem: PRT MS/GM 220/2007, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2945/2012)

Art. 252. O valor e a periodicidade referentes à contribuição institucional serão estabelecidos na Assembléia Geral dos Conselhos Representativos, nos termos do disposto sem seus respectivos estatutos. (Origem: PRT MS/GM 220/2007, Art. 4º)

Art. 253. O desconto será efetivado no mesmo dia da transferência regular e automática, da fonte indicada, e o valor, creditado em conta bancária a ser indicada pelos respectivos Conselhos Representativos ao FNS. (Origem: PRT MS/GM 220/2007, Art. 5º)

Seção XVI

Do Recebimento pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) de Recursos do Orçamento Geral da União (OGU) por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), para Auxiliar no Custeio de suas Despesas Institucionais

Art. 254. Fica regulamentada a transferência de recursos do Orçamento Geral da União (OGU) por meio do FNS ao Conass e ao Conasems, para auxiliar no custeio das despesas institucionais destes Conselhos, nos termos do § 1º do art. 14-B da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, acrescido pela Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. (Origem: PRT MS/GM 1752/2017, Art. 1º)

Art. 255. As transferências da União referidas na Seção XVI do Capítulo I do Título III dar-se-ão em valores nominais, consignados em dotação global do OGU e em créditos adicionais, por meio do FNS, como despesa obrigatória, sendo R$ 7.000.000,00 para o Conass e R$ 7.000.000,00 para o Conasems, destinados ao cumprimento do Programa Anual de Atividades, de cada entidade, que tem por finalidade demonstrar o auxílio da União no custeio das despesas institucionais destes Conselhos. (Origem: PRT MS/GM 1752/2017, Art. 2º)

Parágrafo Único. Os valores nominais serão reajustados, minimamente, nos exercícios subsequentes conforme as regras aplicáveis ao OGU, atualmente novo regime fiscal. (Origem: PRT MS/GM 1752/2017, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 256. O Ministério da Saúde fará consignar anualmente em sua previsão orçamentária, os recursos nos moldes especificados pela Seção XVI do Capítulo I do Título III, a serem transferidos em duodécimos mensais até o dia 10 de cada mês. (Origem: PRT MS/GM 1752/2017, Art. 3º)

Parágrafo Único. O FNS adotará as medidas necessárias para as transferências dos recursos ao Conass e Conasems, em contas específicas para cada entidade, em instituições financeiras oficiais federais. (Origem: PRT MS/GM 1752/2017, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 257. Caberá ao Conass e ao Conasems a execução das transferências financeiras, nos limites dos seus estatutos, sendo elaborada Prestação de Contas por ano fiscal e demonstração do alcance de resultados. (Origem: PRT MS/GM 1752/2017, Art. 4º)

Parágrafo Único. Será permitida a utilização de saldos remanescentes, desde que precisamente identificados. (Origem: PRT MS/GM 1752/2017, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 258. São obrigações do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1752/2017, Art. 5º)

I - providenciar e promover, anualmente, a consignação de dotações no OGU, respeitadas as normas e procedimentos aplicáveis a transferência dos recursos correspondentes, destinados a auxiliar no custeio das atividades institucionais do Conass e Conasems; (Origem: PRT MS/GM 1752/2017, Art. 5º, I)

II - receber os Programas Anuais de Atividades apresentados pelo Conass e pelo Conasems; (Origem: PRT MS/GM 1752/2017, Art. 5º, II)

III - respeitar a autonomia de gestão e atuação administrativa das entidades com vistas a consecução de seus objetivos; (Origem: PRT MS/GM 1752/2017, Art. 5º, III)

IV - transferir pontualmente os recursos em duodécimos mensais, até o dia 10 de cada mês; (Origem: PRT MS/GM 1752/2017, Art. 5º, IV)

V - celebrar, quando convier, convênios para o alcance de objetivos específicos e não previstos em Programa Anual de Atividades; (Origem: PRT MS/GM 1752/2017, Art. 5º, V)

VI - apoiar o Conass e Conasems, sempre que necessário e dentro das competências da pasta, no provimento de meios necessários a consecução dos Programas Anuais de Atividades. (Origem: PRT MS/GM 1752/2017, Art. 5º, VI)

Art. 259. São obrigações do Conass e Conasems: (Origem: PRT MS/GM 1752/2017, Art. 6º)

I - elaborar e apresentar Programa Anual de Atividades à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, até 30 de junho de cada ano referente ao ano subsequente; (Origem: PRT MS/GM 1752/2017, Art. 6º, I)

II - aplicar os recursos recebidos em conformidade com seu Programa Anual de Atividades; (Origem: PRT MS/GM 1752/2017, Art. 6º, II)

III - prestar contas dos recursos recebidos à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde por meio de Relatório Anual de Gestão (RAG), previamente submetido às instâncias previstas no estatuto de cada Conselho, até 1º de março do ano subsequente à execução do Programa Anual de Atividades. (Origem: PRT MS/GM 1752/2017, Art. 6º, III)

Art. 260. Caberá ao Conass e o Conasems aprovar em seus órgãos competentes regulamentos próprios de compras de bens e serviços, bem como de contratação de pessoal, devendo mantê-los publicados em endereços eletrônicos próprios, em área aberta ao público em geral, na forma da legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 1752/2017, Art. 7º)

CAPÍTULO II

DOS INCENTIVOS FINANCEIROS NO BLOCO MAC

Seção I

Do Incentivo à Assistência Pré-natal aos Componentes I, II e III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

Art. 261. Os recursos necessários ao desenvolvimento do Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde correrão à conta das dotações orçamentárias destinadas ao SUS e são adicionais aos já destinados a esta modalidade assistencial. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 2º)

Art. 262. O Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal será executado mediante adesão, pelos municípios que sejam habilitados na forma da regulmentação e que comprovem o cumprimento dos requisitos estabelecidos no art. 601 da Portaria de Consolidação nº 5. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 3º)

Parágrafo Único. Nos municípios não habilitados em qualquer das condições de gestão estabelecidas na regulamentação, o Componente I poderá ser executado pela respectiva Secretaria Estadual de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 263. o pagamento deste procedimento será efetuado pelo Fundo Nacional de Saúde e será custeado pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC); (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 5º, II)

Art. 264. o pagamento será efetuado a unidade na qual a gestante foi cadastrada, desde que as informações pertinentes constem da Ficha de Programação Orçamentária (FPO) da unidade para o mês de competência. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 5º, III)

Art. 265. O pagamento deste procedimento será efetuado pelo FNS e será custeado pelo FAEC. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 7º, I)

Art. 266. O pagamento dos incentivos Adesão ao Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal Adesão ao Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal e o de Conclusão da Assistência Pré-natal será efetuado a cada unidade pública municipal ou estadual, na qual a gestante tenha sido cadastrada, desde que as informações pertinentes constem da FPO, da unidade para o mês de competência. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 8º, § 7º, V)

Art. 267. O pagamento dos procedimentos 07.071.02.7 e 07.071.03.5 do SIA/SUS, e 95.002.01.4 do SIH/SUS, serão efetuados pelo FNS às Unidades de Saúde e custeados pelo FAEC. (Origem: PRT MS/GM 570/2000, Art. 11)

Art. 268. O Componente objeto deste artigo será responsável pela adoção das medidas necessárias à organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal e à realização de investimentos nesta área assistencial, viabilizando, em parceria com as Secretarias de Saúde de estados, municípios e do Distrito Federal e unidades hospitalares que realizem atendimento obstétrico e neonatal no SUS, as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 571/2000, Art. 1º, Parágrafo Único)

I - implantar Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal; (Origem: PRT MS/GM 571/2000, Art. 1º, Parágrafo Único, a)

II - implantar Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal; (Origem: PRT MS/GM 571/2000, Art. 1º, Parágrafo Único, b)

III - implantar sistemas móveis de atendimento às gestantes nas modalidades pró e inter-hospitalares; (Origem: PRT MS/GM 571/2000, Art. 1º, Parágrafo Único, c)

IV - adquirir equipamentos para o aparelhamento de Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal e de unidades integrantes do Sistema de Referência Hospitalar para a Gestação da Alto Risco; (Origem: PRT MS/GM 571/2000, Art. 1º, Parágrafo Único, d)

V - viabilizar o incremento técnico, operacional e de equipamentos aos hospitais públicos filantrópicos integrantes do SUS, que realizem assistência obstétrica e neonatal. (Origem: PRT MS/GM 571/2000, Art. 1º, Parágrafo Único, e)

Art. 269. Os recursos necessários ao desenvolvimento das atividades previstas para o Componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde, correrão à conta das dotações orçamentárias destinadas ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 571/2000, Art. 2º)

§ 1º Os recursos destinados ao financiamento da implantação das centrais estaduais de regulação obstétrica e suas respectivas centrais regionais, quando for o caso, serão repassados, mediante convênio específico, às Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal, que cumprirem os requisitos estabelecidos e assumirem o compromisso de implantar plenamente o componente proposto; (Origem: PRT MS/GM 571/2000, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os recursos destinados ao financiamento da implantação das centrais municipais de regulação obstétrica e seus respectivos sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares, serão repassados, mediante convênio específico, às secretarias municipais de saúde que cumprirem com os requisitos de elegibilidade estabelecidos e assumirem o compromisso de implantar plenamente o componente proposto, sendo que aquelas que, mesmo cumprindo com estes critérios, não se encontrem na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, terão os recursos a ela destinados repassados à respectiva Secretaria Estadual de Saúde que se encarregará da implantação da Central e dos sistemas móveis de atendimento; (Origem: PRT MS/GM 571/2000, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Os recursos destinados à aquisição de equipamentos para o aparelhamento de unidades de tratamento intensivo neonatal e de hospitais integrantes do Sistema Estadual de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco, serão alocados para o Projeto Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (ReforSUS), que providenciará esta aquisição na forma de conjuntos já estabelecidos e com destinação às unidades hospitalares já pactuadas com os gestores estaduais do SUS; (Origem: PRT MS/GM 571/2000, Art. 2º, § 3º)

§ 4º Os recursos destinados ao financiamento do incremento técnico, operacional e de equipamentos para os hospitais filantrópicos serão repassados aos próprios hospitais, mediante convênio específico, e para os hospitais públicos, conforme o caso, às respectivas Secretarias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, devendo todos os hospitais cumprir com os requisitos de elegibilidade estabelecidos, apresentar projeto de investimento com o respectivo plano de trabalho e cronograma de desembolso e assumir o compromisso de implantar plenamente o componente proposto. (Origem: PRT MS/GM 571/2000, Art. 2º, § 4º)

Art. 270. Os recursos necessários ao desenvolvimento do Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nas-

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

cimento correrão à conta das dotações orçamentárias destinadas ao Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 2º)

Art. 271. Os recursos de que trata o art. 609 da Portaria de Consolidação nº 5 destinam-se ao custeio da sistemática ora implantada de atendimento à gestante e ao recém-nascido e de remuneração de serviços constantes da Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), e são adicionais aos já destinados a estas modalidades assistenciais. (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 2º, § 1º)

Art. 272. Ficam alterados os valores e a sistemática de pagamento dos procedimentos de parto normal e cesariana constantes da Tabela de Procedimentos do SIH/SUS abaixo descritos: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º)

§ 1º Para os procedimentos 35.001.01.1 Parto Normal; 35.006.01.3 Parto com Manobras; 35.007.01.0 - Parto com Eclâmpsia e 3526.01.7 Assistência ao Parto Premonitório e ao Parto Normal sem Distócia em Centro de Parto Normal, os valores previstos para pagamento pelo SUS são: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 1º)

I - SH: 130,00; SP: 165,00; SADT: 5,00; TOTAL: 300,00; ATO-MED: 571; ANEST 00; PERM 02; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 1º, I)

§ 2º Os valores constantes do § 1° deste Artigo serão subdivididos e remunerados da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 2º)

I - serviços hospitalares: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 2º, I)

a) SH Padrão (diária, taxas, materiais e medicamentos): R$ 90,00 o hospital receberá este valor quando da realização do parto; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 2º, I, a)

b) SH Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal: R$ 40,00 para o recebimento desta remuneração será necessário o lançamento, em campo especifico da AIH, do número da Ficha de Cadastramento da Gestante do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal, nos termos da Seção I do Capítulo VI do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5 e no campo serviços profissionais da AIH, o lançamento do código de procedimento 95.002.01.4 Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 2º, I, b)

c) a cobrança do código 95.002.01.4 em AIH de parturiente não integrante do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal acarretará auditoria imediata, ficando a Unidade sujeita às penalidades cabíveis; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 2º, I, c)

II - serviços profissionais: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 2º, II)

a) SP Padrão: R$ 110,00 - o obstetra, auxiliar(es) ou outro profissional necessário ao atendimento da parturiente receberão este valor quando da realização do parto, mediante rateio de pontos; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 2º, II, a)

b) atendimento ao Recém Nato da Sala de Parto: o pagamento do pediatra/neonatologista não entrará no rateio de pontos e será efetuado, quando efetivamente realizado, em conformidade com a Portaria SAS/MS N° 96, 14 de junho de 1994, mediante o lançamento no campo serviços profissionais da AIH, da seguinte forma:(Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 2º, II, b)

1. Ato: 95.001.01.8 Atendimento ao RN em Sala de Parto; Tipo: 6 (pessoa física) ou 16 (pessoa jurídica); Tipo de Ato: 20 Quantidade de Ato: 01 para parto único ou 02 para parto gemelar; CNPJ/CPF:; Valor: R$ 20,00; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 2º, II, b, 1)

c) anestesia obstétrica realizada por anestesista: o pagamento deste procedimento será efetuado quando da sua realização por anestesista ou, excepcionalmente, por outro profissional médico, conforme estabelecido pela Portaria SAS/MS N° 98, de 26 março de 1999, sem rateio de pontos e mediante o lançamento no campo serviços profissionais da AIH, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 2º, II, c)

1. Ato: 95.003.01.0 Anestesia Obstétrica realizada por anestesista I; Tipo: 21 (pessoa física) ou 22 (pessoa jurídica); Tipo de Ato: 35; Quantidade de Ato: 01; CNPJ/CPF:; Valor: R$ 30,00; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 2º, II, c, 1)

d) pediatra 1ª Consulta: o pagamento da 1ª consulta do pediatra não entrará no rateio de pontos e será efetuado, quando efetivamente realizada, mediante o lançamento no campo serviços profissionais da AIH, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 2º, II, d)

1. Ato: 95.004.01.7 Pediatra 1° Consulta; Tipo: 23 (pessoa física) ou 24 (pessoa jurídica); Tipo de Ato: 36; Quantidade de Ato: 01 para parto único ou 02 para parto gemelar; CNPJ/CPF:; Valor: R$ 5,00. (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 2º, II, d, 1)

§ 3º Para os procedimentos 35.009.01.2 Cesariana; e 35.082.01.0 Cesariana com Laqueadura Tubária em Paciente com Cesarianas Sucessivas Anteriores, os valores previstos para pagamento pelo SUS, são: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 3º)

I - SH: 270,00; SP: 165,00; SADT: 5,00; TOTAL: 440,00; ATO-MED: 327; ANEST: 00; PERM: 03. (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 3º, I)

§ 4º Os valores constantes do § 3° deste Artigo serão subdivididos e remunerados da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 4º)

I - serviços hospitalares: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 4º, I)

a) SH Padrão (diária, taxas, materiais e medicamentos): R$ 230,00 o hospital receberá este valor quando da realização do parto; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 4º, I, a)

b) SH Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal: R$ 40,00 para o recebimento desta remuneração será necessário o lançamento, em campo específico da AIH, do número da Ficha de Cadastramento da Gestante, nos Termos da Seção I do Capítulo VI do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5 e no campo serviços profissionais da AIH o lançamento do código de procedimento 95.002.01.4 Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 4º, I, b)

c) a cobrança do código 95.002.01.4 em A1H de parturiente não integrante do Componente I acarretará auditoria imediata, ficando a Unidade sujeita às penalidades cabíveis; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 4º, I, c)

II - serviços profissionais: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 4º, II)

a) SP Padrão: R$ 102,00 - o obstetra, auxiliar(es) ou outro profissional necessário ao atendimento da parturiente, receberá este valor, quando da realização do parto, mediante rateio de pontos; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 4º, II, a)

b) anestesia obstétrica realizada por anestesista: o pagamento deste procedimento será efetuado quando da sua realização por anestesista ou, excepcionalmente, por outro profissional médico, conforme estabelecido pela Portaria SAS/MS N° 98, de 26 março de 1999, sem rateio de pontos e mediante o lançamento no campo serviços profissionais da AIH, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 4º, II, b)

1. Ato: 95.005.01.3 - anestesia obstétrica realizada por anestesista II; Tipo: 21 (pessoa física) ou 22 (pessoa jurídica); Tipo de Ato: 35; Quantidade de Ato: 01; CNPJ/CPF:; Valor: R$ 38,00; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 4º, II, b, 1)

c) o pagamento do atendimento ao Atendimento ao Recém Nato da Sala de Parto e Pediatra 1ª consulta será efetuado sem rateio de pontos mediante lançamento no campo serviços profissionais da AIH, conforme descrito no art. 272, § 2º , II, alíneas b e d . (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 4º, II, c)

§ 5º Para o procedimento 35.080.01.9 Parto Normal Sem Distócia Realizado por Enfermeiro Obstetra, os valores previstos para pagamento pelo SUS, são: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 5º)

I - SH: 240,00; SP: 55,00; SADT: 5,00; TOTAL: 300,00; ATO-MED: 00; ANEST: 00; PERM: 02. (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 5º, I)

§ 6º De acordo com as normas do SIH-SUS, não é prevista a desvinculação de honorários para enfermeiros, sendo o pagamento dos serviços profissionais desta categoria incluído no valor dos Serviços Hospitalares, portanto, o pagamento será subdividido da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 6º)

I - serviços hospitalares: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 6º, I)

a) SH (diária, taxas, materiais e medicamentos) e Enfermeiro Obstetra: R$ 200,00 o hospital receberá este valor, quando da realização do parto; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 6º, I, a)

b) SH Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal: R$ 40,00 para o recebimento desta remuneração será necessário o lançamento, em campo específico da AIH, do número da Ficha de Cadastramento Gestante do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal, nos termos da Seção I do Capítulo VI do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5 e, no campo serviços profissionais da AIH, o lançamento do código de procedimento 95.002.01.4 Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 6º, I, b)

c) a cobrança do código 95.002.01.4 em AIH de parturiente não integrante do Componente I acarretará auditoria imediata, ficando a unidade sujeita às penalidades cabíveis; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 6º, I, c)

II - serviços profissionais: o pagamento de serviços profissionais neste procedimento não será realizado por rateio de pontos e será pago ao pediatra/neonatologista, anestesista e pediatra 1ª consulta, conforme estabelecido no art. 272, § 2º , II, alíneas b, c e d . (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 6º, II)

§ 7º Para o procedimento 35.025.01.8 Parto Normal em Hospital Amigo da Criança, os valores previstos para pagamento pelo SUS, são: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 7º)

I - SH: 150,00; SP:165,00; SADT: 5,00; TOTAL: 320,00; ATO-MED: 571; ANEST: 00; PERM: 02. (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 7º, I)

§ 8º Os valores constantes do § 7° deste Artigo serão subdivididos e remunerados da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 8º)

I - serviços hospitalares: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 8º, I)

a) SH Padrão (diária, taxas, materiais e medicamentos): R$ 110,00 o hospital receberá este valor quando da realização do parto; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 8º, I, a)

b) SH Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal: R$ 40,00 para o recebimento desta remuneração será necessário o lançamento, em campo específico ria AIH, do número da Ficha de Cadastramento da Gestante do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal; nos termos da Seção I do Capítulo VI do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5 e, no Campo serviços profissionais da AIH, o lançamento do código de procedimento 95.002.01.4 Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 8º, I, b)

c) a cobrança do código 95.002.01.4 em AIH de parturiente não integrante do Componente I acarretará auditoria imediata, ficando a Unidade sujeita às penalidades cabíveis; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 8º, I, c)

II - serviços profissionais: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 8º, II)

a) SP Padrão: R$ 110,00 - o obstetra, auxiliar(es) ou outro profissional necessário ao atendimento da parturiente receberão este valor, quando da realização do parto, mediante rateio de pontos; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 8º, II, a)

b) o pagamento do atendimento ao Atendimento ao Recém Nato da Sala de Parto, Analgesia Obstétrica por anestesista e Pediatra 1° Consulta será efetuado sem rateio de pontos mediante lançamento no campo serviços profissionais da AIH, conforme descrito no art. 272, § 2º , II, alíneas b, c e d . (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 8º, II, b)

§ 9º Para os procedimentos 35.026.01.4 Cesariana Exclusivamente para Hospital Amigo da Criança e 35.084.01.4 Cesariana com Laqueadura Tubária em Paciente com Cesarianas Sucessivas Anteriores em Hospitais Amigos da Criança, os valores previstos para, pagamento pelo SUS, são: SH: 290,00; SP: 165,00; SADT: 5,00; TOTAL: 460,00; ATO-MED: 327,00; ANEST: 00; PERM: 03. (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 9º)

§ 10. Os valores constantes do art. 272, § 9º serão subdivididos e remunerados da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 10)

I - serviços hospitalares: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 10, I)

a) SH Padrão (diária, taxas, materiais e medicamentos): R$ 250,00 o hospital receberá este valor quando da realização do parto; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 10, I, a)

b) SH Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal: R$ 40,00 para o recebimento desta remuneração será necessário o lançamento, em campo específico da AIH, do número da Ficha de Cadastramento da Gestante do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal, nos termos da Seção I do Capítulo VI do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5 no campo serviços profissionais da AIH, o lançamento do código de procedimento 95.002.01.4 Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 10, I, b)

c) a cobrança do código 95.002.01.4 em AIH de parturiente não integrante do Componente I acarretará auditoria imediata, ficando a Unidade sujeita às penalidades cabíveis; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 10, I, c)

II - serviços profissionais: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 10, II)

a) SP Padrão: R$ 102,00 - o obstetra, auxiliar(es) ou outro profissional necessário ao atendimento da parturiente receberão este valor, quando da realização do parto, mediante rateio de pontos; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 10, II, a)

b) o pagamento do atendimento ao Atendimento ao Recém Nato da Sala de Parto e Pediatra 1ª consulta será efetuado sem rateio de pontos mediante lançamento no campo serviços profissionais da AIH, conforme descrito no art. 272, § 2º , II, alíneas b e d , deste artigo; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 10, II, b)

c) o pagamento da anestesia será efetuado sem rateio de pontos mediante lançamento do código 95.005.01.3 - Anestesia Obstétrica realizada por anestesista II. (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 10, II, c)

§ 11. Para o procedimento 35.027.01.0 Parto Normal em Gestante de Alto Risco, os valores previstos para pagamento pelo SUS, são: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 11)

I - SH: 205,00; SP: 233,00; SADT: 5,00; TOTAL: 443,00; ATO-MED: 870; ANEST: 00; PERM: 02. (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 11, I)

§ 12. Os valores constantes do art. 272, § 11 serão subdivididos e remunerados da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 12)

I - serviços hospitalares: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 12, I)

a) SH Padrão (diária, taxas, materiais e medicamentos) R$ 165,00 o hospital receberá este valor quando da realização do parto; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 12, I, a)

b) SH Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal: R$ 40,00 para o recebimento desta remuneração será necessário o lançamento, em campo específico da AIH, do número da Ficha de Cadastramento da Gestante do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal, nos termos da Seção I do Capítulo VI do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5 e, no campo serviços profissionais da A11-1, o lançamento do código de procedimento 95.002.01.4 Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 12, I, b)

c) a cobrança do código 95.002.01.4 em AIH de parturiente não integrante do Componente I acarretará auditoria imediata, ficando a Unidade sujeita às penalidades cabíveis; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 12, I, c)

II - serviços profissionais: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 12, II)

a) SP Padrão: R$ 148,00 - o obstetra, auxiliar(es) ou outro profissional necessário ao atendimento da parturiente receberão este valor, quando da realização do parto, mediante rateio de pontos; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 12, II, a)

b) anestesia obstétrica realizada por anestesista: o pagamento deste procedimento será efetuado quando da sua realização por anestesista ou, excepcionalmente, por outro profissional Médico, conforme estabelecido pela Portaria SAS/MS N° 98, de 26 março de 1999, sem rateio de pontos e mediante o lançamento no campo serviços profissionais da AIH, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 12, II, b)

1. Ato: 95.006.01.0 Anestesia Obstétrica realizada por anestesista III; Tipo: 21 (pessoa física) ou 22 (pessoa jurídica); Tipo de Ato: 35; Quantidade de Ato: 01; CNPJ/CPF:; Valor: R$ 60,00; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 12, II, b, 1)

c) o pagamento do atendimento ao atendimento ao recém

nato da sala de parto e pediatra 1ª consulta será efetuado sem rateio de pontos mediante lançamento no campo serviços profissionais da AIH, conforme descrito no art. 272, § 2º , II, alíneas b e d . (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 12, II, c)

§ 13. Para os procedimentos 35.028.01.7 Cesariana em Gestante de Alto Risco e 35.085.01.0 - Cesariana com Laqueadura Tubária em Paciente com Cesarianas Sucessivas Anteriores em Gestante de Alto Risco, os valores previstos para pagamento pelo SUS, são: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 13)

I - SH: 401,00; SP: 234,00; SADT: 5,00; TOTAL: 640,00; ATO-MED: 571; ANEST: 00; PERM: 03. (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 13, I)

§ 14. Os valores constantes do art. 272, § 13 serão subdivididos e remunerados da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 14)

I - serviços hospitalares: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 14, I)

a) SH Padrão (diária, taxas, materiais e medicamentos): R$ 361,00 o hospital receberá este valor quando da realização do parto; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 14, I, a)

b) SH Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal: R$ 40,00 para o recebimento desta remuneração será necessário o lançamento, em campo específico da AIH, do número da Ficha de Cadastramento da Gestante do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal, nos termos da Seção I do Capítulo VI do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5 e, no campo serviços profissionais da AIH, o lançamento do código de procedimento 95.002.01.4 Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 14, I, b)

c) a cobrança do código 95.002.01.4 em AIH de parturiente não integrante do Componente I acarretará auditoria imediata, ficando a Unidade sujeita às penalidades cabíveis. (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 14, I, c)

II - serviços profissionais: (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 14, II)

a) SP Padrão: R$ 149,00 - o obstetra, auxiliar(es) ou outro profissional necessário ao atendimento da parturiente receberão este valor quando da realização do parto, mediante rateio de pontos; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 14, II, a)

b) o pagamento do atendimento ao atendimento ao recém nato da sala de parto e pediatra 1ª consulta será efetuado sem rateio de pontos mediante lançamento no campo serviços profissionais da AIH, conforme descrito no art. 272, § 2º , II, alíneas b e d ; (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 14, II, b)

c) o pagamento da anestesia será efetuado sem rateio de pontos mediante lançamento do código 95.006.01.0 Anestesia Obstétrica realizada por anestesista (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 3º, § 14, II, c)

Art. 273. A diferença do impacto financeiro, decorrente da alteração de valores dos procedimentos para implantação do Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, será financiada com recursos do FAEC. (Origem: PRT MS/GM 572/2000, Art. 9º)

Seção II

Da Regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas

Art. 274. O planejamento, a coordenação e a execução das ações de atenção à saúde às comunidades indígenas dar-se-á por intermédio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS), com a efetiva participação do controle social indígena em estreita articulação com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, e complementarmente pelas Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS), em conformidade com as políticas e diretrizes definidas para atenção à saúde dos povos indígenas. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 1º)

Art. 275. Fica regulamentado o Fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena, criado pela Portaria nº 1.163/GM/MS, de 14 de setembro de 1999, que doravante passa a ser denominado Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI). (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2012/2012)

§ 1º Os recursos de que tratam o 'caput' deste artigo serão transferidos ao respectivo gestor na modalidade fundo a fundo mediante pactuação. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 2º, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2012/2012)

§ 2º Os recursos do IAE-PI comporão os Blocos de Financiamento da Atenção Básica e da Média e Alta Complexidade, respectivamente, instituídos pela Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 2º, § 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2012/2012)

Art. 276. A aplicação dos recursos do IAE-PI deve estar em conformidade com o Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) e com os planos de saúde dos estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2012/2012)

Parágrafo Único. Os planos municipais e estaduais de saúde devem inserir as ações voltadas à saúde indígena, de forma compatível ao Plano Distrital de Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 277. A composição das Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI) dar-se-á a partir dos seguintes núcleos: (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 5º)

I - Núcleo Básico de Atenção à Saúde Indígena - responsável pela execução das ações básicas de atenção à saúde indígena, composto por profissionais de saúde como: enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, médico, odontólogo, auxiliar de consultório dental, técnico de higiene dental, agente indígena de saúde, agente indígena de saneamento, técnico em saneamento, agentes de endemias e microscopistas na Região da Amazônia Legal. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 5º, I)

II - Núcleo Distrital de Atenção à Saúde Indígena - responsável pela execução das ações de atenção integral à saúde da população indígena, sendo composto por profissionais que atuam na saúde indígena, não contemplados na composição referida no inciso I deste artigo, tais como nutricionistas, farmacêuticos/bioquímicos, antropólogos, assistentes sociais e outros, tendo em vista as necessidades específicas da população indígena. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 5º, II)

Parágrafo Único. A definição de quais profissionais deverão compor as Equipes Multidisciplinares de Atenção à Saúde Indígena (EMSI) priorizará a situação epidemiológica, necessidades de saúde, características geográficas, acesso e nível de organização dos serviços respeitando as especificidades étnicas e culturais de cada povo indígena, devendo atuar de forma articulada e integrada, aos demais serviços do SUS, com clientela adscrita e território estabelecidos. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 278. O Incentivo para Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI) destinar-se-á à implementação qualitativa e equânime da assistência ambulatorial, hospitalar, apoio diagnóstico e terapêutico à população indígena. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 6º)

§ 1º Os valores estabelecidos serão repassados aos municípios e aos estados de forma, regular e automática, do FNS aos fundos municipais e estaduais de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 6º, § 1º)

§ 2º O incentivo de que trata o caput deste artigo incidirá sobre os procedimentos pagos do SIH/SUS, proporcionais à oferta de serviços prestados pelos estabelecimentos às populações indígenas, no limite de até 30% da produção total das AIH aprovadas. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 6º, § 2º)

§ 3º O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde e da Fundação Nacional de Saúde, identificará os estabelecimentos assistenciais na rede do SUS que melhor se enquadram ao perfil de referência à atenção especializada para as comunidades indígenas. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 6º, § 3º)

§ 4º Para a identificação e recomendação dos estabelecimentos de que tratam o § 3º, as unidades certificadas, conforme o Anexo 5 do Anexo XIV da Portaria de Consolidação nº 2, que institui o Certificado do Hospital Amigo do Índio, serão priorizadas. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 6º, § 4º)

§ 5º Fica o Ministério da Saúde, por meio da Fundação Nacional de Saúde e da Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com o respectivo gestor, responsáveis por pactuar a referência e a contrarreferência para à atenção especializada, ambulatorial e hospitalar na rede de serviços contemplando as metas previstas na Programação Pactuada e Integrada (PPI). (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 6º, § 5º)

Art. 279. Os incentivos objetos de regulamentação nesta Seção serão repassados a municípios e a estados mediante: (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 7º)

I - Termo de pactuação no qual constarão as responsabilidades e atribuições da atenção à saúde dos povos indígenas pactuado pela SESAI, SAS, municípios ou estados, conselhos distritais de saúde indígena. Deverá ser apresentado e aprovado nos respectivos conselhos de saúde municipais ou estaduais e, posteriormente, ratificados na CIB com a participação de representantes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI). (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 7º, I)

II - cadastramento e atualização periódica no CNES: (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 7º, II)

a) dos estabelecimentos de saúde habilitados ao recebimento do IAE-PI; e (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 7º, II, a)

b) das unidades básicas de saúde com suas respectivas EMSI, conforme Portaria nº 511/SAS, de 29 de dezembro de 2000, e legislação regulamentar a ser publicada. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 7º, II, b)

§ 1º Os atos de pactuação se darão no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS). (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 7º, § 1º)

§ 2º O Termo de Pactuação deverá ser parte integrante do Termo de Compromisso de Gestão que formaliza o Pacto pela Saúde nas suas Dimensões pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, contendo os objetivos e as metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias dos gestores nos diferentes níveis e os indicadores de monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 7º, § 2º)

Art. 280. O Termo de Pactuação da Atenção Especializada aos Povos Indígenas deverá contemplar: a relação da oferta dos serviços; a população indígena potencialmente beneficiária; metas qualiquantitativas e os seus respectivos valores; definição do fluxo de referência e contra-referência e estratégias de acolhimento.(Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 9º)

§ 1º Os estabelecimentos de saúde contratados ou conveniados com o SUS deverão assinar com o gestor estadual ou municipal o Termo de Compromisso do Prestador de Serviços, devendo este ser parte integrante do Termo de Pactuação da Atenção Especializada. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Em se tratando de município ou estado habilitado a receber os dois incentivos, os termos de pactuação serão unificados. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 9º, § 2º)

Art. 281. São atribuições da SESAI: (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 10)

I - garantir o acesso e integralidade do cuidado à saúde das comunidades indígenas; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 10, I)

II - estabelecer diretrizes para a organização e operacionalização da atenção em saúde com base no quadro epidemiológico e nas necessidades de saúde das comunidades indígenas; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 10, II)

III - implementar os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), visando ao fortalecimento da interação entre polo-base e a rede local de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 10, III)

IV - realizar o gerenciamento das ações de saúde no âmbito dos DSEI; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 10, IV)

V - garantir em conjunto com a SAS recursos financeiros para o desenvolvimento das ações de atenção à saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 10, V)

VI - garantir recursos humanos em quantidade e qualidade necessárias para o desenvolvimento das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, utilizando como estratégia complementar, a articulação com municípios, estados e organizações não governamentais; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 10, VI)

VII - realizar acompanhamento, supervisão, avaliação e controle das ações desenvolvidas no âmbito dos DSEI, em conjunto com os demais gestores do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 10, VII)

VIII - articular junto aos municípios, estados e conselhos locais e distritais de saúde indígena os atos de pactuações das responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, em conjunto com a Secretaria de Atenção a Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 10, VIII)

IX - acompanhar e avaliar em conjunto com a Secretaria de Atenção à Saúde, o instrumento de que trata o art. 280; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 10, IX)

X - encaminhar o Termo de Pactuação da Atenção Especializada aos Povos Indígenas firmado aos Conselhos de Saúde Indígena, para acompanhamento; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 10, X) (com redação dada pela PRT MS/GM 2012/2012)

XI - promover as condições necessárias para os processos de capacitação, formação e educação permanente dos profissionais que atuam na Saúde Indígena em articulação com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SEGETS); (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 10, XI)

XII - pactuar junto aos estados e municípios no âmbito do Plano Distrital que compõe o Termo de Pactuação da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 10, XII)

a) os insumos necessários à execução das ações de saúde de atenção à saúde dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 10, XII, a)

b) os meios de transporte para o deslocamento da Equipe Multidisciplinar às comunidades e para a remoção de pacientes que necessitem de procedimentos médicos (e/ou exames) de maior complexidade, bem como para internação hospitalar na área de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena de acordo com as referências estabelecidas; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 10, XII, b)

c) infraestrutura e equipamentos necessários para execução das ações de saúde nas comunidades; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 10, XII, c)

XIII - articular junto a CIB o fluxo de referência de pacientes de comunidades indígenas aos serviços de média e alta complexidade do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 10, XIII)

XIV - articular, junto às Secretarias Estaduais de Saúde e à CIB, a criação de câmaras ou comissões técnicas de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 10, XIV)

XV - realizar os investimentos necessários para dotar as aldeias de soluções adequadas de saneamento ambiental; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 10, XV)

XVI - realizar e manter o cadastro nacional da população indígena atualizado por meio da implementação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 10, XVI)

XVII - disponibilizar informações necessárias para o cadastramento e atualização do SCNES de Saúde em conjunto com os gestores responsáveis; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 10, XVII)

XVIII - Abastecer, quando for o caso, e garantir que os órgãos governamentais e não governamentais que atuam na atenção à Saúde dos Povos Indígenas alimentem os sistemas nacionais de informação do SUS, conforme normas em vigor; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 10, XVIII)

XIX - analisar o desempenho dos municípios e dos estados no cumprimento das pactuações previstas nesta Seção; e (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 10, XIX)

XX - apoiar e cooperar tecnicamente com estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 10, XX)

Art. 282. São atribuições dos estados: (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 11)

I - prestar apoio técnico aos municípios e aos DSEI; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 11, I)

II - atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena, conforme definido no Plano Distrital de Saúde Indígena, nos objetos dos Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas e descritas no respectivo Plano Estadual de Saúde, definindo outras atribuições caso necessário; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 11, II)

III - alimentar os sistemas nacionais de informação do SUS, conforme normas em vigor, com os dados relativos à Atenção à Saúde Indígena, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e dos estabelecimentos de saúde contemplados nos Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 11, III)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300584

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

IV - consolidar, analisar e transferir os arquivos dos sistemas de informação relativos à Atenção à Saúde Indígena enviados pelos municípios de acordo com fluxo e prazos estabelecidos para cada sistema; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 11, IV)

V - organizar, em conjunto com os DSEI e secretarias municipais, fluxos de referência de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Programação Pactuada e Integrada, respeitando os limites financeiros estabelecidos; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 11, V)

VI - garantir e regular o acesso dos povos indígenas aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar conforme Programação Pactuada e Integrada; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 11, VI)

VII - participar do Conselho Distrital de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 11, VII)

VIII - participar do acompanhamento e avaliação das ações de saúde dos povos indígenas, em conjunto com os DSEI e as secretarias municipais de saúde no território estadual; e (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 11, VIII)

IX - encaminhar os Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas para homologação na CIB. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 11, IX)

Art. 283. São atribuições dos municípios e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 12)

I - atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena, conforme definido no Plano Distrital de Saúde Indígena, nos objetos dos Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas e descritas no respectivo Plano Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 12, I)

II - alimentar os sistemas nacionais de informação do SUS, conforme normas em vigor, com os dados relativos à Atenção à Saúde Indígena, mantendo atualizado o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 12, II)

III - assegurar a participação de representantes indígenas e dos profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena no Conselho Municipal de Saúde, em especial nos municípios que firmarem os Termos de Pactuação para a Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 12, III)

IV - participar do Conselho Distrital de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 12, IV)

V - avaliar e acompanhar em conjunto com os DSEI e estados as ações e serviços de saúde realizados previstos nesta Seção; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 12, V)

VI - participar da elaboração do Plano Distrital de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 12, VI)

VII - garantir a inserção das metas e ações de atenção básica, voltadas às comunidades indígenas no Plano Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 12, VII)

VIII - enviar à para CIB os Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas para avaliação e homologação; e (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 12, VIII)

IX - definir, em conjunto com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS), o perfil dos profissionais que comporão as equipes multidisciplinares de saúde indígena, de acordo com os Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 12, IX)

Art. 284. São atribuições da participação complementar para garantir a cobertura assistencial aos povos indígenas: (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 13)

I - atuar de forma complementar, enquanto as disponibilidades dos serviços públicos de saúde forem insuficientes, na execução das ações de atenção à saúde indígena, conforme definido no Plano Distrital de Saúde Indígena e nos respectivos Planos de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 13, I)

II - alimentar os sistemas nacionais de informação do SUS, conforme normas em vigor, com os dados relativos à Atenção à Saúde Indígena, repassando ao respectivo gestor as informações; e (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 13, II)

III - participar das reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 13, III)

Art. 285. São atribuições da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 14)

I - organizar, em conjunto com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS), estados e municípios, a Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, no âmbito nacional; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 14, I)

II - adequar os sistemas de informações do SUS para a inclusão do registro da atenção à saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 14, II)

III - viabilizar que estados e municípios de regiões onde vivem os povos indígenas atuem complementarmente no custeio e na execução das ações de atenção ao índio, individual ou coletivamente, promovendo as adaptações necessárias na estrutura e organização do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 14, III)

IV - garantir que as populações indígenas tenham acesso às ações e serviços do SUS, em qualquer nível que se faça necessário, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 14, IV)

Parágrafo Único. A recusa de quaisquer instituições, públicas ou privadas, ligadas ao SUS, em prestar assistência aos índios e às comunidades indígenas configura ato ilícito e é passível de punição pelos órgãos competentes. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 286. São atribuições dos Conselhos Distritais e dos Conselhos Locais de Saúde Indígena: (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 15)

I - participar do processo de formulação das necessidades e metas a serem objetos dos Termos de Pactuação expressas nos Planos Distritais de Saúde Indígena, em conjunto com o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI); e (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 15, I)

II - acompanhar as referidas pactuações no âmbito de abrangência de seu Conselho. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 15, II)

Art. 287. O monitoramento do IAE-PI se dará por meio da verificação da utilização dos sistemas nacionais de informação a serem preenchidos e remetidos ao Ministério da Saúde pelos municípios e estados contemplados conforme normas em vigor, a saber: (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 16) (com redação dada pela PRT MS/GM 2012/2012)

I - informações no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde e Profissionais Habilitados; (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 16, a)

II - Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 16, b)

III - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 16, c)

IV - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 16, d)

V - Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN); (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 16, e)

VI - Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIS-PNI); (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 16, f)

VII - Informação de Produção dos Estabelecimentos de Saúde previstos nos termos de pactuação; e (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 16, g)

VIII - Sistema de Informações Hospitalares (SIH), quando for o caso. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 16, h)

§ 1º Os municípios, os estados e o Distrito Federal que não alimentarem regularmente os Sistemas de Informação em Saúde com o atendimento hospitalar e ambulatorial aos Povos Indígenas por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados terão o repasse dos incentivos suspenso. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 16, § 1º)

§ 2º O repasse do incentivo IAE-PI será suspenso, caso sejam detectadas, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 16, § 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2012/2012)

Art. 288. Compete à Secretaria de Atenção a Saúde (SAS/MS) e à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS), por meio do Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DESAI), o monitoramento da implantação e implementação da regulamentação de que trata esta Seção, com a participação das instâncias de controle social. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 17)

Art. 289. O acompanhamento e a avaliação da aplicação dos recursos do IAE-PI se dará por meio dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena e dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 18) (com redação dada pela PRT MS/GM 2012/2012)

Parágrafo Único. Os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde deverão fornecer aos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena, quando solicitado, cópia da documentação relativa à prestação de contas anual referentes aos recursos do IAE-PI. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 18, Parágrafo Único) (com redação dada pela PRT MS/GM 2012/2012)

Art. 290. As pactuações em vigor, que não estiverem de acordo com a presente regulamentação, deverão ser repactuadas, observados os preceitos ora dispostos. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 19)

Art. 291. Os estados e os municípios farão jus aos recursos previstos neste Anexo, devendo estes se organizarem para a efetivação das devidas adequações, de acordo com os preceitos definidos a partir da data de publicação da Portaria nº 2656/GM/MS, de 17 de outubro de 2007. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 20) (com redação dada pela PRT MS/GM 2760/2008)

Art. 292. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) poderão estabelecer, em portarias específicas ou em conjunto, outras medidas necessárias à implementação desta Seção. (Origem: PRT MS/GM 2656/2007, Art. 21)

Art. 293. Os municípios que tiverem recursos financeiros remanescentes oriundos do Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI) deverão providenciar junto à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) a elaboração de um Plano de Aplicação desses valores em ações e serviços na área de saúde indígena.(Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 2º)

§ 1º O Plano de Aplicação será elaborado conjuntamente pela Secretaria Municipal de Saúde, pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS) que abrange a sua circunscrição territorial e pelo respectivo Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI). (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Depois de elaborado, o Plano de Aplicação será submetido à aprovação do Secretário Especial de Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Em caso de discordância, o Secretário Especial de Saúde Indígena restituirá o Plano de Aplicação com sugestões para o seu aperfeiçoamento. (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 2º, § 3º)

§ 4º Na hipótese do art. 293, § 3º , deverá ser observado posteriormente o fluxo previsto nos §§ 1º e 2º. (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 2º, § 4º)

§ 5º O Plano de Aplicação observará o modelo a ser encaminhado pela SESAI/MS aos DSEI/SESAI/MS. (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 2º, § 5º)

Art. 294. O Plano de Aplicação disporá sobre a execução dos recursos financeiros remanescentes nas seguintes hipóteses: (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 3º)

I - despesas de custeio em ações e serviços de saúde indígena; e (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 3º, I)

II - quitação de despesas de custeio geradas com fundamento na execução de ações e serviços de saúde indígena durante a vigência da Seção II do Capítulo II do Título III. (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 3º, II)

§ 1º O Plano de Aplicação conterá a relação analítica de todas as despesas e valores a serem executados e a respectiva justificativa para sua realização. (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Para execução dos recursos financeiros, deverá ser observada a disciplina prevista na legislação de regência, especialmente a Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 3º, § 2º)

Art. 295. As ações complementares de atenção à saúde indígena a serem realizadas pelos estados, Distrito Federal e municípios serão definidas e incorporadas no Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 4º)

Parágrafo Único. Ato específico do Ministro de Estado da Saúde disporá sobre as ações complementares de atenção à saúde indígena e o seu respectivo financiamento. (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 4º, Parágrafo Único)

Seção III

Do Incentivo Financeiro de Custeio Destinado ao Cuidado Ambulatorial Pré-dialítico

Art. 296. Os estabelecimentos de saúde aderidos como Unidade Especializada em doença renal crônica (DRC) e habilitados como Unidade Especializada em DRC com Terapia Renal Substitutiva (TRS)/Diálise farão jus a incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 32)

§ 1º O incentivo financeiro de que trata o "caput" será utilizado exclusivamente para a realização dos procedimentos referentes aos estágios clínicos 4 e 5 pré-diálise e matriciamento para estágio 3b. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 32, § 1º)

§ 2º O incentivo financeiro de que trata o "caput" será no valor mensal de R$ 61,00 (sessenta e um reais) por pessoa com DRC estágio 4 ou 5 pré-diálise, conforme a meta física informada pelo respectivo gestor público de saúde. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 32, § 2º)

§ 3º Além do disposto no § 2º, as Unidades Especializadas em DRC com TRS/Diálise farão jus a incremento financeiro no componente Serviço Ambulatorial (SA) dos procedimentos descritos no Anexo XVIII e nas porcentagens estabelecidas no Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 32, § 3º)

§ 4º Os recursos do incentivo financeiro de que trata o "caput" serão oriundos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 32, § 4º)

§ 5º As Secretarias de Saúde poderão solicitar a qualquer tempo a reclassificação da tipologia da Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise, conforme descrito no Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 32, § 5º)

Art. 297. Os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais, do Grupo - 03- Procedimentos Clínicos, Sub-grupo 05-Nefrologia, tem o instrumento de registro por Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) e são financiados pelo FAEC. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 33)

Art. 298. Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobra de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos desta Portaria. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 40)

Art. 299. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos de saúde estaduais, distrital e municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 41)

Art. 300. Nos casos em que for verificado que os recursos financeiros transferidos pelo FNS foram executados, total ou parcialmente em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 42)

Art. 301. Fica incluído na Tabela de Incentivos a Redes do SCNES o incentivo financeiro de custeio destinado às ações de cuidado ambulatorial pré-dialítico, código 82.44 - Unidade Especializada em DRC e Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 47)

§ 1º O valor do incentivo de que trata o caput varia conforme a quantidade de pacientes em DRC estágio 4 ou 5, conforme Anexo XVII , sendo repassado fundo a fundo no teto financeiro do gestor. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 47, § 1º)

§ 2º As produções deverão ser registradas, conforme art. 63, II, alínea h do Anexo IV da Portaria de Consolidação nº 3, porém não gerarão crédito. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 47, § 2º)

Art. 302. Os recursos orçamentários, objeto da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC), correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade - Plano Orçamentário 0007. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 50)

Seção IV

Do Prazo para o Pagamento dos Incentivos Financeiros aos Estabelecimentos de Saúde que Prestam Serviços de Forma Complementar ao SUS

Art. 303. Fica estabelecido o prazo de até o 5º dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do fundo estadual/distrital/municipal de saúde, para que os gestores efetuem o

pagamento dos incentivos financeiros aos estabelecimentos de saúde que prestam assistência de forma complementar ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 2617/2013, Art. 1º)

Art. 304. Fica determinado que, em caso de interrupção ou descumprimento, por parte do Gestor local do SUS, do prazo estabelecido, o Ministério da Saúde suspenderá a transferência do valor correspondente aos incentivos no Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, fazendo também o desconto dos valores eventualmente não repassados em competências anteriores. (Origem: PRT MS/GM 2617/2013, Art. 2º)

Seção V

Do Incentivo Financeiro de Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

Art. 305. O incentivo financeiro de custeio para a manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) será distribuído da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 34)

I - R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) por mês para cada EMAD tipo 1; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 34, I)

II - R$ 34.000,00 (trinta e quatro mil reais) por mês para cada EMAD tipo 2; e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 34, II)

III - R$ 6.000,00 (seis mil reais) por mês para cada EMAP. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 34, III)

Parágrafo Único. O incentivo financeiro será repassado mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiado. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 34, Parágrafo Único)

Art. 306. O repasse do incentivo financeiro previsto no art. 305 será condicionado ao cumprimento dos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 35)

I - recebimento, análise técnica e aprovação, pelo Ministério da Saúde, do projeto de criação ou ampliação do SAD; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 35, I)

II - habilitação do município, estado ou Distrito Federal com o quantitativo de equipes que comporão o SAD, por meio de portaria publicada no Diário Oficial da União (DOU); e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 35, II)

III - inclusão, pelo gestor local de saúde, da(s) Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e, se houver, da(s) Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP no SCNES, correspondendo ao início de funcionamento destas, condicionando, assim, o início do repasse financeiro mensal. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 35, III)

Art. 307. O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos financeiros definidos para a Atenção Domiciliar (AD) nas seguintes situações: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 36)

I - inexistência ou desativação do estabelecimentos de saúde em que as EMAD e EMAP estiverem sediadas; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 36, I)

II - ausência, por um período superior a 60 (sessenta) dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as EMAD e EMAP, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 36, II)

III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das EMAD e EMAP; ou (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 36, III)

IV - falha na alimentação do Sistema de Informação para a Atenção Básica (SISAB), ou outro que o substitua, por três competências seguidas. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 36, IV)

Parágrafo Único. As situações descritas neste artigo serão constatadas por meio de monitoramento dos sistemas de informação, por supervisão direta do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal, ou por auditoria do DENASUS/SGEP/MS, sem prejuízo da apuração, de ofício, de eventual comunicação de irregularidade. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 36, Parágrafo Único)

Art. 308. Além do disposto no art. 307, o ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 37)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados no âmbito do Programa, acrescidos da correção monetária prevista em lei; e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 37, I)

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 37, II)

Art. 309. O monitoramento da Atenção Domiciliar (AD) não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 38)

Art. 310. Eventual complementação aos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio das ações do SAD é de responsabilidade conjunta dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva CIB e, se houver, na CIR. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 39)

Art. 311. Os recursos orçamentários, objeto da Atenção Domiciliar (AD), são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 40)

Parágrafo Único. Os recursos serão destinados ao custeio das EMAD e EMAP cadastradas no SCNES no mês anterior ao da respectiva competência financeira, sendo responsabilidade dos gestores dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a manutenção e atualização dessas informações. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 40, Parágrafo Único)

Art. 312. O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, aos fundos municipais e estaduais de saúde, conforme valores descritos no Anexo XXVIII . (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 41)

Seção VI

Do Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos Sem Fins Lucrativos e o SUS

Art. 313. O INTEGRASUS é constituído por três níveis, conforme o descrito a seguir: (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 4º)

I - Nível A - Extensivo a todos os hospitais filantrópicos sem fins lucrativos que atendam aos requisitos constantes do art. 529 da Portaria de Consolidação nº 5; (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 4º, I)

II - Nível B - Hospitais filantrópicos sem fins lucrativos que atendam aos requisitos constantes do art. 529 da Portaria de Consolidação nº 5, e sejam eleitos pelos gestores estaduais nos quantitativos definidos no Anexo LXXVI da Portaria de Consolidação nº 5; (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 4º, II)

III - Nível C - Hospitais filantrópicos sem fins lucrativos que atendam aos requisitos constantes do art. 529 da Portaria de Consolidação nº 5, e classificados como estratégicos pelo Ministério da Saúde, definidos no Anexo LXXV da Portaria de Consolidação nº 5. (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 4º, III)

Parágrafo Único. Os três níveis do Incentivo de que trata este artigo, a ser pago pelo Ministério da Saúde, adicionalmente ao faturamento das entidades, se destinam exclusivamente aos hospitais filantrópicos sem fins lucrativos e têm por objetivo estimular o desenvolvimento de atividades assistenciais e estratégicas, sendo a realização das mesmas em regime de parceria com o Poder Público. (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 314. O valor a ser repassado adicionalmente aos hospitais habilitados ao INTEGRASUS será calculado pelos pagamentos efetuados ao hospital a título de faturamento por serviços prestados ao SUS na assistência hospitalar, excetuando-se as órteses, próteses e materiais especiais, tendo como base de cálculo o ano 2001, nos seguintes percentuais: (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 5º)

I - Nível A - 8%; (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 5º, I)

II - Nível B - 15%; (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 5º, II)

III - Nível C - 25%. (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 5º, III)

Art. 315. O INTEGRASUS será financiado com recursos federais, por meio do FAEC não onerando os limites financeiros de estados, municípios e do Distrito Federal, devendo onerar os Programas de Trabalho: (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 6º)

I - 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade; (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 6º, I)

II - 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 6º, II)

Parágrafo Único. Os pagamentos relativos à produção de serviços ambulatorial e hospitalar, serão efetuados obedecendo aos mesmos fluxos e rotinas do SIA/SUS e SIH/SUS. (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 316. O número de hospitais a integrar o Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos em fins lucrativos e o SUS Níveis B e C será de 200, conforme discriminado no Anexo LXXIV da Portaria de Consolidação nº 5, constituído por Hospitais considerados estratégicos pelo Ministério da Saúde e eleitos pelas Secretarias Estaduais de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 7º)

Art. 317. A Secretaria Estadual de Saúde, com base no quantitativo fixado para seu estado, deverá eleger, para recebimento do INTEGRASUS Nível B, aqueles hospitais que, cumprindo os requisitos mínimos para adesão, definidos no art. 529 da Portaria de Consolidação nº 5, e tendo posição estratégica no Plano de Regionalização do Estado (PDR). (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 8º)

Parágrafo Único. Na eleição dos hospitais a serem beneficiados, a Secretaria de Saúde deverá levar em conta sua importância estratégica para o Sistema Estadual de Saúde, seu grau de envolvimento com o sistema e posição na rede estadual de referência. (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 318. Ficam estabelecidos, na forma do Anexo LXXV da Portaria de Consolidação nº 5, os hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos, classificados pelo Ministério da Saúde como estratégicos, com os respectivos valores, habilitados para o recebimento do INTEGRASUS de Nível C. (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 9º)

Art. 319. Ficam estabelecidos, na forma do Anexo LXXVI da Portaria de Consolidação nº 5, os hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos, classificados como Nível B, com os respectivos valores, já eleitos pelos gestores do SUS ao recebimento do INTEGRASUS I. (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 10)

Parágrafo Único. Para o cálculo do valor a ser repassado adicionalmente aos hospitais do Nível B, já qualificados para receber o INTEGRASUS I, será utilizado o percentual de 25% ou o valor fixado nas Portarias Conjuntas SE/SAS nºs. 93, 95, 97 de 2001 e 09, 12 e 16 de 2002, prevalecendo o maior valor. (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 320. Não são elegíveis para o recebimento do INTEGRASUS Níveis B e C aqueles hospitais que fazem jus à remuneração a título de Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa (FIDEPS). (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 11)

Art. 321. Fica aprovada, na forma disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas, a relação dos hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos habilitados ao INTEGRASUS A, com os respectivos valores a serem pagos a título de incentivo, mediante o cumprimento dos requisitos constantes no Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos e o Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 12)

Art. 322. A partir da habilitação dos hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos ao INTEGRASUS Níveis B e C, essas unidades deixarão, automaticamente, de receber o INTEGRASUS Nível A. (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 13)

Art. 323. A Secretaria de Atenção à Saúde fica autorizada a proceder à inclusão e exclusão, com a respectiva alteração de valores, de Unidades que, considerando as exigências constantes no Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos e o Sistema Único de Saúde, mudarem de nível para recebimento do INTEGRASUS. (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 14)

Seção VII

Do Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), de que Trata a Portaria nº 3.410/GM/MS, de 30 de Dezembro de 2013, que Estabelece as Diretrizes para a Contratualização de Hospitais no âmbito do SUS, em Consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)

Subseção I

Disposições Gerais

(Origem: PRT MS/GM 142/2014, CAPÍTULO I)

Art. 324. Fica instituído, no âmbito do SUS, o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), de que trata o Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 1º)

Art. 325. O IGH tem como objetivos: (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 2º)

I - aprimorar a qualidade da atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 2º, I)

II - apoiar o fortalecimento da gestão dos hospitais; (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 2º, II)

III - induzir a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde na atenção hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 2º, III)

IV - ampliar o financiamento da atenção hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 2º, IV)

§ 1º O IGH substituirá o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC). (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 2º, § 1º)

§ 2º O IGH fará parte do componente pré-fixado da contratualização dos estabelecimentos hospitalares em caso de orçamentação parcial ou do conjunto de recursos pré-fixados que comporão a orçamentação global, nos termos do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 2º, § 2º)

Art. 326. Para fins desta Seção, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 3º)

I - leito operacional: o leito hospitalar em utilização efetiva ou passível de ser utilizado de forma imediata; e (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 3º, I)

II - série histórica: a produção, em determinado período, de ações e serviços de saúde em regime de internação hospitalar e atenção ambulatorial de um hospital, constantes das bases de dados oficiais do SUS. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 3º, II)

Subseção II

Dos Critérios de Elegibilidade

(Origem: PRT MS/GM 142/2014, CAPÍTULO II)

Art. 327. Farão jus ao IGH: (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 4º)

I - hospitais constituídos como pessoa jurídica de direito público, que possuam mais de 50 (cinquenta) leitos operacionais, devidamente cadastrados no SCNES, com ou sem certificação de Hospital de Ensino (HE), independente da sua forma de administração; e (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 4º, I)

II - hospitais constituídos como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, com ou sem certificação de HE, que cumpram os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 4º, II)

a) no mínimo, 30 (trinta) leitos operacionais devidamente cadastrados no SCNES; e (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 4º, II, a)

b) Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS) ou protocolo de requerimento de renovação apresentado nos termos da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, que garanta à entidade, até apreciação final do Ministério da Saúde, os direitos das entidades certificadas. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 4º, II, b)

§ 1º Os estabelecimentos hospitalares constituídos como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos que possuírem de 30 (trinta) a 50 (cinquenta) leitos operacionais deverão possuir taxa de ocupação dos leitos SUS de, no mínimo, 30% (trinta por cento) no período definido como série histórica para cálculo do IGH e, pelo menos, 25 (vinte e cinco) ou mais leitos operacionais disponibilizados ao SUS para fazerem jus ao IGH. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Na hipótese de descumprimento superveniente de quaisquer dos requisitos para concessão do IGH previstos neste artigo, o repasse do IGH será suspenso. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 4º, § 2º)

Art. 328. Não farão jus ao IGH: (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 5º)

I - hospitais cadastrados no SCNES como especializados com o subtipo de estabelecimento psiquiatria; (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 5º, I)

II - hospitais gerais ou especializados, que apresentem percentual de leitos operacionais psiquiátricos acima de 30% (trinta por cento) do total de leitos operacionais cadastrados no SCNES; e (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 5º, II)

III - hospitais que apresentem percentual de leitos psiquiátricos para o SUS acima de 30% (trinta por cento) do total de leitos operacionais disponíveis ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 5º, III)

Art. 329. Dentre os hospitais públicos elegíveis ao recebimento do IGH, os estabelecimentos certificados como HE deverão ser priorizados no processo de aditamento ou celebração do instrumento de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 6º)

Parágrafo Único. Os critérios de priorização dos demais hospitais públicos elegíveis ao recebimento do IGH serão estabelecidos pela respectiva CIB de cada Unidade da Federação. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 6º, Parágrafo Único)

Subseção III

Do Cálculo do IGH

(Origem: PRT MS/GM 142/2014, CAPÍTULO III)

Art. 330. O valor do IGH corresponderá, no mínimo, a 50% (cinquenta por cento) da série histórica de referência da produção total da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do hospital contratualizado, nos termos do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2, e que cumpram os critérios de elegibilidade descritos no art. 327 e não incidam nos critérios de inelegibilidade descritos no art. 328. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 7º)

§ 1º Para os hospitais constituídos como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e habilitados como Hospital 100% (cem por cento) SUS, nos termos da Seção VIII do Capítulo II do Título III, o IGH será de 70% da série histórica da produção prevista no "caput". (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 7º, § 2º)

§ 2º Para os hospitais constituídos como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e habilitados como HE e como Hospital 100% SUS, nos termos dos §§ 1º e 2º do "caput", o IGH será de 80% da série histórica da produção prevista no "caput". (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 7º, § 3º)

§ 3º Serão excluídos do cálculo do IGH os valores referentes a todos os procedimentos de Média Complexidade remunerados por meio do FAEC. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 7º, § 4º)

§ 4º A série histórica de referência de que trata o "caput" compreende o período entre as competências de junho de 2012 e maio de 2013, podendo ser alterada a qualquer tempo a critério do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 7º, § 5º)

§ 5º Para fins de cálculo do IGH, a série histórica de referência prevista no § 5º do "caput" será considerada com base na produção apresentada da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, excluídas as rejeições pelos motivos previstos nos Manuais Operacionais dos Sistemas de Informação do SUS. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 7º, § 6º)

Subseção IV

Da Habilitação

(Origem: PRT MS/GM 142/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 331. Para pleitear a habilitação ao recebimento do IGH, o gestor de saúde contratante deverá encaminhar ofício à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGHOSP/DAHU/SAS/MS), constando a identificação clara do hospital a ser habilitado e os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 8º)

I - extrato do instrumento formal de contratualização firmado entre o gestor e o estabelecimento hospitalar publicado em Diário Oficial (DOU) ou equivalente; (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 8º, I)

II - documento descritivo com a tabela constante no Anexo A do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2; (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 8º, II)

III - portaria de Certificação de Entidade Beneficente sem fins lucrativos ou protocolo de renovação, nos termos do art. 327, II, alínea b; (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 8º, III)

IV - portaria de Certificação de Hospital de Ensino, quando couber; e (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 8º, IV)

V - portaria de Habilitação de Hospital 100% SUS, quando couber. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 8º, V)

Parágrafo Único. Deverá constar no instrumento formal de contratualização de que trata o inciso I do "caput", e que será encaminhado à CGHOSP/DAHU/SAS/MS, documento descritivo que indique o componente pré-fixado do quadro síntese dos recursos financeiros nos casos de orçamentação parcial, preenchido na forma do Anexo A do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 332. Após constatada a regularidade da documentação pela CGHOSP/DAHU/SAS/MS, nos termos do art. 331, o Ministro de Estado da Saúde publicará ato específico de habilitação que conterá o(s) hospital(is) contemplado(s) com o recebimento do recurso, o respectivo ente federativo responsável pela gestão do(s) hospital(is), o código SCNES e o valor a ser repassado a título de IGH. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 9º)

Subseção V

Dos Recursos Financeiros

(Origem: PRT MS/GM 142/2014, CAPÍTULO V)

Art. 333. O IGH será repassado pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme disciplinado nesta Seção, em 12 (doze) parcelas mensais de igual valor, condicionado à disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 10)

§ 1º O IGH será repassado ao gestor de saúde contratante a partir da competência subsequente ao mês de publicação do respectivo ato específico de habilitação de que trata o art. 332. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 10, § 1º)

§ 2º Os Estados, Distrito Federal e Municípios repassarão os valores recebidos a título de IGH aos hospitais contratualizados sob sua gestão nos termos do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2, observadas as normas vigentes relativas aos prazos para realização desses repasses. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 10, § 2º)

Art. 334. Na contratualização, o financiamento do IGH terá como referência máxima o valor da produção apresentada de média complexidade da série histórica de referência conforme art. 330. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 11)

§ 1º O Ministério da Saúde destinará recursos aos tetos financeiros dos Estados, Distrito Federal e Municípios, para o custeio do impacto financeiro em decorrência do previsto no "caput" deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 11, § 1º)

§ 2º Fica a critério da Secretaria de Saúde contratante a celebração de contrato com valor superior ao valor máximo de que trata o "caput", cujo excedente será custeado pela respectiva Secretaria, com seus recursos próprios ou já alocados no seu Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC). (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 11, § 2º)

§ 3º A série histórica do valor constante nos bancos de dados oficiais do SUS será desconsiderada para fins da adequação do Teto financeiro de Média e Alta Complexidade, sendo considerado apenas o valor do contrato se, cumulativamente: (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 11, § 3º)

I - o estabelecimento hospitalar já esteja recebendo o IAC, nos termos da Portaria nº 1.721/GM/MS, de 21 de setembro de 2005, que cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS ou da Portaria nº 1.702/GM/MS, de 17 de agosto de 2004, que cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 11, § 3º, I)

II - o valor contratualizado tenha sido inferior ao valor aprovado na série histórica prevista no art. 330, § 4º . (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 11, § 3º, II)

§ 4º Para comprovação do disposto neste artigo, além da documentação prevista no art. 332, deverá ser enviada à CGHOSP/DAHU/SAS/MS: (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 11, § 4º)

I - cópia do contrato vigente no período da série histórica de referência, explicitando o valor da produção da média complexidade contratada; e (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 11, § 4º, I)

II - documento comprobatório do valor pago pelo gestor ao prestador, somente nos casos em que houver mecanismos de compensação financeira do valor do contrato, prevista ou não no instrumento contratual, tais como: (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 11, § 4º, II)

a) recibo de pagamento; (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 11, § 4º, II, a)

b) portaria publicada pelo gestor; (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 11, § 4º, II, b)

c) resolução ou deliberação da CIB; ou (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 11, § 4º, II, c)

d) extrato bancário. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 11, § 4º, II, d)

Subseção VI

Do Monitoramento e Avaliação

(Origem: PRT MS/GM 142/2014, CAPÍTULO VI)

Art. 335. Para a manutenção do repasse do IGH pelo Ministério da Saúde ao gestor de saúde, o hospital deverá manter o cumprimento dos requisitos previstos no art. 327. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 12)

Parágrafo Único. A manutenção do cumprimento dos requisitos de que trata o art. 327 pelos hospitais será avaliada periodicamente pela CGHOSP/DAHU/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 12, Parágrafo Único)

Art. 336. Caso seja verificado o descumprimento, a qualquer tempo, dos requisitos necessários à manutenção do IGH, o Ministério da Saúde notificará o gestor responsável pela contratualização, que deverá comprovar a observância dos requisitos ou apresentar justificativa no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, sob pena de suspensão imediata do repasse dos recursos. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 13)

§ 1º CGHOSP/DAHU/SAS/MS terá 30 (trinta) dias para analisar a justificativa apresentada e cientificar o interessado quanto à sua manifestação, a qual poderá ser de: (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 13, § 1º)

I - aceitação da justificativa; ou (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 13, § 1º, I)

II - não aceitação da justificativa. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 13, § 1º, II)

§ 2º Em caso de aceitação da justificativa, será concedido prazo de 30 (trinta) dias, improrrogável, para que o gestor de saúde regularize a situação. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 13, § 2º)

§ 3º Em caso de descumprimento dos requisitos, não aceitação ou de não apresentação da justificativa pelo gestor de saúde, o repasse do IGH será imediatamente suspenso. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 13, § 3º)

§ 4º Além do disposto no § 3º, o ente federativo habilitado ao recebimento do IGH estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 13, § 4º)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados desde quando o ente federativo não mais cumpria os requisitos para o seu recebimento, acrescidos da correção monetária prevista em lei; e (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 13, § 4º, I)

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde quando o ente federativo não mais cumpria os requisitos para o seu recebimento. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 13, § 4º, II)

Art. 337. O monitoramento de que trata esta Seção não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 14)

Subseção VII

Das Disposições Finais

(Origem: PRT MS/GM 142/2014, CAPÍTULO VII)

Art. 338. Os hospitais já contratualizados nos termos do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS estabelecido pela Portaria nº 1.702/GM/MS, de 2004, e nos termos do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, de acordo com a Portaria nº 1.721/GM/MS, de 2005, incluindo-se aqueles contratualizados de acordo com a Portaria nº 2.035/GM/MS, de 17 de setembro de 2013, e alterações posteriores, permanecerão recebendo os valores relativos ao IAC até nova contratualização nos moldes do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 15)

Parágrafo Único. Os hospitais já contratualizados nos termos previstos no "caput" deste artigo deverão firmar novas contratualizações com os respectivos entes federativos nos termos do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2, respeitando-se o prazo máximo de 12 (doze) meses a partir da publicação da Portaria nº 142/GM/MS, de 27 de janeiro de 2014, independentemente do prazo de vigência do instrumento de contratualização vigente, sob pena de suspensão do incentivo até que atualizado o contrato. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 339. Os recursos financeiros para a execução das atividades de que trata esta Seção serão oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 142/2014, Art. 16)

Seção VIII

Do Incentivo Financeiro 100% SUS Destinado às Unidades Hospitalares que se Caracterizem como Pessoas Jurídicas de Direito Privado Sem Fins Lucrativos e que Destinem 100% (Cem por Cento) de seus Serviços de Saúde, Ambulatoriais e Hospitalares, Exclusivamente ao SUS

Art. 340. Fica instituído o Incentivo Financeiro destinado às unidades hospitalares que se caracterizem como pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos e que destinem 100% (cem por cento) de seus serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, exclusivamente ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 1º)

Parágrafo Único. Excepcionalmente, após análise e aprovação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), as unidades hospitalares que prestem no mínimo 80% (oitenta por cento) dos seus atendimentos ambulatoriais exclusivamente para o SUS poderão aderir ao Incentivo Financeiro 100% SUS, caso cumpram as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 1º, Parágrafo Único)

I - ser o único prestador de saúde hospitalar no município dentro de sua tipologia; e (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 1º, Parágrafo Único, I)

II - prestar 100% (cem por cento) dos seus serviços de internação hospitalar exclusivamente para o SUS. (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 1º, Parágrafo Único, II)

Art. 341. A unidade hospitalar que aderir ao Incentivo Financeiro 100% SUS fará jus a incentivo financeiro anual equivalente a: (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 2º)

I - 20% (vinte por cento) do valor anual da produção de média complexidade aprovada no ano-base de 2011, para os primeiros 12 (doze) meses de vigência do incentivo, a contar da data de publicação da Portaria nº 929/GM/MS, de 10 de maio de 2012; e (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 2º, I)

II - 20% (vinte por cento) do valor anual contratualizado na média complexidade, a partir do 13º mês de vigência do incentivo, a contar da data da publicação da Portaria nº 929/GM/MS, de 10 de maio de 2012. (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 2º, II)

§ 1º O Incentivo Financeiro 100% SUS será repassado em 12 parcelas mensais, cada uma equivalente a 1/12 (um doze avos) do valor total do incentivo. (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Para fins do inciso I do "caput", produção da média complexidade aprovada no ano base de 2011 será aquela registrada no Banco de Dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA/SIH). (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Para fins do inciso II do "caput", o gestor de saúde local deverá encaminhar, no prazo de 12 (doze) meses a contar da data de publicação da Portaria nº 929/GM/MS, de 10 de maio de 2012, a cópia do Contrato e do Plano Operativo Anual (POA) assinado para a Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar, do Departamento de

Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGHOSP/DAHU/SAS/MS), para que seja feito o cálculo do Incentivo Financeiro 100% SUS a partir do valor da media complexidade contratualizada, sob pena de suspensão do incentivo. (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 2º, § 3º)

Art. 342. A unidade hospitalar que se enquadrar nos requisitos da Seção VIII do Capítulo II do Título III poderá solicitar ao gestor local, a qualquer tempo, o encaminhamento da solicitação ao Ministério da Saúde para adesão ao Incentivo Financeiro 100% SUS. (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 3º)

Parágrafo Único. A proposta de adesão encaminhada após o prazo de 12 (doze) meses da publicação da Portaria nº 929/GM/MS, de 10 de maio de 2012 deverá estar instruída com cópia do Contrato e do Plano Operativo Anual (POA). (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 343. A solicitação para a adesão da unidade hospitalar ao Incentivo Financeiro 100% SUS será encaminhada pelo gestor municipal, estadual ou do Distrito Federal à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGHOSP/DAHU/SAS/MS), acompanhada dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 4º)

I - ofício do gestor de saúde local solicitando a adesão da unidade hospitalar para recebimento do Incentivo Financeiro 100% SUS; (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 4º, I)

II - cópia do ato constitutivo da pessoa jurídica, devidamente registrado no órgão competente, que demonstre a condição de pessoa jurídica sem fins lucrativos, especialmente os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 4º, II)

a) ausência de remuneração, por qualquer forma, seus dirigentes pelos serviços prestados; (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 4º, II, a)

b) aplicação integral dos recursos, decorrentes ou não de superávit de contas, na manutenção e desenvolvimento dos objetivos sociais; e (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 4º, II, b)

c) previsão, em caso de dissolução ou extinção, da destinação do eventual patrimônio remanescente a entidade sem fins lucrativos congêneres ou a entidades públicas; (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 4º, II, c)

III - declaração do gestor de saúde local atestando o cumprimento do requisito da prestação de atendimento ambulatorial e hospitalar, conforme dispõe o art. 340; e (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 4º, III)

IV - declaração da comunicação formal da solicitação à CIB ou ao Colegiado de Gestão da Saúde do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 4º, IV)

Parágrafo Único. Se a solicitação de adesão for formulada após o prazo de 12 (doze) meses da data de publicação da Portaria nº 929/GM/MS, de 10 de maio de 2012, o gestor de saúde deverá encaminhar também a cópia do Contrato e do Plano Operativo Anual (POA). (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 344. Após a aprovação da solicitação de adesão do Incentivo Financeiro 100% SUS, a SAS/MS publicará Portaria de adesão da unidade hospitalar, estabelecendo o valor dos recursos financeiros que serão incorporados aos Tetos de Média e Alta Complexidade dos municípios, estados e do Distrito Federal, com efeitos financeiros a partir do mês de competência do protocolo de solicitação no Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 5º)

§ 1º O repasse dos recursos ao prestador deverá ser feito a partir da competência da publicação da portaria de adesão, com a garantia do repasse dos recursos com efeitos retroativos, a contar do mês de competência do protocolo de solicitação da adesão. (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O não cumprimento do disposto no § 2º poderá resultar em desconto pelo Ministério da Saúde dos valores não repassados aos prestadores, a ser subtraído do Teto MAC do respectivo ente federado. (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 5º, § 2º)

Art. 345. As unidades hospitalares que aderirem ao Incentivo Financeiro 100% SUS deverão manter os requisitos de adesão durante todo o período de recebimento do incentivo, além de demonstrar o cumprimento dos seguintes critérios de qualidade, em até 6 (seis) meses a contar do início do repasse dos recursos financeiros pelo Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 6º)

I - adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos; (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 6º, I)

II - implantação de Acolhimento com Classificação de Risco, quando contar com Porta de Entrada Hospitalar de Urgência e Emergência; (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 6º, II)

III - implantação de padrão de boas práticas de segurança e qualidade no atendimento ambulatorial e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 6º, III)

IV - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal (diarista), utilizando prontuário único compartilhado por toda a equipe; (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 6º, IV)

V - implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado e eficiência de leitos, a reorganização dos fluxos e processos de trabalho e a implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos; (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 6º, V)

VI - desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação; (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 6º, VI)

VII - monitoramento mensal das taxas de ocupação e média de permanência nas enfermarias de clínica médica, leitos de longa permanência e unidades de terapia intensiva, quando couber; e (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 6º, VII)

VIII - 100% (cem por cento) dos serviços regulados pelo gestor de saúde local, por meio das Centrais de Regulação ou mecanismos locais de regulação. (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 6º, VIII)

Parágrafo Único. O não cumprimento de qualquer dos critérios estabelecidos neste artigo no prazo estabelecido no "caput" implicará a suspensão do repasse do Incentivo Financeiro 100% SUS estabelecido nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 346. O monitoramento e avaliação dos requisitos e critérios estabelecidos nesta Seção serão realizados por meio de: (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 7º)

I - consulta semestral ao SCNES para avaliação da destinação dos leitos e dos demais serviços ofertados, além de acompanhamento da produção ambulatorial e hospitalar ao SUS; (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 7º, I)

II - declaração semestral do gestor de saúde municipal, estadual ou do Distrito Federal de que a entidade presta efetivamente 100% (cem por cento) dos seus serviços ambulatoriais e hospitalares exclusivamente ao SUS; (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 7º, II)

III - articulação do monitoramento com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio de suas bases de dados; (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 7º, III)

IV - relatório da Comissão de Acompanhamento de Contratos atestando o cumprimento dos requisitos dispostos no art. 345; (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 7º, IV)

V - visitas "in loco" pelos gestores de saúde locais ou pelo Ministério da Saúde, quando necessário; e (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 7º, VI)

VI - atuação, quando couber, do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA). (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 7º, VII)

Parágrafo Único. Nos casos excepcionais, enquadrados no art. 340, parágrafo único, a declaração semestral do gestor de saúde, prevista no inciso II deste artigo, observará essa excepcionalidade. (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 347. Em caso de suspensão ou interrupção do repasse dos recursos do Incentivo Financeiro 100% SUS por parte do gestor local para as unidades hospitalares beneficiadas por esta Seção, o Ministério da Saúde suspenderá a transferência desses valores ao Teto MAC dos estados, municípios e Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 8º)

Art. 348. O Fundo Nacional de Saúde (FNS) adotará as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, dos recursos aos fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 9º)

Art. 349. Os recursos financeiros correspondentes à concessão do Incentivo 100% SUS são oriundos das dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 929/2012, Art. 10)

Seção IX

Do Incentivo Financeiro de Custeio da Qualificação Nacional em Citopatologia na Prevenção do Câncer do Colo do Útero (QualiCito)

Art. 350. Fica instituído incentivo financeiro de custeio da Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito). (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 28)

Art. 351. Para incentivar a melhoria da qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero, cada Laboratório Tipo I e Tipo II que exercer a função de Tipo I que realizar mais de 15.000 (quinze mil) procedimentos de que tratam os Anexos 10 e 11 do Anexo IV da Portaria de Consolidação nº 3, cumulativamente, receberá incentivo financeiro adicional, em parcela única anual. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 30)

§ 1º Para recebimento do incentivo financeiro adicional de que trata este artigo, os Laboratórios Tipo I e Tipo II deverão cumprir, além do disposto no "caput", os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 30, § 1º)

I - atendimento dos critérios de qualidade estabelecidos no art. 135 do Anexo IV da Portaria de Consolidação nº 3, cujos dados serão obtidos a partir do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) ou do sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 30, § 1º, I)

II - índice de positividade dos dados aferidos durante o monitoramento a serem tabulados igual ou superior a 3% (três por cento); (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 30, § 1º, II)

III - percentual de Atipias de Células Escamosas de Significado Indeterminado (ASC/Alterados) inferior a 60% (sessenta por cento) dos exames alterados; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 30, § 1º, III)

IV - percentual de Lesão Intra-epitelial de Alto Grau (HSIL) igual ou superior a 0,4% (quatro décimos por cento) dos exames satisfatórios; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 30, § 1º, IV)

V - tempo médio de exames liberados com prazo inferior ou igual a 30 (trinta) dias a partir da data de entrada do material no laboratório. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 30, § 1º, V)

§ 2º O cálculo do incentivo financeiro adicional de que trata este artigo será realizado nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 30, § 2º)

I - levantamento pelo SISCAN, ou pelo sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde, da produção total de cada Laboratório Tipo I e Tipo II que exerce funções de Tipo I dos procedimentos de que tratam os Anexos 10 e 11 do Anexo IV da Portaria de Consolidação nº 3; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 30, § 2º, I)

II - definição do número de procedimentos de que trata o inciso I que excede o quantitativo mínimo de 15.000 (quinze mil) lâminas analisadas, considerando-se o somatório total de procedimentos de que trata os Anexos 10 e 11 do Anexo IV da Portaria de Consolidação nº 3 realizados; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 30, § 2º, II)

III - sobre o número de procedimentos excedentes de que trata o inciso II, verificar qual o valor financeiro correspondente a essa produção, considerando-se como valor financeiro por procedimento o previsto na Tabela constante do Anexo 10 do Anexo IV da Portaria de Consolidação nº 3; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 30, § 2º, III)

IV - o valor final do incentivo financeiro adicional corresponderá a 15% (quinze por cento) sobre o valor financeiro referente à produção excedente de que trata o inciso III. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 30, § 2º, IV)

§ 3º A relação dos Laboratórios Tipo I e Tipo II que farão jus ao incentivo financeiro adicional de que trata este artigo será publicada em ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 30, § 3º)

§ 4º O repasse do incentivo financeiro adicional de que trata este artigo será efetuado pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos estados, Distrito Federal e municípios para posterior repasse aos Laboratórios Tipo I e Tipo II de que trata o § 3º. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 30, § 4º)

Art. 352. O recebimento dos recursos financeiros no âmbito da QualiCito ficará condicionado à habilitação dos laboratórios no programa e à alimentação do SISCAN ou do sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 31)

§ 1º Caso o SISCAN ou o sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde não seja devidamente alimentado pelos entes federativos e laboratórios públicos e privados que atuam de forma complementar ao SUS, a SAS/MS providenciará a suspensão do repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde no âmbito da QualiCito. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 31, § 1º)

§ 2º Regularizada a causa que ensejou a suspensão do repasse de recursos financeiros de que trata o "caput", o Fundo Nacional de Saúde providenciará a regularização das transferências dos recursos mediante provocação da SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 31, § 2º)

Art. 353. Os recursos financeiros para execução das atividades de que trata a QualiCito são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde para Procedimentos em Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 33)

Seção X

Do Incentivo Financeiro de Custeio Destinado às Centrais de Regulação

Art. 354. Fica instituído incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 1º)

Art. 355. O incentivo financeiro de custeio de que trata esta Seção será devido às Centrais de Regulação de Consultas e Exames, ou outra tipologia que vier a substituí-las, e/ou Centrais de Regulação de Internações Hospitalares. (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 2º)

Art. 356. As Centrais de Regulação contempladas pelo incentivo financeiro de que trata esta Seção terão os seguintes portes possíveis: (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 3º)

I - Porte I - abrangência de duzentos mil a quinhentos mil habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 3º, I)

II - Porte II - abrangência de mais de quinhentos mil até um milhão de habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 3º, II)

III - Porte III - abrangência de mais de um milhão a três milhões de habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 3º, III)

IV - Porte IV - abrangência de mais de três milhões até seis milhões de habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 3º, IV)

V - Porte V - abrangência de mais de seis milhões de habitantes. (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 3º, V)

§ 1º Para os fins do disposto no inciso I, serão admitidos acordos entre regiões de saúde para alcançar o limite mínimo de duzentos mil habitantes. (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A definição dos valores do incentivo financeiro de custeio foi realizada considerando-se o porte das Centrais de Regulação, conforme o Anexo LXXXIII , e com base nos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 3º, § 3º)

I - escopo das Centrais de Regulação: ambulatorial, internação hospitalar ou central ambulatorial e de internação hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 3º, § 3º, I)

II - população coberta pelos recursos assistenciais regulados; (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 3º, § 3º, II)

III - dimensionamento de equipe; e (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 3º, § 3º, III)

IV - demais despesas de custeio, estimadas em 20% (vinte por cento) do total previsto para custeio da equipe. (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 3º, § 3º, IV)

§ 3º Em caráter excepcional, poderão ser consideradas grandes extensões territoriais e grandes dispersões populacionais para a redefinição da abrangência populacional de uma Central de Regulação de Porte I. (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 3º, § 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2655/2012)

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 357. Para se habilitar ao recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Seção, o ente federativo deve demonstrar que a Central de Regulação cumpre os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 4º)

I - dispor de número específico de cadastramento no SCNES, não sendo aceita a utilização do número do cadastro da Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal; (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 4º, I)

II - ter abrangência regional; (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 4º, II)

III - possuir e utilizar protocolos clínicos para regulação do acesso; (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 4º, III)

IV - utilizar sistema informatizado de suporte ao processo regulatório, com funcionalidade de fila de espera eletrônica que viabilize a gestão de fila; (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 4º, IV)

V - no caso de Central de Regulação de Consultas e Exames: (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 4º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 2655/2012)

a) regular, no mínimo, 20% (vinte por cento) da oferta das consultas especializadas e 30% (trinta por cento) da oferta de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, devendo ser mantidos estes percentuais nos casos em que a regulação das consultas especializadas e dos procedimentos ambulatoriais da alta complexidade ocorrer em centrais de regulação distintas, sem prejuízo do previsto nos demais requisitos e compromissos fixados nesta Seção; e (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 4º, V, a)

b) funcionar em todos os dias úteis, por pelo menos seis horas diárias; e (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 4º, V, b)

VI - no caso de Central de Regulação de Internações Hospitalares: (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 4º, VI) (com redação dada pela PRT MS/GM 2655/2012)

a) regular, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) da oferta de internações do território de abrangência dos serviços regulados pela Central, respeitando-se os fluxos regulatórios (autorização pré ou pós-internação) pré-definidos e as responsabilidades de cada gestor de saúde, em caso de regulação compartilhada entre estado e município; e (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 4º, VI, a)

b) funcionar nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana. (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 4º, VI, b)

§ 1º Em caráter excepcional, o município com população superior a quinhentos mil habitantes poderá receber o incentivo financeiro de custeio de que trata esta Seção mesmo sem observar o percentual previsto no inciso II do § 1º deste artigo, desde que preencha os demais requisitos contidos nos arts. 357 e 358 . (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 4º, § 2º)

§ 2º Os protocolos clínicos utilizados pela Central de Regulação deverão ser encaminhados ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC/SAS/MS), para o correio eletrônico cgra@saude.gov.br, para fins de disponibilização no portal do Ministério da Saúde, no endereço eletrônico http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1006. (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 4º, § 3º)

§ 3º Para os fins do disposto no inciso IV do caput, gestão de fila é a avaliação sistemática do número de usuários em fila, do tempo de espera, do perfil clínico, da procedência, da especialidade e do tipo de procedimento, bem como a adoção de providências correlatas, de acordo com os protocolos clínicos de atendimento e de regulação. (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 4º, § 4º)

§ 4º O profissional de saúde regulador será a autoridade sanitária responsável para garantir o acesso, baseado em protocolos clínicos de atendimento e de regulação, classificação de risco e critérios de priorização pactuados entre os gestores de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 4º, § 5º)

§ 5º Para os fins do disposto no inciso II do caput, terá abrangência regional a Central de Regulação que cumprir o seguinte requisito: (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 4º, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2655/2012)

I - regular o acesso a ações e serviços de uma Região de Saúde, conforme Resolução nº 01/CIT, de 29 de setembro de 2011, mesmo que a Central de Regulação regule o acesso de usuários de dois ou mais estados em regime de cogestão; ou (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 4º, § 1º, I)

II - Central de Regulação municipal que seja referência para uma Região de Saúde, com a destinação de, no mínimo, 20% (vinte por cento) do total da oferta de internações hospitalares e 15% (por cento) do total da oferta dos procedimentos ambulatoriais aos usuários procedentes de outros municípios. (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 4º, § 1º, II)

Art. 358. Além dos requisitos descritos no art. 357, a habilitação para o recebimento do incentivo financeiro de custeio de que trata esta Seção estará condicionada à assunção dos seguintes compromissos pelo gestor de saúde interessado: (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 5º)

I - criar mecanismos de regulação no âmbito das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com definição de prioridades de acesso a outros serviços ou níveis de atenção, com base na realização de classificação de risco, observando o risco clínico, a vulnerabilidade do paciente e a garantia da continuidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 5º, III)

II - regular, por meio da Central de Regulação de Consultas e Exames, ou outra tipologia que vier a substituí-las, o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas, exames, terapias e cirurgias ambulatoriais, em até doze meses após a publicação da portaria de habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de custeio; (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 5º, IV)

III - regular, por meio da Central de Regulação de Internações Hospitalares, no mínimo 50% (cinquenta por cento) da oferta das internações de urgência e 100% (cem por cento) das internações eletivas, em até 18 (dezoito) meses após a publicação da portaria de habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de custeio; e(Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 5º, V)

IV - caso o sistema informatizado utilizado para a regulação não seja o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), firmar compromisso de atender às condições para interoperabilidade com o SISREG, em padrões a serem definidos em ato específico a ser publicado em conjunto pelo DRAC/SAS/MS e pelo DATASUS. (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 5º, VI)

V - inserir nas Centrais de Regulação os componentes de referência das redes temáticas com repasse regular de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde e linhas de cuidado prioritárias conforme fluxos regulatórios pactuados, a saber: (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 5º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 2655/2012)

a) Rede de Atenção às Urgências e Emergências; (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 5º, I, a)

b) Rede Cegonha; (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 5º, I, b)

c) Rede de Atenção Psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 5º, I, c)

d) ações e serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de mama e câncer de colo do útero; (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 5º, I, d)

e) Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; e (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 5º, I, e)

f) propedêutica e terapêutica para o portador de afecções Reno cardiovasculares e demais agravos considerados prioritários pelas comissões intergestores; (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 5º, I, f)

VI - ter 100% (cem por cento) dos recursos assistenciais de referência dos planos de ação de redes publicados sob regulação do Complexo Regulador em até 12 (doze) meses a partir da data de publicação da portaria de habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de custeio ou em até 12 (doze) meses a partir da data de publicação da portaria de aprovação do Plano de Ação, quando esta for publicada posteriormente à habilitação ao recebimento do incentivo financeiro; (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 5º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2655/2012)

Art. 359. As Centrais de Regulação que receberem o incentivo financeiro de custeio deverão seguir os quantitativos mínimos de profissionais estabelecidos nos termos do Anexo LXXXIII . (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 7º)

Parágrafo Único. Os parâmetros numéricos de recursos humanos descritos no Anexo LXXXIII poderão ser modificados, excepcionalmente, por iniciativa do gestor de saúde local e com prévia aprovação da CIB e, se houver, da CIR, com posterior comunicação ao Ministério da Saúde, com base em estudos dos padrões locais das demandas à Central de Regulação, desde que não comprometa a função de regulação e não implique revisão dos respectivos valores do incentivo financeiro de custeio constantes no Anexo LXXXIII . (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 360. A responsabilidade pelo custeio das Centrais de Regulação que atenderem ao disposto nesta Seção será tripartite, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 8º)

I - o Ministério da Saúde responderá pelos valores nominais previstos no Anexo LXXXIII ; e (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 8º, I)

II - a responsabilidade por valores adicionais necessários ao custeio das Centrais de Regulação, além do valor do incentivo financeiro de que trata esta Seção, será objeto de pactuação na CIB e, se houver, na CIR. (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 8º, II)

Art. 361. Em caso de restrição orçamentária que atinja o repasse do incentivo financeiro de custeio de que trata esta Seção, o deferimento da habilitação ao seu recebimento observará a seguinte ordem decrescente de prioridade: (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 9º)

I - Centrais de Regulação das Regiões de Saúde e capitais onde houver implantação de planos de ação das redes temáticas assistenciais; (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 9º, I)

II - Centrais de Regulação das capitais; e (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 9º, II)

III - demais Centrais de Regulação. (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 9º, III)

Art. 362. A proposta de habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Seção será apresentada por estados, Distrito Federal e municípios ao DRAC/SAS/MS por meio de formulário que conterá campos próprios para todos os requisitos e compromissos exigidos nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 10)

§ 1º O formulário de que trata o caput estará disponível no endereço eletrônico http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/drac, que conterá também as instruções de envio ao DRAC/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 10, § 1º)

§ 2º A proposta de que trata o caput somente será encaminhada com a prévia aprovação das CIB e, se houver, das CIR. (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 10, § 2º)

§ 3º A responsabilidade pela veracidade das informações declaradas no formulário de que trata o caput será do gestor de saúde que encaminhar a proposta. (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 10, § 3º)

Art. 363. Após aprovada a proposta de habilitação pelo DRAC/SAS/MS, será publicada portaria específica que definirá os incentivos financeiros a serem transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios para custeio das Centrais de Regulação contempladas. (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 11)

Art. 364. Os recursos de que trata esta Seção serão repassados mensal e regularmente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos de saúde estaduais, distrital e municipais. (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 12)

Art. 365. O monitoramento e a avaliação do cumprimento dos compromissos firmados pelos gestores nas propostas aprovadas ficarão a cargo da Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação (CGRA/DRAC/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 13)

Art. 366. O descumprimento dos compromissos assumidos na proposta aprovada acarretará a suspensão do repasse do incentivo financeiro de que trata esta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 14)

Art. 367. Os recursos financeiros para o custeio do disposto nesta Seção são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8721 - Implementação da Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde e 10.302.2015.8721 - Implementação da Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 15)

Art. 368. Será custeada apenas uma Central de Regulação de Consultas e Exames ou outra tipologia que vier a substituí-las e uma Central de Regulação de Internações Hospitalares ou, ainda, uma Central de Regulação que agregue a regulação de consultas e exames e a regulação de internação hospitalar por município, conforme tipologias descritas no Anexo LXXXIII . (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 6º)

§ 1º Nas capitais, será possível o custeio de até 4 (quatro) Centrais de Regulação, sendo duas por ente federado, ou seja, estado e município, com a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 6º, § 1º)

I - uma Central de Regulação de Consultas e Exames ou outra tipologia que vier a substituí-las e uma Central de Regulação de Internações Hospitalares por ente federado; ou (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 6º, § 1º, I)

II - uma Central de Regulação que agregue a regulação de consultas e exames e a regulação de internação hospitalar por ente federado. (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 6º, § 1º, II)

§ 2º Para fins do disposto no art. 356, § 1º , será possível o custeio de uma Central de Regulação de Consultas e Exames e uma Central de Regulação de Internações Hospitalares ou de uma Central de Regulação que agregue a regulação de consultas e exames e a regulação de internação hospitalar para a totalidade das Regiões de Saúde participantes do acordo, conforme tipologias descritas no Anexo LXXXIII . (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Art. 6º, § 2º)

Seção XI

Do Incentivo Financeiro para a Implantação de Organização de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO)

Art. 369. Fica instituído, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, o Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO). (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 1º)

§ 1º O Plano ora instituído tem por objetivo estabelecer os mecanismos necessários para a criação, a estruturação, o funcionamento e o financiamento de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO) nos estados e/ou nos municípios, em conformidade com os parâmetros e as atribuições estabelecidos no Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, aprovado pelo Anexo I da Portaria de Consolidação nº 4; (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Entende-se por OPO o organismo com papel de coordenação supra-hospitalar responsável por organizar e apoiar, no âmbito de sua atuação e em conformidade com o estabelecido no Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, as atividades relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos, a manutenção de possível doador, a identificação e a busca de soluções para as fragilidades do processo, a construção de parcerias, o desenvolvimento de atividades de trabalho e a capacitação para identificação e efetivação da doação de órgãos ou tecidos. (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 1º, § 2º)

Art. 370. Fica estabelecida, como meta do Plano ora instituído, a implantação de OPO em cada capital de estado e nos principais aglomerados urbanos do País, na razão aproximada de 1 (uma) OPO para cada 2.000.000 (dois milhões) de habitantes, levando-se em consideração a distribuição geográfica da população e o perfil da rede assistencial existente. (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 2º)

Art. 371. Fica criado o Incentivo Financeiro para a Implantação de OPO. (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 3º)

§ 1º O Incentivo de que trata o caput deste artigo terá o valor equivalente a R$ 20.000,00 (vinte mil reais). (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O valor estabelecido no § 1º deste artigo será repassado, em parcela única, pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual ou Municipal de Saúde, para cada OPO a ser implantada e devidamente habilitada ao recebimento do valor, por portaria específica, conforme o estabelecido no art. 374. (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Os recursos relacionados ao Incentivo ora criado deverão ser utilizados para provimento dos meios e para a manutenção das equipes especializadas das OPO que apoiarão cada respectiva Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) nas ações de busca, manutenção clínica, entrevista familiar e viabilização da retirada de órgãos e tecidos para transplantes. (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 3º, § 3º)

Art. 372. Fica criado o Incentivo Financeiro de Custeio para a OPO. (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 4º)

§ 1º O Incentivo de que trata o caput deste artigo terá o valor equivalente a R$ 20.000,00 (vinte mil reais) mensais. (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O valor estabelecido no § 1º deste artigo será repassado, mensalmente, pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual ou Municipal de Saúde, para cada OPO que, tendo recebido o Incentivo Financeiro para Implantação, tenha sido efetivamente implantada, es-

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

teja apta ao início de funcionamento e conte com as respectivas portarias de habilitação de funcionamento e de habilitação ao custeio publicadas, conforme o estabelecido no art. 375. (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 4º, § 2º)

§ 3º A partir do segundo ano de implantação das OPOs, o Incentivo para Custeio será repassado somente mediante demonstração pela OPO do cumprimento das metas pactuadas com a respectiva Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) do estado ou do Distrito Federal, e em caso de não-cumprimento das metas, o repasse do Incentivo será suspenso. (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 4º, § 3º)

Art. 373. A implantação do Plano ora instituído dar-se-á em duas etapas, a saber: (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 5º)

I - Etapa I: adesão do gestor estadual ao Plano Nacional de Implantação de OPO - fase de habilitação ao recebimento do Incentivo Financeiro para Implantação; e (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 5º, I)

II - Etapa II: implantação da OPO e início do funcionamento - fase de habilitação ao recebimento do Incentivo Financeiro de Custeio. (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 5º, II)

Art. 374. Para cumprimento da Etapa I, descrita no art. 373, e para adesão ao Plano Nacional de Implantação de OPO, o gestor estadual deverá formular proposta de adesão de OPO a ser submetida ao Ministério da Saúde para aprovação, devendo, para tanto: (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 6º)

I - avaliar as atividades de doação/captação de órgãos e tecidos no âmbito do estado; (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 6º, I)

II - estabelecer as necessidades e o planejamento do quantitativo, a distribuição geográfica e a abrangência das OPO a serem implantadas, de acordo com os parâmetros estabelecidos no art. 370; (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 6º, II)

III - definir as responsabilidades dos agentes envolvidos no aperfeiçoamento do processo de doação/transplantes de órgãos e tecidos; (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 6º, III)

IV - definir o quantitativo e o perfil assistencial das instituições hospitalares que estarão sob abrangência de cada OPO a ser implantada e sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde e/ou segurança pública; (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 6º, IV)

V - definir metas anuais, qualitativas e quantitativas para cada OPO; e (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 6º, V)

VI - definir que o gestor do SUS - estado ou município - será responsável pela implantação, manutenção e funcionamento de cada OPO a ser criada. (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 6º, VI)

§ 1º Uma vez formulada, a proposta de adesão deverá ser formalizada e encaminhada à Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSNT/DAET/SAS/MS), para avaliação e aprovação, nos moldes estabelecidos no Anexo LXIX . (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 6º, § 1º)

§ 2º A Secretaria de Atenção à Saúde avaliará as propostas apresentadas e emitirá parecer individualizado sobre a implantação de cada OPO constante da proposta. (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 6º, § 2º)

§ 3º Em caso de parecer favorável à implantação, a Secretaria de Atenção à Saúde encaminhará o processo ao Gabinete do Ministro de Estado da Saúde, recomendando a emissão de portaria de habilitação ao recebimento do Incentivo Financeiro para a implantação da respectiva OPO. (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 6º, § 3º)

Art. 375. Para cumprir a Etapa II descrita no art. 373, o gestor estadual do SUS deverá encaminhar à Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSNT/DAET/SAS/MS), documento, na forma estabelecida no Anexo LXX , em que: (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 7º)

I - ateste a realização da adequação da área física em que será implantada a OPO, a aquisição dos equipamentos e insumos, a contratação da equipe profissional, e que a OPO está apta ao início de seu funcionamento; e (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 7º, I)

II - relacione nominalmente, com a respectiva qualificação profissional, a equipe profissional que atuará na OPO. (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 7º, II)

§ 1º A CGSNT, feitas as averiguações necessárias, emitirá parecer em relação ao início do funcionamento da OPO. (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Em caso de parecer favorável, a SAS emitirá portaria de habilitação ao funcionamento da OPO e o Gabinete do Ministro de Estado da Saúde a respectiva portaria de estabelecimento do Incentivo financeiro de Custeio. (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 7º, § 2º)

Art. 376. Os recursos orçamentários objeto desta Seção correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Art. 8º)

Seção XII

Dos Incentivos Financeiros de Investimento para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes e de Custeio Mensal, no âmbito do Plano Nacional de Apoio às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (PNA-CNCDO)

Art. 377. Fica instituído, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), o Plano Nacional de Apoio às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (PNA-CNCDO). (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 1º)

Art. 378. O PNA-CNCDO tem como objetivo apoiar os estados e o Distrito Federal na aquisição de equipamentos e materiais permanentes e no custeio mensal das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), para permitir o adequado desempenho de suas atividades em conformidade com os parâmetros e as atribuições estabelecidas no Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, aprovado pelo Anexo I da Portaria de Consolidação nº 4. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 2º)

Parágrafo Único. Entende-se por CNCDO a unidade instituída na estrutura organizacional da respectiva Secretaria de Saúde dos estados e do Distrito Federal, ou órgãos equivalentes, que integram o SNT. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 379. Para fins desta Seção, as CNCDO classificam-se em: (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 3º)

I - CNCDO Porte I: CNCDO cuja relação entre o número de doadores efetivos por milhão de população (PMP) seja igual ou maior que 7 PMP; e (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 3º, I)

II - CNCDO Porte II: CNCDO cuja relação entre o número de doadores efetivos por milhão de população (PMP) seja menor que 7 PMP. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 3º, II)

Art. 380. O PNA-CNCDO tem por meta a estruturação e a qualificação das CNCDO dos estados e do Distrito Federal para seu adequado funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 4º)

Parágrafo Único. Para o atendimento da meta prevista no "caput", as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal utilizarão os incentivos financeiros de investimento e de custeio mensal previstos nesta Seção para a estruturação e qualificação das respectivas CNCDO. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 381. Fica criado incentivo financeiro de investimento para a estruturação e/ou qualificação das CNCDO de que trata o art. 380, a ser empregado para a aquisição de mobiliário, equipamentos de informática, eletroeletrônicos e outros equipamentos permanentes necessários para tornar a CNCDO compatível com a complexidade e a execução das atividades que desenvolve. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 5º)

§ 1º O incentivo financeiro de investimento será pago em parcela única, no valor de: (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 5º, § 1º)

I - R$ 200.000,00 (duzentos mil reais) para a CNCDO de Porte I; e (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 5º, § 1º, I)

II - R$ 100.000,00 (cem mil reais) para a CNCDO de Porte II. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 5º, § 1º, II)

§ 2º Caso o custo final para a estruturação da CNCDO seja superior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores deverá ser custeada por conta do próprio Estado ou Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 5º, § 2º)

§ 3º O incentivo financeiro de investimento deverá ser empregado pela CNCDO no prazo de 18 (dezoito) meses a contar da data do seu efetivo repasse pelo Fundo Nacional de Saúde ao fundo de saúde do ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 5º, § 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 160/2015)

Art. 382. Para pleitear habilitação ao incentivo financeiro de investimento de que trata esta Seção, o ente federativo interessado deverá encaminhar expediente físico, conforme modelo previsto Anexo LXXIII , à Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSNT/DAET/SAS/MS), incluindo-se as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 6º)

I - termo de compromisso assinado pelo gestor de saúde do estado ou do Distrito Federal em que atesta que a respectiva CNCDO cumpre as atribuições previstas no art. 7º do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997; e (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 6º, I)

II - as informações exigidas conforme Anexo LXXIII . (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 6º, II)

Art. 383. O Ministério da Saúde selecionará as propostas cadastradas levando em consideração o porte da CNCDO e o atendimento das exigências previstas no art. 382. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 7º)

Art. 384. Os pedidos de habilitação serão avaliados pela CGSNT/DAHU/SAS/MS conforme a disponibilidade orçamentária do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 8º)

Art. 385. Uma vez aprovada a proposta apresentada, o Ministério da Saúde publicará portaria específica de habilitação com indicação do ente federativo apto ao recebimento do incentivo financeiro de investimento e o respectivo valor contemplado. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 9º)

Art. 386. Fica criado incentivo financeiro de custeio mensal para manutenção das CNCDO de que trata o art. 380. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 10)

Parágrafo Único. O incentivo financeiro de custeio mensal será de: (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 10, Parágrafo Único)

I - R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para CNCDO de Porte I; e (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 10, Parágrafo Único, I)

II - R$ 30.000,00 (trinta mil reais) para CNCDO de Porte II. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 10, Parágrafo Único, II)

Art. 387. Para pleitear habilitação ao incentivo financeiro de custeio mensal de que trata esta Seção, o ente federativo interessado deverá encaminhar o seu requerimento em conjunto com o pedido efetuado nos termos do art. 382. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 11)

Art. 388. As despesas de custeio mensal das CNCDO são de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, os estados e o Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 12)

Parágrafo Único. A complementação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde é de responsabilidade dos Estados e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 12, Parágrafo Único)

Art. 389. Os pedidos de habilitação serão avaliados pela CGSNT/DAHU/SAS/MS conforme a disponibilidade orçamentária do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 13)

Art. 390. Uma vez aprovada a proposta apresentada, o Ministério da Saúde publicará portaria específica de habilitação com indicação do ente federativo apto ao recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal e o respectivo valor contemplado. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 14)

Art. 391. Uma vez publicada a portaria de habilitação de que trata o art. 390, o repasse do incentivo financeiro de custeio mensal será transferido mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde ao fundo de saúde do ente federativo habilitado. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 15)

Art. 392. O Ministério da Saúde, por meio da CGSNT/DAHU/SAS/MS, efetuará o monitoramento, a avaliação e o acompanhamento técnico das atividades executadas pelas CNCDO para fins de manutenção do recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal, além da aplicação dos recursos financeiros de investimento de que trata esta Seção. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 16)

Parágrafo Único. A análise da aplicação dos recursos financeiros de investimento de que trata esta Seção será efetuada pela CGSNT/DAHU/SAS/MS após 18 (dezoito) meses da data do efetivo repasse dos recursos financeiros pelo Fundo Nacional de Saúde ao fundo de saúde do ente federativo beneficiário, por meio de informações enviadas pelo gestor de saúde e de visitas técnicas às CNCDO. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 16, Parágrafo Único) (com redação dada pela PRT MS/GM 160/2015)

Art. 393. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, com apoio técnico do Ministério da Saúde, também estabelecerão rotinas de acompanhamento e supervisão que garantam o adequado funcionamento das CNCDO. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 17)

Art. 394. Na hipótese de descumprimento do disposto nesta Seção, a CGSNT/DAHU/SAS/MS notificará o gestor de saúde para apresentar justificativa em 15 (dias) dias. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 18)

§ 1º A CGSNT/DAHU/SAS/MS terá 15 (quinze) dias para analisar a justificativa apresentada e cientificar o interessado quanto à sua manifestação, a qual poderá ser de: (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 18, § 1º)

I - aceitação da justificativa; ou (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 18, § 1º, I)

II - não aceitação da justificativa. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 18, § 1º, II)

§ 2º Em caso de aceitação da justificativa, será concedido prazo de 30 (trinta) dias, improrrogável, para que o gestor de saúde regularize a aplicação dos recursos financeiros e/ou o cumprimento das atividades às demais regras previstas nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 18, § 2º)

§ 3º Em caso de não aceitação ou de não apresentação da justificativa pelo gestor de saúde, a CGSNT/DAHU/SAS/MS elaborará relatório circunstanciado com descrição dos fatos ocorridos e a indicação das eventuais irregularidades na execução dos recursos e o encaminhará ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) para realização de auditoria. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 18, § 3º)

§ 4º Além do disposto no § 3º, o ente federativo habilitado estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 18, § 4º)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados no âmbito nos termos desta Seção; e (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 18, § 4º, I)

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 18, § 4º, II)

Art. 395. O monitoramento de que trata esta Seção não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 19)

Art. 396. Fica definida, nos termos dos Anexos LXXI e LXXII , a relação das CNCDO aptas a se habilitarem para o recebimento, respectivamente, dos incentivos financeiros de investimento e de custeio mensal de que tratam esta Seção. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 20)

Art. 397. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) publicará ato específico com fixação de regras e critérios para cadastramento das CNCDO no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 21)

§ 1º As CNCDO serão cadastradas no SCNES no prazo até 60 (sessenta) dias após a publicação do ato de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 21, § 1º)

§ 2º Compete à Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS) adotar as providências necessárias para adequação do SCNES com o objetivo de permitir o cadastramento das CNCDO. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 21, § 2º)

Art. 398. Os recursos financeiros para a execução das atividades de que tratam esta Seção são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.20SP - Operacionalização do Sistema Nacional de Transplantes. (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Art. 22)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300590

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Seção XIII

Dos Incentivos Financeiros de Custeio e de Investimento para a Implantação do Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC) e do Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM)

Art. 399. Uma vez habilitados como SRC ou SDM, os serviços deverão realizar, no mínimo, os procedimentos constantes dos anexos I e/ou II, de acordo com o tipo de habilitação e nos quantitativos mínimos estabelecidos no Anexo XXXIV . (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 7º)

§ 1º Os SRC e SDM farão jus a incentivo financeiro de custeio no valor do Serviço Ambulatorial (SA) e/ou no valor do Serviço Hospitalar (SH) dos procedimentos indicados e nos percentuais estabelecidos nos Anexos XXXII e XXXIII . (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 7º, § 1º)

§ 2º O cumprimento de todo rol e dos quantitativos mínimos de que trata o Anexo XXXIV será avaliado a cada 12 (doze) meses a partir de sua habilitação, por meio do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) ou de outros sistemas de informação oficiais definidos pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 7º, § 2º)

§ 3º O SRC ou SDM que não realizar todo rol de procedimentos e o quantitativo mínimo de procedimentos de que trata o Anexo XXXIV será notificado e desabilitado. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 7º, § 3º)

§ 4º O gestor público de saúde interessado em manter a habilitação do serviço a ser desabilitado nos termos do § 3º deverá encaminhar ao Ministério da Saúde, no prazo máximo de 15 (quinze) dias a contar do recebimento da notificação, a justificativa para o não cumprimento da produção mínima exigida. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 7º, § 4º)

§ 5º O Ministério da Saúde analisará a justificativa de que trata o § 4º e decidirá pela manutenção da habilitação ou pela desabilitação do serviço. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 7º, § 5º)

§ 6º A desabilitação de SRC ou de SDM será processada pela edição de ato específico do Ministro de Estado da Saúde, com indicação do ente federativo desabilitado, nome e Código SCNES do serviço desabilitado e o tipo de habilitação cancelada. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 7º, § 6º)

§ 7º O ente federativo desabilitado fica obrigado a restituir os valores de que trata o § 1º referente ao período de 12 (doze) meses no quais não tenha cumprido os quantitativos mínimos de todo rol de procedimentos de que trata o Anexo XXXIV . (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 7º, § 7º)

§ 8º A restituição de que trata o § 7º do "caput" será operacionalizada pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS) por meio do encontro de contas entre o montante transferido e o efetivamente realizado pelos serviços e gasto por cada estado, Distrito Federal ou município, quando ficar constatado a produção diferente do disposto no § 2º, tanto em relação ao rol mínimo, quanto em relação ao mínimo de procedimentos, sendo os valores não utilizados descontados dos Tetos Financeiros de Média e Alta Complexidade do respectivo estado, Distrito Federal ou município. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 7º, § 8º)

Art. 400. Fica instituído incentivo financeiro de investimento para a aquisição de equipamentos e materiais permanentes e/ou para a ampliação dos estabelecimentos públicos de saúde onde funcionarão os serviços habilitados como SRC. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 8º)

§ 1º Os entes federativos interessados poderão pleitear o incentivo financeiro de que trata o "caput" para os seus estabelecimentos públicos de saúde habilitados como SRC. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O incentivo de que trata o "caput" será repassado em parcela única pelo Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiário, no valor até R$ 30.000,00 (trinta mil reais), a ser utilizado na infraestrutura do serviço habilitado como SRC para a execução adequada dos procedimentos de que trata oAnexo XXXII . (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 8º, § 2º)

Art. 401. Fica instituído incentivo financeiro de investimento para a aquisição de equipamentos e materiais permanentes e/ou para a ampliação dos estabelecimentos públicos de saúde onde funcionarão os serviços habilitados como SDM. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 9º)

§ 1º Os entes federativos interessados poderão pleitear o incentivo financeiro de que trata o "caput" para os seus estabelecimentos públicos de saúde públicos habilitados como SDM. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O incentivo de que trata o "caput" será repassado em parcela única pelo Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiário, no valor até R$ 80.000,00 (oitenta mil reais), a ser utilizado na infraestrutura do serviço habilitado como SDM para a execução adequada dos procedimentos de que trata oAnexo XXXIII . (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 9º, § 2º)

Art. 402. Para o recebimento dos incentivos financeiros de investimento previstos nos arts. 401 e 402 , o ente federativo interessado deverá encaminhar proposta à Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (CGAPDC/DAET/SAS/MS) que atenda aos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 10)

I - no caso de aquisição de material permanente: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 10, I)

a) identificação do material a ser adquirido; (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 10, I, a)

b) valor a ser dispendido com a sua aquisição; e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 10, I, b)

II - no caso de ampliação dos estabelecimentos onde funcionarão os serviços habilitados como SRC e SDM: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 10, II)

a) compromisso formal do respectivo gestor de saúde de prover o serviço com equipe técnica de gestão na unidade, pessoal técnico e de apoio administrativo, capacitados e em quantidade suficiente para o adequado funcionamento da unidade, atendendo-se ao disposto no art. 114 do Anexo IV da Portaria de Consolidação nº 3;(Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 10, II, a)

b) cópia integral do projeto arquitetônico, contendo memorial descritivo e cronograma físico-financeiro, da obra de ampliação, com comprovante de envio para aprovação do órgão de vigilância sanitária local; e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 10, II, b)

c) detalhamento técnico das propostas. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 10, II, c)

§ 1º As solicitações de recebimento do incentivo financeiro de investimento de que trata o "caput" deverão ser aprovadas em resolução da CIB e da CIR, quando esta existir na região, ou do CGSES/DF e encaminhadas à CGAPDC/DAET/SAS/MS junto com a proposta de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 10, § 1º)

§ 2º A resolução de que trata o § 1º deverá conter declaração de verificação do cumprimento de todos os requisitos de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 10, § 2º)

§ 3º A complementação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para consecução do objeto da proposta aprovada é de responsabilidade do ente federativo solicitante. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 10, § 3º)

§ 4º Será de responsabilidade dos estados, do Distrito Federal e dos municípios a manutenção dos equipamentos e materiais permanentes adquiridos para o funcionamento adequado dos SRC e SDM. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 10, § 4º)

§ 5º Os valores de que tratam os arts. 401 e 402 poderão ser solicitados pelo ente federativo por cada estabelecimento de saúde habilitado como SRC ou SDM. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 10, § 5º)

§ 6º Em caso de aprovação da proposta pela CGAPDC/DAET/SAS/MS, a relação dos entes federativos aptos ao recebimento dos recursos financeiros de que tratam os arts. 401 e 402 será divulgada por meio de ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 10, § 6º)

Art. 403. A solicitação do incentivo financeiro de que tratam os arts. 401 e 402 deverá ser enviada de forma concomitante com a solicitação de habilitação dos serviços como SRC e SDM. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 11)

Art. 404. Os entes federativos que forem considerados aptos para o recebimento dos incentivos financeiros de investimento de que trata os arts. 401 e 402 para a ampliação de estabelecimento ou aquisição de equipamentos e materiais permanentes ficam sujeitos ao cumprimento do prazo de 180 (cento e oitenta) dias para execução e conclusão das obras ou aquisição dos equipamentos e materiais permanentes, contados da data de publicação do ato específico de que trata o art. 402, § 6º . (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 12)

§ 1º Na hipótese de descumprimento do prazo definido no "caput", a SAS/MS notificará o gestor de saúde, para que, em até 15 (quinze) dias, apresente justificativa. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 12, § 1º)

§ 2º A SAS/MS terá 15 (quinze) dias para analisar a justificativa apresentada e cientificar o interessado quanto à sua manifestação, a qual poderá ser de: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 12, § 2º)

I - aceitação da justificativa; ou (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 12, § 2º, I)

II - não aceitação da justificativa. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 12, § 2º, II)

§ 3º Em caso de aceitação da justificativa, será concedido prazo de 30 (trinta) dias, improrrogável, para que o gestor de saúde efetive a medida considerada em situação irregular por descumprimento de prazo para sua execução. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 12, § 3º)

§ 4º Em caso de não aceitação ou de não apresentação da justificativa pelo gestor de saúde, a SAS/MS elaborará relatório circunstanciado com descrição dos fatos ocorridos e a indicação das eventuais irregularidades na execução do programa e o encaminhará ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) para realização de auditoria. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 12, § 4º)

Art. 405. Os serviços habilitados como SRC e/ou SDM terão o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para iniciar a produção de todos os procedimentos elencados nos anexos I e II, de acordo com o tipo de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 13)

§ 1º No caso de descumprimento do prazo de que trata o "caput", o gestor público de saúde será notificado pelo Ministério da Saúde e o serviço poderá ser desabilitado. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 13, § 1º)

§ 2º A CGAPDC/DAET/SAS/MS avaliará a implantação dos SRC e dos SDM habilitados em todo o território nacional no prazo estabelecido no "caput" e verificará sua necessidade de adequação. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 13, § 2º)

Art. 406. Os serviços habilitados como SRC e/ou SDM observarão o disposto na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50/ANVISA, de 21 de fevereiro de 2002, e na RDC nº 36/ANVISA, de 25 de julho de 2013, bem como toda a regulamentação vigente relativa à infraestrutura de estabelecimentos de saúde, considerando os serviços a serem ofertados. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 14)

Art. 407. Os recursos financeiros transferidos serão movimentados sob fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de controle interno do Poder Executivo e pelo Tribunal de Contas da União conforme disposto no art. 3º do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 15)

Art. 408. Os recursos financeiros para a execução das atividades de que trata o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC) e o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programa de Trabalho: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 22)

I - 10.302.2015.8535 (PO - 0007 - Controle do Câncer); e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 22, I)

II - 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade (PO: 0008) e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade (PO: 0000). (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 22, II)

Seção XIV

Dos Incentivos Financeiros de Custeio à Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras

Art. 409. Fica instituído incentivo financeiro de custeio mensal para as equipes profissionais dos estabelecimentos de saúde habilitados como Serviços de Atenção Especializada em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 22)

§ 1º O incentivo financeiro de que trata o "caput" possuirá o valor de R$ 11.650,00 (onze mil seiscentos e cinquenta reais) por equipe. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 22, § 1º)

§ 2º Quando houver a habilitação de mais de um Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras dentro do mesmo estabelecimento de saúde, o valor de que trata o § 1º será acrescido de R$ 5.750,00 (cinco mil setecentos e cinquenta reais) por serviço excedente, destinado à inclusão de mais 1 (um) profissional médico por serviço, não ultrapassando o quantitativo financeiro de um Serviço de Referência em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 22, § 2º)

§ 3º Os recursos do incentivo financeiro de que trata o "caput" serão utilizados exclusivamente nas ações necessárias ao funcionamento adequado dos Serviços de Atenção Especializada em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 22, § 3º)

§ 4º O incentivo financeiro de que trata o "caput" será repassado em parcelas mensais pelo Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 22, § 4º)

Art. 410. Fica instituído incentivo financeiro de custeio mensal para as equipes profissionais dos estabelecimentos de saúde habilitados como Serviços de Referência em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 23)

§ 1º O incentivo financeiro de que trata o "caput" possuirá o valor de R$ 41.480,00 (quarenta e um mil quatrocentos e oitenta reais) por equipe. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 23, § 1º)

§ 2º Os recursos do incentivo financeiro de que trata o "caput" serão utilizados exclusivamente nas ações necessárias ao funcionamento adequado dos Serviços de Referência em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 23, § 2º)

§ 3º O incentivo financeiro de que trata o "caput" será repassado em parcelas mensais pelo Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 23, § 3º)

§ 4º Não será permitido à habilitação de mais de um Serviço de Referência em Doenças Raras dentro do mesmo estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 23, § 4º)

Art. 411. Fica instituído incentivo financeiro para custeio dos procedimentos dispostos no Anexo 3 do Anexo XXXVIII da Portaria de Consolidação nº 2, a serem incorporados na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS para fins diagnósticos em doenças raras, realizados pelos Serviços de Atenção Especializada em Doenças Raras e Serviços de Referência em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 24)

§ 1º O incentivo financeiro de que trata o "caput" será efetuado por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) pós-produção. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 24, § 1º)

§ 2º Farão jus ao recebimento do incentivo financeiro de que trata o "caput" os estabelecimentos de saúde habilitados como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras e Serviços de Referência em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 24, § 2º)

§ 3º O repasse dos recursos de que trata este artigo ocorrerá em conformidade com a produção dos respectivos procedimentos informados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 24, § 3º)

§ 4º O incentivo financeiro previsto nesta Seção será repassado pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde dos entes federativos beneficiários, respeitando-se a especificidade do Serviço. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 24, § 4º)

Art. 412. O repasse dos incentivos financeiros de custeio de que trata a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras e as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras será imediatamente interrompido quando: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 25)

I - constatada, durante o monitoramento, a inobservância dos requisitos de habilitação e das demais condições previstas na regulamentação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras e das Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 25, I)

II - houver falha na alimentação do SIA/SUS, por período superior ou igual a 3 (três) competências consecutivas, conforme a Seção II do Capítulo III do Título VII da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 25, II)

§ 1º Uma vez interrompido o repasse do incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido após novo procedimento de habilitação, em que fique demonstrado o cumprimento de todos os requisitos previstos na regulamentação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras e das Diretrizes para

Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, hipótese em que o custeio voltará a ser pago, sem efeitos retroativos, a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 25, § 1º)

§ 2º As situações descritas neste artigo serão constatadas por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal ou municipal por auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/SGEP/MS). (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 25, § 2º)

Art. 413. Eventual complementação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio das ações da Política é de responsabilidade conjunta dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva CIB e CIR. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 26)

Art. 414. Os recursos financeiros transferidos serão movimentados sob fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de controle interno do Poder Executivo e pelo Tribunal de Contas da União conforme disposto no art. 3º do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 27)

Art. 415. Os recursos orçamentários, objeto da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras e das Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade (PO: 0008) e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade (PO: 0000). (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 44)

TÍTULO IV

DO CUSTEIO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

(Origem: PRT MS/GM 204/2007, CAPÍTULO II, Seção III)

CAPÍTULO I

DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Seção I

Do Quantitativo Máximo de Agentes de Combate às Endemias (ACE) Passível de Contratação com o Auxílio da Assistência Financeira Complementar (AFC) da União, de Acordo com os Parâmetros e Diretrizes Estabelecidos no Art. 2º do Decreto nº 8.474, de 22 de Junho de 2015

Art. 416. Esta Seção define o quantitativo máximo de ACE passível de contratação com o auxílio da Assistência Financeira Complementar (AFC) da União, de acordo com os parâmetros e diretrizes estabelecidos no art. 2º do Decreto nº 8.474, de 22 de junho de 2015. (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 1º)

Art. 417. O quantitativo máximo de que trata o "caput" encontra-se na forma de lista disponível no portal do Ministério da Saúde, cujo acesso pode ser realizado pelo endereço eletrônico www.saude.gov.br/svs. (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 2º)

Art. 418. Os parâmetros referentes à quantidade máxima de ACE passível de contratação, em função da população e das peculiaridades locais, estão relacionados às ações de campo de vigilância e controle de vetores e das endemias prevalentes em todo território nacional e considerarão: (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 3º)

I - o enfoque nas atividades de controle de vetores e de endemias mais prevalentes, considerados os perfis epidemiológico e demográfico da localidade; (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 3º, I)

II - a integração das ações dos ACE à equipe de Atenção Básica em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 3º, II)

III - a garantia de, no mínimo, 1 (um) ACE por município. (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 3º, III)

Art. 419. Os gestores municipais do SUS são responsáveis pelo cadastro no SCNES dos seus respectivos ACE, conforme disposto no Decreto nº 8.474, de 22 de junho de 2015. (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 4º)

Art. 420. Para recebimento de AFC, os gestores locais do SUS deverão: (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 5º)

I - comprovar, por meio do cadastro no SCNES, o vínculo direto dos ACE com o respectivo ente federativo e a realização da jornada de trabalho semanal de 40 (quarenta) horas; e (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 5º, I)

II - observar as atividades do ACE descritas no art. 4º da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, e nas diretrizes das políticas de vigilância em saúde definidas nos atos normativos editados pelo Ministério da Saúde, tais como: (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 5º, II)

a) desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas à prevenção e ao controle de doenças e agravos à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 5º, II, a)

b) executar ações de prevenção e controle de doenças e agravos à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 5º, II, b)

c) identificar casos suspeitos dos agravos e doenças agravos à saúde e encaminhar, quando indicado, para a unidade de saúde de referência, comunicando o fato à autoridade sanitária responsável; (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 5º, II, c)

d) divulgar informações para a comunidade sobre sinais e sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva; (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 5º, II, d)

e) executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica e coleta de reservatórios de doenças; (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 5º, II, e)

f) realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção e controle de doenças; (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 5º, II, f)

g) executar ações de prevenção e controle de doenças utilizando as medidas de controle químico e biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores; (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 5º, II, g)

h) executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 5º, II, h)

i) registrar as informações referentes às atividades executadas de acordo com as normas do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 5º, II, i)

j) realizar identificação e cadastramento de situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada principalmente aos fatores ambientais; e (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 5º, II, j)

k) mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores. (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 5º, II, k)

Art. 421. Excepcionalmente, o ACE poderá manter vínculo direto com o estado para exercício de suas funções no município, desde que: (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 6º)

I - o referido ACE seja contabilizado no quantitativo máximo de ACE passível de contratação pelo respectivo município nos termos desta Seção; (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 6º, I)

II - seja respeitado o quantitativo máximo de ACE passível de contratação pelo respectivo município nos termos desta Seção; e (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 6º, II)

III - mediante deliberação e aprovação da respectiva CIB, com prévia comunicação à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 6º, III)

Parágrafo Único. Na hipótese do "caput", o repasse do recurso financeiro na forma de AFC será efetuado diretamente ao estado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 422. O quantitativo máximo de ACE passível de contratação de que trata esta Seção poderá ser revisto pelo Ministério da Saúde, de acordo com as diretrizes e parâmetros dispostos no art. 418 e a disponibilidade orçamentária. (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 7º)

Art. 423. Fica revisado o quantitativo máximo de Agentes de Combate às Endemias (ACE) passível de contratação com o auxílio da assistência financeira complementar da União, considerando os parâmetros e diretrizes estabelecidos no Decreto nº 8.474, de 22 de junho de 2015 e na Seção I do Capítulo I do Título IV. (Origem: PRT MS/GM 535/2016, Art. 1º)

Parágrafo Único. O quantitativo máximo de que trata o "caput" encontra-se na forma de lista disponível no sitio eletrônico do Ministério da Saúde, cujo acesso pode ser realizado pelo endereço eletrônico www.saude.gov.br/svs. (Origem: PRT MS/GM 535/2016, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 424. O cadastro do ACE deverá ser atualizado com a utilização do código definitivo de Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) 5151-40 - AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS, estabelecido pelo Ministério do Trabalho, em substituição ao código provisório da CBO nº 5151-F1. (Origem: PRT MS/GM 535/2016, Art. 2º)

Seção II

Do Repasse dos Recursos da Assistência Financeira Complementar (AFC) da União para o Cumprimento do Piso Salarial Profissional Nacional dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) e do Incentivo Financeiro para Fortalecimento de Políticas Afetas à Atuação dos ACE, de que Tratam os art. 9º-C e 9º-D da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006

Art. 425. Esta Seção define a forma de repasse dos recursos de AFC da União para o cumprimento do piso salarial profissional nacional dos ACE e do incentivo financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos ACE, de que tratam os art. 9º-C e 9º-D da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. (Origem: PRT MS/GM 1243/2015, Art. 1º)

Art. 426. A AFC de que trata o "caput" corresponde a 95% (noventa e cinco por cento) do piso salarial nacional vigente do ACE de que trata o art. 9º-A da Lei nº 11.350, de 2006. (Origem: PRT MS/GM 1243/2015, Art. 2º)

§ 1º O repasse dos recursos financeiros será efetuado periodicamente em cada exercício, que corresponderá a 12 (doze) parcelas mensais, incluindo-se mais 1 (uma) parcela adicional no último trimestre de cada ano. (Origem: PRT MS/GM 1243/2015, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Para fins do disposto no § 1º, a parcela adicional será calculada com base no número de ACE registrados no SCNES no mês de novembro do ano vigente multiplicado pelo valor da AFC. (Origem: PRT MS/GM 1243/2015, Art. 2º, § 2º)

Art. 427. O repasse de recursos financeiros nos termos desta Seção será efetuado pelo Ministério da Saúde aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, por meio de AFC, proporcionalmente ao número de ACE cadastrados no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) que cumpram os requisitos da Lei nº 11.350, de 2006, até o quantitativo máximo de ACE passível de contratação nos termos da Seção I do Capítulo I do Título IV. (Origem: PRT MS/GM 1243/2015, Art. 3º)

§ 1º O recurso financeiro a ser repassado na forma de AFC será deduzido do montante do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) vigente para o respectivo ente federativo, na medida em que os estados, Distrito Federal e municípios realizem o cadastro no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 1243/2015, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Para fins do disposto no § 1º, o Ministério da Saúde deduzirá até o limite de 50% (cinquenta por cento) dos recursos do PFVS do respectivo ente federativo. (Origem: PRT MS/GM 1243/2015, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Caso o limite estabelecido no § 2º seja ultrapassado, o Ministério da Saúde complementará os recursos financeiros na forma de AFC até o quantitativo máximo de ACE passível de contratação nos termos da Seção I do Capítulo I do Título IV. (Origem: PRT MS/GM 1243/2015, Art. 3º, § 3º)

Art. 428. A SVS/MS monitorará mensalmente o cadastro dos ACE realizado pelos estados, Distrito Federal e municípios no SCNES, visando à verificação do atendimento dos requisitos contidos na Lei nº 11.350, de 2006, para repasse dos recursos financeiros na forma de AFC. (Origem: PRT MS/GM 1243/2015, Art. 4º)

Parágrafo Único. Na hipótese de ACE com vínculo direto com o estado para exercício de suas funções no município, o repasse do recurso financeiro na forma de AFC será efetuado diretamente ao estado pelo Ministério da Saúde e desde que atenda os critérios definidos nos termos do art. 421. (Origem: PRT MS/GM 1243/2015, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 429. O incentivo financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação de ACE, instituído nos termos do art. 9º-D da Lei nº 11.350, de 2006, será concedido aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios de acordo com o quantitativo máximo de ACE passível de contratação nos termos da Seção I do Capítulo I do Título IV. (Origem: PRT MS/GM 1243/2015, Art. 5º)

§ 1º O valor mensal do incentivo financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação de ACE de que trata o "caput" será de 5% (cinco por cento) sobre o valor do piso salarial de que trata o art. 9º-A da Lei nº 11.350, de 2006, por ACE que esteja com seu vínculo regularmente formalizado perante o respectivo ente federativo, observado o quantitativo máximo de ACE passível de contratação, nos termos Seção I do Capítulo I do Título IV. (Origem: PRT MS/GM 1243/2015, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O repasse dos recursos financeiros de que trata o "caput" deste artigo será efetuado periodicamente em cada exercício, que corresponderá a 12 (doze) parcelas mensais, incluindo-se mais 1 (uma) parcela adicional no último trimestre de cada ano, a qual será calculada com base no número de ACE registrados no SCNES no mês de novembro do ano vigente, multiplicado pelo valor vigente do incentivo financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos ACE. (Origem: PRT MS/GM 1243/2015, Art. 5º, § 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2031/2015)

Art. 430. Os recursos financeiros para o cumprimento do disposto nesta Seção são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática 10.305.2015.20AL - Incentivo Financeiro aos estados, Distrito Federal e municípios para a Vigilância em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1243/2015, Art. 6º)

CAPÍTULO II

DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Seção I

Do Financiamento das Ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, Relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

Art. 431. Os recursos federais transferidos para estados, Distrito Federal e municípios para financiamento das ações de Vigilância em Saúde estão organizados no Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde e são constituídos por: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 13)

I - Componente de Vigilância em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 13, I)

II - Componente da Vigilância Sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 13, II)

Parágrafo Único. Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente do Bloco de Vigilância em Saúde, desde que cumpridas as finalidades previamente pactuadas no âmbito da CIT para execução das ações e observada a legislação pertinente em vigor. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 432. Os recursos do Bloco de Vigilância em Saúde serão repassados mensalmente de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde dos Estados, Distrito Federal e municípios para uma conta única e específica. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 14)

Art. 433. O Componente de Vigilância em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 15)

I - vigilância; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 15, I)

II - prevenção e controle de doenças e agravos e dos seus fatores de risco; e (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 15, II)

III - promoção. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 15, III)

§ 1º A aplicação dos recursos oriundos do Componente de Vigilância em Saúde guardará relação com as responsabilidades estabelecidas na regulamentação das responsabilidades e diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, sendo constituído em: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 15, § 1º)

I - Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS); e (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 15, § 1º, I)

II - Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS); (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 15, § 1º, II)

III - Assistência Financeira aos Agentes de Combate às Endemias. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 15, § 1º, III) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1955/2015)

§ 2º Os valores do PFVS serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 15, § 2º)

Art. 434. O PFVS compõe-se de um valor "per capita" estabelecido com base na estratificação das unidades federadas em função da situação epidemiológica e grau de dificuldade operacional para a execução das ações de vigilância em saúde. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 16)

Parágrafo Único. Para efeito do PFVS, as unidades federativas são agrupadas nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 16, Parágrafo Único)

I - Estrato I: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e municípios pertencentes à Amazônia Legal dos Estados do Maranhão (1) e Mato Grosso (1); (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 16, Parágrafo Único, I)

II - Estrato II: Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão (2), Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso (2), Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe; e (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 16, Parágrafo Único, II)

III - Estrato III: Distrito Federal, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 16, Parágrafo Único, III)

Art. 435. A divisão dos recursos que compõem o PFVS entre a Secretaria de Estado da Saúde e as secretarias municipais de saúde será aprovada no âmbito da CIB, observados os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 17)

I - as secretarias estaduais de saúde perceberão valores equivalentes a, no mínimo, 10% (dez por cento) do PFVS atribuído ao Estado correspondente; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 17, I)

II - cada Município perceberá valores equivalentes a no mínimo 60% (sessenta por cento) do "per capita" do PFVS atribuído ao Estado correspondente; e (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 17, II)

III - cada capital e município que compõe sua região metropolitana perceberá valores equivalentes a no mínimo 80% do "per capita" do PFVS atribuído ao Estado correspondente. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 17, III)

Parágrafo Único. A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal perceberá o montante total relativo ao PFVS atribuído a esta unidade federativa. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 17, Parágrafo Único)

Art. 436. O PVVS é constituído pelos seguintes incentivos financeiros específicos, recebidos mediante adesão pelos entes federativos, regulamentados conforme atos específicos do Ministro de Estado da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 18)

I - incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, na forma do Anexo 1; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 18, I)

II - incentivo às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e hepatites virais; e (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 18, II)

III - Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 18, III)

Parágrafo Único. O conjunto das ações executadas poderá ser ajustado em função da situação epidemiológica, incorporação de novas tecnologias ou outro motivo que assim justifique, mediante registro no Relatório de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 18, Parágrafo Único)

Art. 437. A Assistência Financeira aos Agentes de Combate às Endemias é constituída pelos seguintes incentivos específicos, recebidos mediante adesão pelos entes federativos, nos termos da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, alterada pela Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014, e do Decreto nº 8.474, de 22 de junho de 2015: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 18-A)

I - Assistência Financeira Complementar da União; e (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 18-A, I)

II - Incentivo Financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos Agentes de Combate às Endemias (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 18-A, II)

Art. 438. O incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, do PVVS, será composto pela unificação dos seguintes incentivos: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 19)

I - Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE); (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 19, I)

II - Serviço de Verificação de Óbito (SVO); (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 19, II)

III - Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP); (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 19, III)

IV - Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (FINLACEN); (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 19, V)

V - Vigilância Epidemiológica da Influenza; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 19, VI)

VI - Ações do Projeto Vida no Trânsito; e (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 19, VII)

VII - Ações de Promoção da Saúde do Programa Academia da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 19, VIII)

Parágrafo Único. As secretarias de saúde dos estados, Distrito Federal e municípios que, na data da publicação da Portaria nº 1378/GM/MS, de 09 de julho de 2013, recebam os incentivos de que trata o "caput", garantirão a manutenção do conjunto de ações para os quais se destinam. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 439. O incentivo para as ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/AIDS e hepatites virais será composto pela unificação dos seguintes incentivos: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 20)

I - Qualificação das Ações de Vigilância e Promoção da Saúde as DST/AIDS e hepatites virais; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 20, I)

II - Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS; e (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 20, II)

III - Fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 20, III)

Parágrafo Único. As secretarias de saúde dos estados, Distrito Federal e municípios que, na data da publicação da Portaria nº 1378/GM/MS, de 09 de julho de 2013, recebam os incentivos de que trata o "caput", garantirão a manutenção do conjunto das ações programadas na oportunidade de sua instituição, incluindo o apoio a organizações da sociedade civil para o desenvolvimento de ações de prevenção e/ou de apoio às pessoas vivendo com HIV/AIDS e hepatites virais. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 20, Parágrafo Único)

Art. 440. O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde tem como objetivo induzir o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde no âmbito estadual, distrital e municipal e será regulamentado por ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 21)

Art. 441. A SVS/MS disporá de uma reserva estratégica federal para emergências epidemiológicas, constituída de valor equivalente a 5% (cinco por cento) dos recursos anuais do Componente de Vigilância em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 22)

Parágrafo Único. Os recursos não aplicados serão repassados para as secretarias de saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, conforme critérios propostos pelo Ministério da Saúde e aprovados na CIT. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 22, Parágrafo Único)

Art. 442. O detalhamento dos valores referentes ao repasse federal do Componente de Vigilância em Saúde será publicado por ato do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 23)

Art. 443. O Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, constituído de: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 24)

I - Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVisa): destinados a estados, Distrito Federal e municípios, visando o fortalecimento do processo de descentralização, a execução das ações de vigilância sanitária e para a qualificação das análises laboratoriais de interesse para a vigilância sanitária; e (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 24, I)

II - Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVVisa): destinados a estados, Distrito Federal e municípios, na forma de incentivos específicos para implementação de estratégias voltadas à Vigilância Sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 24, II)

Art. 444. Os valores do PFVisa serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo IBGE. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 25)

Parágrafo Único. Caso haja redução populacional e verificando-se a presença de necessidades de saúde da população, será dispensado, mediante prévia pactuação na CIT, o ajuste de que trata o caput. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 25, Parágrafo Único)

Art. 445. O PFVisa, para o Distrito Federal e os estados, é composto por valor "per capita" estadual e por valores destinados ao FINLACEN-VISA. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 26)

Parágrafo Único. Fica estabelecido um Limite Mínimo de Repasse estadual (LMRe), no âmbito do PFVisa, que trata de recursos financeiros mínimos destinados aos estados e ao Distrito Federal para estruturação dos serviços estaduais de vigilância sanitária, para o fortalecimento do processo de descentralização e para a execução das ações de vigilância sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 26, Parágrafo Único)

Art. 446. O PFVisa, para os municípios, é composto por valor "per capita" municipal destinado às ações estruturantes e estratégicas de vigilância sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 27)

Parágrafo Único. Fica estabelecido um Limite Mínimo de Repasse municipal (LMRm), no âmbito do PFVisa, que trata de recursos financeiros mínimos destinados aos municípios para estruturação dos serviços municipais de vigilância sanitária, para o fortalecimento do processo de descentralização e para a execução das ações de vigilância sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 27, Parágrafo Único)

Art. 447. O PVVisa é constituído por incentivos financeiros específicos para implementação de estratégias nacionais de interesse da vigilância sanitária, relativas à necessidade de saúde da população, definidas de forma tripartite. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 28)

Art. 448. O detalhamento dos valores de que tratam os arts. 445, 446 e 447 serão definidos em ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 29)

Art. 449. A manutenção do repasse dos recursos do Componente da Vigilância Sanitária está condicionada a: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 34)

I - cadastramento dos serviços de vigilância sanitária no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 34, I)

II - preenchimento mensal dos procedimentos de VISA no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 34, II)

Art. 450. É de responsabilidade das secretarias estaduais de saúde o monitoramento da regularidade da transferência dos dados dos municípios situados no âmbito de seu estado. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 35)

Art. 451. O bloqueio do repasse do Componente da Vigilância Sanitária para estados, Distrito Federal e municípios será regulamentado em ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 37)

Art. 452. A relação de secretarias estaduais, distrital e municipais de Saúde que tiveram seus recursos bloqueados será publicada em ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 38)

Art. 453. O Fundo Nacional de Saúde efetuará o desbloqueio do repasse dos recursos no mês seguinte ao restabelecimento do preenchimento dos sistemas de informação referentes aos meses que geraram o bloqueio. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 39)

§ 1º A regularização do repasse ocorrerá com a transferência retroativa dos recursos anteriormente bloqueados caso o preenchimento dos sistemas ocorra até 90 (noventa) dias da data de publicação do bloqueio. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 39, § 1º)

§ 2º A regularização do repasse ocorrerá sem a transferência dos recursos anteriormente bloqueados caso a alimentação dos sistemas ocorra após 90 (noventa) dias da data de publicação do bloqueio. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 39, § 2º)

§ 3º O Ministério da Saúde publicará em ato normativo específico a relação de secretarias estaduais, distrital e municipais de saúde que tiveram seus recursos desbloqueados. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 39, § 3º)

Seção II

Dos Parâmetros para Monitoramento da Regularidade na Alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), para Fins de Manutenção do Repasse de Recursos do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) e do Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) do Bloco de Vigilância em Saúde

Art. 454. A manutenção do repasse dos recursos do PFVS e PVVS está condicionada à alimentação regular do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), conforme regulamentações específicas destes Sistemas. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 33) (com redação dada pela PRT MS/GM 1955/2015)

Art. 455. O bloqueio do repasse do PFVS e PVVS para estados, Distrito Federal e municípios dar-se-á caso sejam constatados 2 (dois) meses consecutivos sem preenchimento de um dos sistemas de informações estabelecidos no art. 454, segundo parâmetros a serem publicados em ato específico da SVS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 36) (com redação dada pela PRT MS/GM 1955/2015)

Seção III

Dos Critérios para o Repasse e Monitoramento dos Recursos Financeiros Federais do Componente da Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, para Estados, Distrito Federal e Municípios

Art. 456. Ficam estabelecidos os critérios para o repasse e monitoramento dos recursos financeiros federais do Componente da Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, para estados, Distrito Federal e municípios, de que trata o art. 431, II. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 1º)

Subseção I

Dos Critérios de Repasse

(Origem: PRT MS/GM 475/2014, CAPÍTULO I)

Art. 457. O Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, constituído de: (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 2º)

I - Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVISA): destinados a estados, Distrito Federal e municípios, visando o fortalecimento do processo de descentralização, a execução das ações de vigilância sanitária e a qualificação das análises laboratoriais de interesse para a vigilância sanitária; e (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 2º, I)

II - Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVVISA): destinados a estados, Distrito Federal e municípios, na forma de incentivos específicos para implementação de estratégias voltadas à Vigilância Sanitária. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 2º, II)

Art. 458. Os valores das transferências de recursos financeiros federais do PFVISA do Componente da Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, de que trata o art. 443, totalizam R$ 253.991.981,85 (duzentos e cinquenta e três milhões, novecentos e noventa e um mil novecentos e oitenta e um reais e oitenta e cinco centavos), a serem custeados com dotações orçamentárias constantes do Programa de Governo "Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS)" nas seguintes unidades orçamentárias: (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 3º)

I - Fundo Nacional de Saúde: no montante total de R$ 185.000.000,00 (cento e oitenta e cinco milhões de reais), na Ação Orçamentária 10.304.2015.20AB "Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para Execução de Ações de Vigilância Sanitária"; e (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 3º, I)

II - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): no montante total de R$ 68.991.981,85 (sessenta e oito milhões, novecentos e noventa e um mil novecentos e oitenta e um reais e oitenta e cinco centavos), na Ação Orçamentária 10.304.2015.8719 - Vigilância Sanitária de Produtos, Serviços e Ambientes, Tecidos, Células e Órgãos Humanos - Nacional e 10.304.2015.20AB - Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para Execução de Ações de Vigilância Sanitária. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 3º, II)

Art. 459. O Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVISA) a ser transferido aos estados será calculado mediante: (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 4º)

I - valor per capita, calculado à razão de R$ 0,30 (trinta centavos) por habitante/ano ou Limite Mínimo de Repasse Estadual (LMRe), no valor de R$ 630.000,00 (seiscentos e trinta mil reais) para unidades federadas, cujo valor per capita configurar um montante abaixo do LMRe, conforme Anexo XXXV ; (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 4º, I)

II - recursos da ANVISA, conforme Anexo XXXV ; (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 4º, II)

III - valor relativo ao FINLACEN/Visa, conforme Anexos XXXVII e XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 4º, III)

Art. 460. O Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVISA) a ser transferido ao Distrito Federal será calculado mediante: (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 5º)

I - valor per capita à razão de R$ 0,90 (noventa centavos) por habitante/ano, composto por per capita estadual à razão de R$ 0,30 (trinta centavos), conforme Anexo XXXV e per capita municipal à razão de R$ 0,60 (sessenta centavos), conforme Anexo XXXVI ; (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 5º, I)

II - recurso da ANVISA, conforme Anexo XXXV ; (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 5º, II)

III - valor relativo ao FINLACEN/Visa, conforme Anexo XXXVII . (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 5º, III)

Art. 461. O Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVISA) a ser transferido aos municípios será calculado mediante: (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 6º)

I - valor per capita à razão de R$ 0,60 (sessenta centavos) por habitante/ano ou o Limite Mínimo de Repasse Municipal (LMRm), no valor de R$ 12.000,00 (doze mil reais) para os Municípios cujo valor per capita configurar um montante abaixo do LMRm, conforme Anexo XXXVI . (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 6º, I)

Art. 462. Os valores do PFVISA serão repassados mensalmente de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 7º)

Art. 463. Os valores do PFVISA serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo IBGE. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 8º)

Parágrafo Único. Caso haja redução populacional serão mantidos os valores atualmente praticados. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 464. O PVVISA é constituído pelo montante de R$ 11.675.146,22 (onze milhões seiscentos e setenta e cinco mil cento e quarenta e seis reais e vinte e dois centavos) para implementação de estratégias nacionais de interesse da vigilância sanitária, definidas de forma tripartite e publicada em ato específico. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 9º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2683/2016)

Subseção II

Dos Critérios para a Manutenção de Repasse dos Recursos

(Origem: PRT MS/GM 475/2014, CAPÍTULO II)

Art. 465. A manutenção do repasse dos recursos, do Componente da Vigilância Sanitária do Bloco de Vigilância em Saúde, dependerá da regularidade na alimentação dos dados pelos estados, Distrito Federal e municípios nos Sistemas SCNES e SIA/SUS. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 10)

§ 1º Considera-se situação regular no SCNES o cadastramento e atualizações referentes aos serviços especializados de vigilância sanitária, observando-se os procedimentos estabelecidos na Portaria nº 299/SAS/MS, de 11 de setembro de 2009, e Portaria nº 500/SAS/MS, de 24 de dezembro de 2009, além de suas alterações;(Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 10, § 1º)

§ 2º Para fins de cadastro no SCNES, fica determinada a utilização da Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde nº 7, ou novos modelos que venham a ser instituídos pelo Ministério da Saúde, como documento-padrão de uso obrigatório em todo o território nacional para o cadastramento do Serviço Especializado de Vigilância Sanitária (Código do Serviço 141 - Vigilância em Saúde, Código da Classificação 002 - Vigilância Sanitária). (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 10, § 2º)

§ 3º Considera-se situação regular no SIA/SUS a alimentação mensal dos procedimentos de vigilância sanitária pelos estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 10, § 3º)

§ 4º Para fins de alimentação do SIA/SUS, fica determinada a utilização do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) ou novos modelos que venham a ser instituídos pelo Ministério da Saúde, como documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, para a coleta dos dados dos procedimentos de vigilância sanitária. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 10, § 4º)

Art. 466. A Secretaria de Saúde de estado, do Distrito Federal e do município que não possuir cadastro no SCNES, conforme o estabelecido no art. 465, § 1º e não preencher o SIA/SUS por 3 (três) meses consecutivos, conforme o art. 296 da Portaria de Consolidação nº 1, terá o repasse de recurso do Componente de Vigilância Sanitária bloqueado. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 11)

Art. 467. O detalhamento das ações de vigilância sanitária será inserido na Programação Anual da Saúde (PAS) observadas as diretrizes constantes nos Planos de Saúde dos entes federativos. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 12)

Art. 468. Os demonstrativos das ações, resultados alcançados e da aplicação dos recursos comporão o Relatório Anual de Gestão (RAG) em cada esfera de gestão, submetido ao respectivo Conselho de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 13)

Subseção III

Do Processo de Acompanhamento do SCNES e SIA/SUS e dos Relatórios de Monitoramento para fins de Manutenção dos Recursos do Componente de Vigilância Sanitária

(Origem: PRT MS/GM 475/2014, CAPÍTULO III)

Art. 469. A ANVISA realizará acompanhamento mensal, após disponibilização dos dados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), da situação dos estados, Distrito Federal e municípios, quanto à regularidade do SCNES e alimentação do SIA/SUS. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 14)

Parágrafo Único. Os resultados serão divulgados no portal da ANVISA para acompanhamento dos estados, DF e municípios. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 470. A ANVISA apresentará, até o 5º dia útil dos meses de janeiro, maio e setembro, Relatórios de Monitoramento, que servirão de base para observação da manutenção do repasse dos recursos do Componente de Vigilância Sanitária. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 15)

I - o Relatório de Monitoramento de janeiro será construído a partir da verificação do cadastro no SCNES e da produção no SIA/SUS dos meses de junho a outubro do ano anterior, para fins de repasse dos recursos financeiros relativos aos meses de janeiro a abril do ano em curso; (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 15, I)

II - o Relatório de Monitoramento de maio será construído a partir da verificação do cadastro no SCNES e da produção no SIA/SUS dos meses de outubro a dezembro do ano anterior e janeiro e fevereiro do ano em curso, para fins de repasse dos recursos financeiros relativos aos meses de maio a agosto do ano em curso; e(Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 15, II)

III - o Relatório de Monitoramento de setembro será construído a partir da verificação do cadastro no SCNES e da produção no SIA/SUS dos meses de fevereiro a junho do ano em curso, para fins de repasse dos recursos financeiros relativos aos meses de setembro a dezembro do ano em curso. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 15, III)

Parágrafo Único. O Ministério da Saúde editará ato normativo específico contendo a relação das secretarias de saúde que tiverem seus recursos bloqueados. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 471. O Fundo Nacional de Saúde efetuará o desbloqueio do repasse dos recursos no mês seguinte ao restabelecimento do preenchimento dos sistemas de informação referentes aos meses que geraram o bloqueio. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 16)

§ 1º A regularização do repasse ocorrerá com a transferência retroativa dos recursos anteriormente bloqueados caso o preenchimento dos sistemas ocorra até 90 (noventa) dias da data de publicação do bloqueio. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 16, § 1º)

§ 2º A regularização do repasse ocorrerá sem a transferência dos recursos anteriormente bloqueados caso a alimentação dos sistemas ocorra após 90 (noventa) dias da data de publicação do bloqueio. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 16, § 2º)

§ 3º O Ministério da Saúde publicará em ato normativo específico a relação de Secretarias Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde que tiveram seus recursos desbloqueados. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 16, § 3º)

Subseção IV

Disposições Finais

(Origem: PRT MS/GM 475/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 472. As situações relacionadas com problemas técnicos nos aplicativos dos Sistemas, na transmissão de dados, na implantação de novas versões e/ou nas atualizações não serão consideradas como inadimplência para fins de bloqueio de repasse financeiro. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 18)

Parágrafo Único. Situações não previstas neste artigo serão analisadas pela ANVISA, mediante envio de justificativa pelo gestor estadual, do Distrito Federal ou municipal. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 18, Parágrafo Único)

Art. 473. O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência dos recursos aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, conforme definido no Anexo III da Portaria de Consolidação nº 4. (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 20)

Art. 474. A ANVISA fica autorizada a transferir ao Fundo Nacional de Saúde, segundo a dotação orçamentária referida no art. 4º do Anexo XVIII da Portaria de Consolidação nº 2, os valores discriminados nos Anexos VI, VII e VIII . (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Art. 21)

Seção IV

Do Financiamento do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), Metodologia de Adesão e Critérios de Avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios

Art. 475. Cada ente federativo participante do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) que atender os requisitos previstos em sua regulamentação receberá o valor correspondente até 20% (vinte por cento) do valor anual do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) a que faz jus nos termos do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 4 e em atos normativos específicos que a regulamentam. (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 4º)

§ 1º Após a conclusão da Fase de Adesão, os estados, Distrito Federal e municípios receberão valor financeiro correspondente a 50% (cinquenta por cento) do valor integral do incentivo financeiro do PQA-VS, por meio de transferência, em parcela única, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O valor a ser transferido para estados, Distrito Federal e municípios nos anos subsequentes à sua adesão ao PQA-VS será estabelecido em função dos resultados da Fase de Avaliação, respeitado o limite estabelecido no "caput". (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 4º, § 2º)

§ 3º O valor de que trata o § 1º apenas será devido ao ente federativo participante na primeira adesão ao PQA-VS, sendo vedado novo repasse em caso de saída do Programa e eventual nova adesão. (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 4º, § 3º)

Art. 476. O repasse de recursos financeiros do PQA-VS para o Distrito Federal e os Municípios que a ele aderiram até a data de publicação da Portaria nº 2778/GM/MS, de 18 de dezembro de 2014 ocorrerá, a partir do ano de 2014, mediante o atendimento dos critérios, das metas e dos compromissos definidos nos termos dos arts. 477, 478 e 479 e do Anexo XCVIII da Portaria de Consolidação nº 5 e das demais regras vigentes previstas no Capítulo V do Título VI da Portaria de Consolidação nº 5. (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 2º)

Parágrafo Único. As novas adesões de entes federativos ao PQA-VS observarão o regramento disposto nesta Seção e as demais regras vigentes previstas no Capítulo V do Título VI da Portaria de Consolidação nº 5. (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 477. A relação das metas, com seus respectivos indicadores, que expressam os compromissos e responsabilidades de Estados, Distrito Federal e Municípios, no âmbito do PQA-VS, será definida em Portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 3º)

Parágrafo Único. Os valores das metas definidas não poderão ser alterados pelo ente federativo que aderir ao PQA-VS. (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 3º, § 1º)

Art. 478. O valor dos recursos financeiros do PQA-VS a serem transferidos para os Municípios a partir do ano de 2014 será definido pelo número de metas alcançadas de acordo com a estratificação especificada a seguir: (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º)

I - Municípios com população menor ou igual a 10.000 (dez mil) habitantes: (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, I)

a) o Município que alcançar a meta de 1 (um) indicador receberá 10% (dez por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, I, a)

b) o Município que alcançar a meta de 2 (dois) indicadores receberá 30% (trinta por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, I, b)

c) o Município que alcançar a meta de 3 (três) indicadores receberá 50% (cinquenta por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, I, c)

d) o Município que alcançar a meta de 4 (quatro) indicadores receberá 70% (setenta por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, I, d)

e) o Município que alcançar a meta de 5 (cinco) indicadores receberá 90% (noventa por cento) do valor do incentivo; e (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, I, e)

f) o Município que alcançar a meta de 6 (seis) indicadores receberá 100% (cem por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, I, f)

II - Municípios com população entre 10.001 (dez mil e um) e 30.000 (trinta mil) habitantes: (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, II)

a) o Município que alcançar a meta de 1 (um) indicador receberá 10% (dez por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, II, a)

b) o Município que alcançar a meta de 2 (dois) indicadores receberá 25% (vinte e cinco por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, II, b)

c) o Município que alcançar a meta de 3 (três) indicadores receberá 40% (quarenta por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, II, c)

d) o Município que alcançar a meta de 4 (quatro) indicadores receberá 55% (cinquenta e cinco por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, II, d)

e) o Município que alcançar a meta de 5 (cinco) indicadores receberá 75% (setenta e cinco por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, II, e)

f) o Município que alcançar a meta de 6 (seis) indicadores receberá 90% (noventa por cento) do valor do incentivo; e (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, II, f)

g) o Município que alcançar a meta de 7 (sete) indicadores receberá 100% (cem por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, II, g)

III - Municípios com população entre 30.001 (trinta mil e um) e 50.000 (cinquenta mil) habitantes: (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, III)

a) o Município que alcançar a meta de 1 (um) indicador receberá 10% (dez por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, III, a)

b) o Município que alcançar a meta de 2 (dois) indicadores receberá 25% (vinte e cinco por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, III, b)

c) o Município que alcançar a meta de 3 (três) indicadores receberá 40% (quarenta por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, III, c)

d) o Município que alcançar a meta de 4 (quatro) indicadores receberá 50% (cinquenta por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, III, d)

e) o Município que alcançar a meta de 5 (cinco) indicadores receberá 65% (sessenta e cinco por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, III, e)

f) o Município que alcançar a meta de 6 (seis) indicadores receberá 80% (oitenta por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, III, f)

g) o Município que alcançar a meta de 7 (sete) indicadores receberá 90% (noventa por cento) do valor do incentivo; e (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, III, g)

h) o Município que alcançar a meta de 8 (oito) indicadores receberá 100% (cem por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, III, h)

IV - Municípios com população entre 50.001 (cinquenta mil e um) e 100.000 (cem mil) habitantes: (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, IV)

a) o Município que alcançar a meta de 1 (um) indicador receberá 10% (dez por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, IV, a)

b) o Município que alcançar a meta de 2 (dois) indicadores receberá 20% (vinte por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, IV, b)

c) o Município que alcançar a meta de 3 (três) indicadores receberá 30% (trinta por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, IV, c)

d) o Município que alcançar a meta de 4 (quatro) indicadores receberá 40% (quarenta por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, IV, d)

e) o Município que alcançar a meta de 5 (cinco) indicadores receberá 50% (cinquenta por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, IV, e)

f) o Município que alcançar a meta de 6 (seis) indicadores receberá 60% (sessenta por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, IV, f)

g) o Município que alcançar a meta de 7 (sete) indicadores receberá 70% (setenta por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, IV, g)

h) o Município que alcançar a meta de 8 (oito) indicadores receberá 90% (noventa por cento) do valor do incentivo; e (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, IV, h)

i) o Município que alcançar a meta de 9 (nove) indicadores receberá 100% (cem por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, IV, i)

V - Municípios com população acima de 100.000 (cem mil) habitantes: (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, V)

a) o Município que alcançar a meta de 1 (um) indicador receberá 10% (dez por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, V, a)

b) o Município que alcançar a meta de 2 (dois) indicadores receberá 20% (vinte por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, V, b)

c) o Município que alcançar a meta de 3 (três) indicadores receberá 30% (trinta por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, V, c)

d) o Município que alcançar a meta de 4 (quatro) indicadores receberá 40% (quarenta por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, V, d)

e) o Município que alcançar a meta de 5 (cinco) indicadores receberá 50% (cinquenta por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, V, e)

f) o Município que alcançar a meta de 6 (seis) indicadores receberá 60% (sessenta por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, V, f)

g) o Município que alcançar a meta de 7 (sete) indicadores receberá 70% (setenta por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, V, g)

h) o Município que alcançar a meta de 8 (oito) indicadores receberá 80% (oitenta por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, V, h)

i) o Município que alcançar a meta de 9 (nove) indicadores receberá 90% (noventa por cento) do valor do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, V, i)

j) o Município que alcançar a meta de 10 (dez) indicadores receberá 95% (noventa por cento) do valor do incentivo; e (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, V, j)

k) o Município que alcançar a meta de 11 (onze) indicadores receberá 100% (cem por cento) do valor do incentivo. (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 4º, V, k)

Art. 479. O valor dos recursos financeiros do PQA-VS a ser transferido para o Distrito Federal seguirá os critérios estabelecidos no art. 478, V. (Origem: PRT MS/GM 2778/2014, Art. 5º)

Art. 480. O valor dos recursos financeiros do PQA-VS a ser transferido para os estados será definido de acordo com os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 11)

I - 25% (vinte e cinco por cento) do valor do incentivo quando 90% (noventa por cento) dos municípios que aderiram ao PQA-VS alcançarem a meta em, pelo menos, 30% (trinta por cento) dos indicadores necessários em cada porte populacional para receber o total do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 11, I)

II - 50% (cinquenta por cento) do valor do incentivo quando 90% (noventa por cento) dos municípios que aderiram alcançarem a meta em, pelo menos, 50% (cinquenta por cento) dos indicadores necessários em cada porte populacional para receber o total do incentivo; (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 11, II)

III - 75% (setenta e cinco por cento) do valor do incentivo quando 90% (noventa por cento) dos municípios que aderiram alcançarem a meta em, pelo menos, 70% (setenta por cento) dos indicadores necessários em cada porte populacional para receber o total do incentivo; e (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 11, III)

IV - 100% (cem por cento) do valor do incentivo quando 80% (oitenta por cento) dos municípios que aderiram tenham alcançado a meta em, pelo menos, 90% (noventa por cento) dos indicadores necessários em cada porte populacional para receber o total do incentivo. (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 11, IV)

Art. 481. A transferência dos recursos financeiros do PQA-VS ocorrerá no terceiro trimestre do ano subsequente ao da adesão do respectivo ente federativo. (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 13)

Art. 482. Os recursos financeiros para a execução das atividades de que trata o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho - 10.305.2015.20AL - Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a Vigilância em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1708/2013, Art. 15)

Art. 483. O repasse dos recursos financeiros do PQA-VS decorre do cumprimento das metas estabelecidas no Anexo C da Portaria de Consolidação nº 5, considerando: (Origem: PRT MS/GM 2984/2016, Art. 3º)

I - para o Distrito Federal e os municípios, a estratificação especificada nos arts. 478 e 479 ; e (Origem: PRT MS/GM 2984/2016, Art. 3º, I)

II - para os estados, os critérios dispostos no art. 480. (Origem: PRT MS/GM 2984/2016, Art. 3º, II)

CAPÍTULO III

DOS INCENTIVOS FINANCEIROS PARA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Seção I

Do Incentivo Financeiro Destinado aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) para a Execução das Ações de Vigilância Sanitária

Art. 484. Fica regulamentado o incentivo para os Laboratórios de Saúde Pública da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária (FINLACEN-VISA) no Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3271/2007, Art. 1º)

Art. 485. Ficam estabelecidos critérios de porte e nível de complexidade para classificação dos Laboratórios de Saúde Pública da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária. (Origem: PRT MS/GM 3271/2007, Art. 2º)

§ 1º A classificação dos Laboratórios de Saúde Pública por porte se baseia na análise dos dados relativos à população e extensão territorial de cada estado e do Distrito Federal, conforme disposto no Anexo XLII e regulamentado na Portaria nº 2.606/GM, de 28 de dezembro de 2005. (Origem: PRT MS/GM 3271/2007, Art. 2º, § 1º)

§ 2º A classificação dos Laboratórios de Saúde Pública por nível de complexidade se baseia na análise dos dados relativos ao estágio de implementação do sistema da qualidade atual e na capacidade técnica e operacional instalada, conforme os Anexos XLIII e XLIV . (Origem: PRT MS/GM 3271/2007, Art. 2º, § 2º)

§ 3º O valor do incentivo financeiro variará de acordo com o porte e o nível do laboratório, conforme disposto no Anexo XLV . (Origem: PRT MS/GM 3271/2007, Art. 2º, § 3º)

§ 4º Para fins de repasse de recursos financeiros, o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) fica classificado como porte V e nível D. (Origem: PRT MS/GM 3271/2007, Art. 2º, § 4º)

Art. 486. Os valores mensais do FINLACEN-VISA a serem transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde, de forma regular e automática fundo a fundo, aos estados e ao Distrito Federal, para estruturação dos Laboratórios de Saúde Pública realizarem ações de vigilância sanitária, são os constantes no Anexo XLVI . (Origem: PRT MS/GM 3271/2007, Art. 3º)

Art. 487. Os valores mensais do FINLACEN-VISA a serem transferidos pela ANVISA à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) de forma regular e automática, para estruturação do Laboratório Federal de Saúde Pública realizar ações de vigilância sanitária, são os constantes no Anexo XLVII . (Origem: PRT MS/GM 3271/2007, Art. 4º)

Art. 488. Fica estabelecida como meta para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública, independente de porte ou nível, executar programas de monitoramento de produtos de risco e padrões de qualidade/segurança de produtos regionais e de outros produtos de interesse da saúde, definido com os serviços de vigilância sanitária estadual e municipal. (Origem: PRT MS/GM 3271/2007, Art. 5º)

Parágrafo Único. Os Laboratórios Municipais de Saúde Pública pactuarão em Comissão Intergestores Bipartite a realização de ações laboratoriais de vigilância sanitária. (Origem: PRT MS/GM 3271/2007, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 489. Os laboratórios que se tornarem referência nacional e regionais na Rede de Vigilância Sanitária do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB) receberão repasse de recursos financeiros adicionais. (Origem: PRT MS/GM 3271/2007, Art. 7º)

Art. 490. Os recursos federais necessários à viabilização do disposto nesta Seção serão provenientes das dotações consignadas no orçamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, constantes do Programa de Governo "Vigilância e Prevenção de Riscos decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços" na ação orçamentária 10.304.2015.8719 - Vigilância Sanitária de Produtos, Serviços e Ambientes, Tecidos, Células e Órgãos Humanos - Nacional e 10.304.2015.20AB - Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para Execução de Ações de Vigilância Sanitária, no valor de R$ 25.080.000,00 (vinte e cinco milhões e oitenta mil reais). (Origem: PRT MS/GM 3271/2007, Art. 8º)

Parágrafo Único. Fica a Agência Nacional de Vigilância Sanitária autorizada a proceder à descentralização do Fundo Nacional de Saúde e da FIOCRUZ das dotações orçamentárias necessárias à viabilização do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 3271/2007, Art. 8º, Parágrafo Único)

Seção II

Do Incentivo Financeiro Destinado aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen), para a Execução das Ações de Monitoramento de Alimentos, no Âmbito do Programa de Monitoramento de Resíduos de Medicamentos Veterinários em Alimentos de Origem Animal (PAMVET)

Art. 491. Regulamentar o repasse de incentivo financeiro para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN), no Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, destinado à ampliação da capacidade analítica e ao fomento do desenvolvimento tecnológico para a execução das ações de monitoramento de alimentos.(Origem: PRT MS/GM 3087/2010, Art. 1º)

Art. 492. Estabelecer como critérios para o repasse dos recursos a complexidade da atividade analítica e o número de amostras a serem monitoradas conforme compromissos firmados com o SNVS, utilizados na construção do índice para o cálculo do incentivo. (Origem: PRT MS/GM 3087/2010, Art. 2º)

Parágrafo Único. A demonstração da fórmula para a construção do índice de cálculo dos valores de repasse do incentivo e de sua aplicação consta do Anexo LIX . (Origem: PRT MS/GM 3087/2010, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 493. Os valores do incentivo constante dos Anexos LX e LXI serão transferidos para fortalecer a estruturação dos Laboratórios de Saúde Pública na realização de ações de monitoramento de alimentos da seguinte forma: Anexo LX , pelo Fundo Nacional de Saúde, em parcela única, fundo a fundo, aos Estados e ao Distrito Federal e Anexo LXI , pela ANVISA, em parcela única, ao INCQS. (Origem: PRT MS/GM 3087/2010, Art. 3º)

§ 1º As ações de monitoramento que foram consideradas para efeito de fixação dos valores de repasse estão abarcados no Programa de Monitoramento de Resíduos de Medicamentos Veterinários em Alimentos de Origem Animal (PAMVET). (Origem: PRT MS/GM 3087/2010, Art. 3º, § 1º)

§ 2º As unidades federadas constantes do Anexo LX correspondem àquelas que assumiram as análises dentro do escopo definido no art. 493, § 1º . (Origem: PRT MS/GM 3087/2010, Art. 3º, § 2º)

Art. 494. Os recursos financeiros federais tratados no âmbito desta Seção montam o valor total de R$ 665.280,00 (seiscentos e sessenta e cinco mil e duzentos e oitenta reais). (Origem: PRT MS/GM 3087/2010, Art. 4º)

Art. 495. Os recursos financeiros federais necessários ao repasse, conforme o Anexo LX , serão provenientes das dotações orçamentárias constantes do Programa de Governo "Vigilância e Prevenção de Riscos Decorrentes da Produção e do Consumo de Bens e Serviços" na unidade orçamentária da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, na Ação orçamentária 10.304.2015.8719 - Vigilância Sanitária de Produtos, Serviços e Ambientes, Tecidos, Células e Órgãos Humanos - Nacional e 10.304.2015.20AB - Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para Execução de Ações de Vigilância Sanitária. (Origem: PRT MS/GM 3087/2010, Art. 5º)

Art. 496. O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência desses recursos às unidades federadas, conforme Anexo LX , em uma única parcela, na modalidade fundo a fundo. (Origem: PRT MS/GM 3087/2010, Art. 6º)

Art. 497. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária fica autorizada a transferir ao Fundo Nacional de Saúde as dotações orçamentárias de que trata esta Seção. (Origem: PRT MS/GM 3087/2010, Art. 7º)

Seção III

Do Incentivo Financeiro Destinado aos Estados e Municípios da Região da Amazônia Legal para a Execução das Ações de Vigilância Sanitária

Art. 498. Ficam definidos, na forma do Anexo XXII , os valores relativos aos recursos financeiros federais destinados ao Piso Variável de Vigilância Sanitária, do Componente Vigilância Sanitária, do Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde, na forma de incentivo financeiro para fortalecimento dos municípios e estados que compõem a Região da Amazônia Legal. (Origem: PRT MS/GM 4164/2010, Art. 1º)

Art. 499. Os recursos de que trata esta Seção serão aplicados no fortalecimento das propostas de ações de vigilância sanitária nos estados e municípios da Amazônia Legal aprovados em Comissão Intergestores Bipartite. (Origem: PRT MS/GM 4164/2010, Art. 2º)

§ 1º Para apresentação das propostas de ações aprovadas em CIB, como pré-requisito, o estado e município proponentes deverão comprovar estrutura e equipe para sua execução. (Origem: PRT MS/GM 4164/2010, Art. 2º, § 1º)

§ 2º As propostas de ações de que trata este artigo deverão observar pelo menos um dos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 4164/2010, Art. 2º, § 2º)

I - contemplar ações estruturantes necessárias ao objeto das propostas de ações; (Origem: PRT MS/GM 4164/2010, Art. 2º, § 2º, I)

II - fortalecer as ações de vigilância sanitária nas cadeias produtivas locais de alimentos; (Origem: PRT MS/GM 4164/2010, Art. 2º, § 2º, II)

III - promover o controle sanitário de viajantes, de meios de transporte; (Origem: PRT MS/GM 4164/2010, Art. 2º, § 2º, III)

IV - promover o controle sanitário de água para consumo humano, de gerenciamento de resíduos sólidos e dejetos líquidos, e produtos de interesse a saúde pública; e (Origem: PRT MS/GM 4164/2010, Art. 2º, § 2º, IV)

V - promover o controle sanitário de vetores e outros animais sinantrópicos nocivos à saúde. (Origem: PRT MS/GM 4164/2010, Art. 2º, § 2º, V)

Art. 500. Os recursos financeiros serão transferidos, conforme Anexos XXIII e XXIV , do Fundo Nacional de Saúde ao fundo de saúde do município ou do estado, autor das propostas de ações, mediante apresentação do ato homologatório da respectiva Comissão Intergestores Bipartite. (Origem: PRT MS/GM 4164/2010, Art. 4º)

Art. 501. O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência desses recursos aos estados e aos municípios, em uma única parcela, na modalidade fundo a fundo. (Origem: PRT MS/GM 4164/2010, Art. 5º)

Art. 502. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária fica autorizada a transferir ao Fundo Nacional de Saúde as dotações orçamentárias de que trata esta Seção. (Origem: PRT MS/GM 4164/2010, Art. 6º)

Seção IV

Do Incentivo Financeiro de Custeio para Implantação e Manutenção de Ações e Serviços Públicos Estratégicos de Vigilância em Saúde, com a Definição dos Critérios de Financiamento

Art. 503. Ficam definidos os critérios de financiamento, monitoramento e avaliação do incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art. 436, I. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 1º)

Art. 504. O incentivo financeiro de que trata o art. 503 tem como objetivo financiar, no âmbito da vigilância em saúde, a implantação e manutenção das seguintes ações e serviços públicos estratégicos: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 2º)

I - Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH); (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 2º, I)

II - Serviço de Verificação de Óbito (SVO); (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 2º, II)

III - Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP); (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 2º, III)

IV - Vigilância Sentinela da Influenza; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 2º, IV)

V - Projeto Vida no Trânsito; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 2º, V)

VI - Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen). (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 2º, VII)

§ 1º As ações e serviços de VEH se referem ao incentivo Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), previsto no art. 438, I. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 2º, § 1º)

§ 2º As ações e serviços de Vigilância Sentinela da Influenza se referem ao incentivo Vigilância Epidemiológica da Influenza, previsto no art. 438, V. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 2º, § 2º)

§ 3º As ações e serviços do LACEN se referem ao incentivo Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (FINLACEN), previsto no art. 438, IV. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 2º, § 3º)

Art. 505. Para habilitar-se ao recebimento de incentivo financeiro de custeio referente às ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde discriminados no art. 504, o ente federativo deverá: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º)

I - assinar os termos de compromisso constantes dos Anexos L e LI , afirmando possuir condições para o cumprimento de todos os requisitos de habilitação e manutenção de cada serviço estratégico descrito nesta Seção, cujo incentivo financeiro tenha solicitado, de acordo com as normas pertinentes a cada serviço; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, I)

II - assumir as responsabilidades específicas às ações a serem desenvolvidas e aos serviços a serem executados; e (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, II)

III - indicar as ações e serviços estratégicos para os quais solicita o recebimento do incentivo financeiro, não havendo limitação quantitativa. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, III)

§ 1º Os termos de compromisso referidos no inciso I do "caput" deverão ser aprovados em resolução da CIB e apresentados à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) acompanhados de: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, § 1º)

I - para a VEH, documento contendo: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, § 1º, I)

a) justificativa e estratégia de articulação com os demais setores integrantes do sistema hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, § 1º, I, a)

b) forma de gestão; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, § 1º, I, b)

c) relação de hospitais que comporão a Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar de Interesse Nacional (REVEH); (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, § 1º, I, c)

d) o montante a ser repassado aos fundos de Saúde estadual, distrital e municipais; e (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, § 1º, I, d)

e) indicação do número de referência do SCNES, por meio do qual será realizado o registro no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) de todas as notificações compulsórias identificadas no estabelecimento de saúde participante; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, § 1º, I, e)

II - para o SVO: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, § 1º, II)

a) documento formal de criação do SVO; e (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, § 1º, II, a)

b) declaração de disponibilidade física com instalações e tecnologias necessárias a um SVO, assinada pelo Secretário de Saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município, aprovada na CIB; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, § 1º, II, b)

III - para a Vigilância Sentinela da Influenza: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, § 1º, III)

a) referente às ações de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal (SG), documento contendo: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, § 1º, III, a)

1. proporção de SG sobre o total de atendimentos realizados pelo serviço; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, § 1º, III, a, 1)

2. declaração de que as Unidades Sentinela de SG prestam atendimento preferencialmente para todas as faixas etárias; e (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, § 1º, III, a, 2)

3. declaração de que os serviços de saúde eleitos para serem sítios sentinelas de SG são unidades de urgência e/ou emergência, pronto socorro, pronto atendimento ou unidade de pronto atendimento; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, § 1º, III, a, 3)

b) referente às ações de Vigilância Sentinela de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), documento contendo: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, § 1º, III, b)

1. número de internações pelos CID 10: do J09 ao J18, referente ao ano anterior ao da solicitação da habilitação, no município interessado e nas respectivas Unidades de Terapia Intensiva (UTI); (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, § 1º, III, b, 1)

2. número de UTI públicas e privadas, vinculadas ou não ao SUS, existentes no município, bem como o respectivo número de leitos em cada serviço; e (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, § 1º, III, b, 2)

3. número de UTI com número de leitos públicos e privados, vinculados ou não ao SUS, nos municípios que comporão a Vigilância da SRAG. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, § 1º, III, b, 3)

§ 2º A SVS/MS analisará toda a documentação referida no § 1º, podendo rejeitá-la. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A organização das ações e dos serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde ocorrerá, no que couber, de forma articulada ao processo de regionalização da atenção à saúde. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A Secretaria Técnica da CIB deverá encaminhar à SVS/MS resolução contendo a lista dos municípios indicados para a implantação das ações e serviços públicos estratégicos, com seus respectivos códigos de IBGE e/ou Secretaria Estadual de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, § 4º)

§ 5º No caso do Distrito Federal, a Secretaria de Saúde encaminhará ao seu Colegiado de Gestão (CGSES/DF) o termo de compromisso devidamente assinado pelo gestor, para conhecimento e posterior envio à SVS/MS, acompanhado da Resolução do Colegiado. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 3º, § 5º)

Art. 506. O valor do incentivo financeiro de custeio a ser repassado ao ente federativo será proporcional às ações e aos serviços públicos estratégicos para os quais tiver sido habilitado. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 4º)

§ 1º O montante do recurso financeiro de custeio a que o ente fará jus e os recursos atualmente disponíveis poderão ser utilizados para financiar quaisquer das ações e serviços públicos estratégicos descritos no art. 504, desde que tenha se habilitado ao serviço no qual o incentivo será empregado. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O número de ações e serviços a serem financiados será definido mediante avaliação da SVS/MS e disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 4º, § 2º)

Art. 507. O valor do incentivo financeiro de custeio a ser repassado ao ente federativo para a execução das ações de VHE será definido pela respectiva CIB, com base no montante total constante no Anexo XLIV da Portaria de Consolidação nº 5. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 11)

Art. 508. Os recursos destinados ao SVO serão repassados aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios que tenham sido habilitados pela SVS/MS. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 15)

Parágrafo Único. Os SVO gerenciados por instituições públicas ou filantrópicas receberão o incentivo por meio de instrumento contratual estabelecido com o gestor do SUS ao qual estejam vinculados, obedecendo às normas de contratualização das ações e serviços de saúde, de acordo com a legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 509. Os entes federativos habilitados ao SVO receberão, a título de incentivo financeiro de custeio, os seguintes montantes: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 17)

I - para os SVOs cuja região compreenda de 250.000 (duzentos e cinquenta mil) a 500.000 (quinhentos mil) habitantes: R$ 35.000,00 (trinta e cinco mil reais) mensais; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 17, I)

II - para os SVOs cuja região compreenda de 500.001 (quinhentos mil e um) a 1.000.000 (um milhão) de habitantes: R$ 40.000,00 (quarenta mil reais) mensais; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 17, II)

III - para os SVOs cuja região compreenda de 1.000.001 (um milhão e um) a 3.000.000 (três milhões) de habitantes: R$ 45.000,00 (quarenta e cinco mil reais) mensais; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 17, III)

IV - para os SVOs cuja região compreenda de 3.000.001 (três milhões e um) a 5.000.000 (cinco milhões) de habitantes: R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) mensais; e (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 17, IV)

V - para SVO cuja região compreenda acima de 5.000.000 (cinco milhões) de habitantes: R$ 55.000,00 (cinquenta e cinco mil reais) mensais. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 17, V)

§ 1º Para apoiar as despesas de implantação do SVO, o valor do incentivo de custeio mensal previsto nos incisos I a V do "caput" será pago em dobro unicamente no primeiro mês de repasse. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 17, § 1º)

§ 2º Os SVOs de gestão estadual ou municipal já habilitados, que estejam recebendo recurso financeiro na data de entrada em vigor da Portaria nº 183/GM/MS, de 30 de janeiro de 2014, localizados em municípios que não atendam aos critérios de financiamento, encaminharão à SVS proposta de ampliação do serviço, com o objetivo de atingir um dos critérios populacionais descritos no "caput", para fazer jus ao recebimento do benefício, a ser avaliado pela SVS/MS. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 17, § 2º)

Art. 510. Os recursos destinados ao Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) serão repassados aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios que tenham sido habilitados. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 21)

Parágrafo Único. Os RCBP gerenciados por instituições públicas ou filantrópicas receberão o incentivo por meio de instrumento contratual estabelecido com o gestor do SUS com o qual estejam vinculados, obedecendo às normas de contratualização das ações e serviços de saúde, de acordo com a legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 511. O valor do incentivo financeiro de custeio para as ações e serviços de RCBP será repassado aos entes federativos habilitados de acordo com os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 23)

I - municípios cuja população seja inferior a 1.000.000 (um milhão) de habitantes: valor mensal de R$ 4.500,00 (quatro mil e quinhentos reais); (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 23, I)

II - municípios cuja população seja de 1.000.000 (um milhão) a 2.000.000 (dois milhões) de habitantes: valor mensal de R$ 6.000,00 (seis mil reais); (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 23, II)

III - municípios cuja população seja de 2.000.001 (dois milhões e um) a 3.000.000 (três milhões) de habitantes: valor mensal de 7.500,00 (sete mil e quinhentos reais); e (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 23, III)

IV - municípios cuja população seja superior a 3.000.000 (três milhões) de habitantes: valor mensal de R$ 15.000,00 (quinze mil reais). (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 23, IV)

Parágrafo Único. Ficam definidas no Anexo XLV da Portaria de Consolidação nº 5 as áreas de cobertura do RCBP de cada unidade federativa que poderão habilitar-se ao recebimento do incentivo financeiro destinado ao RCBP. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 23, Parágrafo Único)

Art. 512. Os recursos financeiros destinados à Vigilância Sentinela da Influenza serão repassados aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios que tenham sido habilitados. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 28)

§ 1º A Vigilância de SG será implantada obedecendo a seguinte relação: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 28, § 1º)

I - nas capitais: 1 (uma) Unidade Sentinela de Vigilância de SG para cada 500.000 (quinhentos mil) habitantes; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 28, § 1º, I)

II - nos municípios da Região Sul cuja população seja superior a 300.000 (trezentos mil) habitantes: 1 (uma) Unidade Sentinela de Vigilância de SG, independente de o município pertencer à região metropolitana; e (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 28, § 1º, II)

III - nos municípios com população superior a 300.000 (trezentos mil) habitantes, pertencentes às regiões metropolitanas de Capitais: 1 (uma) Unidade Sentinela de Vigilância de SG. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 28, § 1º, III)

§ 2º A Vigilância de SRAG será implantada em UTI, definida de acordo com a população, sendo que a escolha dos serviços deve procurar abranger aproximadamente 10% (dez por cento) dos leitos de UTI existentes no município, que atendam preferencialmente todas as faixas etárias e, para os municípios que não tiverem UTI privadas, vinculadas ou não ao SUS, poderá ser incluída outra UTI pública. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 28, § 2º)

§ 3º As Unidades Sentinelas de Vigilância de SG preexistentes em municípios que não atendam aos parâmetros populacionais estabelecidos no § 1º e que tenham recebido recursos no ano de 2013 serão mantidas, desde que atendam às exigências para a execução das ações e responsabilidades, dispostas nos arts. 327 e 328 da Portaria de Consolidação nº 5. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 28, § 3º)

§ 4º As Unidades Sentinelas de Vigilância de SG e de SRAG preexistentes em municípios da Região Sul, com população inferior a 100.000 (cem mil) habitantes, que tenham recebido recursos no ano de 2013, terão mantidos os valores dos repasses, desde que atendam às exigências para a execução das ações e responsabilidades, dispostas nos arts. 327 e 328 da Portaria de Consolidação nº 5. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 28, § 4º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2739/2014)

Art. 513. Os entes federativos habilitados às ações de Vigilância Sentinela da Influenza receberão, a título de incentivo financeiro de custeio, os seguintes valores: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 32)

I - municípios de Região Metropolitana de capital, com população superior a 300.000 (trezentos mil) habitantes com Unidade Sentinela de Vigilância de SG: R$ 3.000,00 (três mil reais) mensais; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 32, I)

II - municípios com Unidade Sentinela de Vigilância de SG preexistentes, prevista no art. 512, § 3º : R$ 3.000,00 (três mil reais) mensais; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 32, II)

III - capitais do País e municípios da Região Sul com população superior a 300.000 (trezentos mil) habitantes: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 32, III)

a) no caso de capitais ou municípios com 3 (três) a 5 (cinco) serviços de vigilância sentinela da influenza: R$ 10.000,00 (dez mil reais) mensais; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 32, III, a) (com redação dada pela PRT MS/GM 2739/2014)

b) no caso de capitais ou municípios com 6 (seis) a 8 (oito) serviços de vigilância sentinela da influenza: R$ 15.000,00 (quinze mil reais) mensais; e (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 32, III, b) (com redação dada pela PRT MS/GM 2739/2014)

c) no caso de capitais ou municípios com 9 (nove) a 11 (onze) serviços de vigilância sentinela da influenza: R$ 20.000,00 (vinte mil reais) mensais; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 32, III, c) (com redação dada pela PRT MS/GM 2739/2014)

IV - no caso do Município do Rio de Janeiro: R$ 60.000,00 (sessenta mil reais) mensais; e (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 32, IV)

V - no caso do Município de São Paulo: R$ 100.000,00 (cem mil reais) mensais. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 32, V)

§ 1º Para apoiar as despesas da implantação da Unidade Sentinela da Vigilância de SG, prevista no inciso I do "caput", será pago o valor adicional de R$ 5.000,00 (cinco mil reais) unicamente no primeiro mês de repasse. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 32, § 1º)

§ 2º Para apoiar as despesas com a implantação de Unidades Sentinela da Vigilância de SG e SRAG, previstas no inciso III do "caput", será pago o valor adicional de R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) unicamente no primeiro mês de repasse. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 32, § 2º)

§ 3º Para apoiar as despesas com a implantação de Unidades Sentinela da Vigilância de SG e SRAG, previstas no inciso III do "caput", para as capitais e municípios com população com 1.000.000 ou mais de habitantes, será pago o valor adicional de R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), por cada 1.000.000 (um milhão) de habitantes, unicamente no primeiro mês de repasse. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 32, § 3º)

§ 4º O enquadramento no § 3º deste artigo exclui o enquadramento no § 2º também deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 32, § 4º)

Art. 514. O incentivo financeiro de custeio ao Projeto Vida no Trânsito será repassado aos fundos de saúde do Distrito Federal, dos estados e dos municípios que tenham sido habilitados ao recebimento do recurso. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 37)

§ 1º O incentivo referido no "caput" será destinado: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 37, § 1º)

I - aos municípios cuja população seja superior a 1.000.000 (um milhão) de habitantes; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 37, § 1º, I)

II - às capitais de estado; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 37, § 1º, II)

III - aos 26 (vinte e seis) estados da Federação; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 37, § 1º, III)

IV - ao Distrito Federal; e (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 37, § 1º, IV)

V - aos municípios de tríplice fronteira cuja população seja superior a 200.000 (duzentos mil) habitantes e a taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre (ATT) seja acima da taxa nacional. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 37, § 1º, V)

§ 2º Os entes federativos habilitados ao Projeto Vida no Trânsito receberão, a título de incentivo financeiro, os seguintes montantes: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 37, § 2º)

I - estados e Distrito Federal: R$ 21.000,00 (vinte e um mil reais) mensais; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 37, § 2º, I)

II - o valor destinado aos municípios será definido de acordo com o seguinte critério populacional: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 37, § 2º, II)

a) capitais de estados cuja população seja inferior a 500.000 (quinhentos mil) habitantes: R$ 15.000,00 (quinze mil reais) mensais; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 37, § 2º, II, a)

b) capitais de estados cuja população seja de 500.000 (quinhentos mil) a 1.000.000 (um milhão) de habitantes: R$ 17.000,00 (dezessete mil reais) mensais; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 37, § 2º, II, b)

c) capitais de estados e municípios cuja população seja superior a 1.000.000 (um milhão) de habitantes: R$ 21.000,00 (vinte e um mil reais) mensais; e (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 37, § 2º, II, c)

d) municípios de tríplice fronteira com taxa de mortalidade por ATT acima da nacional e cuja população seja superior a 200.000 (duzentos mil) habitantes: R$ 15.000,00 (quinze mil reais) mensais. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 37, § 2º, II, d)

Art. 515. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, distrital e municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 47)

Art. 516. Nos casos em que for verificado que os recursos financeiros transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde foram executados, total ou parcialmente, em objeto distinto do originalmente pactuado, aplicar-se-á o regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 47-A)

Art. 517. As despesas de custeio mensal das ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde são de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 49)

Parágrafo Único. A complementação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde é de responsabilidade dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 49, Parágrafo Único)

Art. 518. Até o envio das resoluções de que trata o art. 505, §§ 4º e 5º, ficam mantidos os valores repassados no exercício de 2013 aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios constantes no Anexo LII , referentes às ações e serviços incorporados ao incentivo financeiro para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, conforme disposto no art. 438. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 50)

Parágrafo Único. As resoluções das CIB expedidas no exercício de 2013 que tenham modificado a regra de repasse aos entes federativos já foram incorporadas no Anexo LII . (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 50, Parágrafo Único)

Art. 519. Ficam incorporados ao incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde os valores relacionados aos LACEN, repassados no exercício de 2013. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 52)

§ 1º Só farão jus aos valores de que trata o "caput" os entes federativos que os receberam no exercício de 2013. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 52, § 1º)

§ 2º A SVS/MS terá o prazo de 6 (seis) meses após a publicação da Portaria nº 183/GM/MS, de 30 de janeiro de 2014 para definir, com base na Política do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, os critérios de classificação dos LACEN, os valores e os critérios de cancelamento do repasse. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 52, § 2º)

Art. 520. Uma vez aprovada a proposta de habilitação de que trata o art. 505, o Ministro de Estado da Saúde editará ato específico com indicação do ente federativo apto ao recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal e o respectivo valor contemplado. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 53)

Parágrafo Único. As desabilitações procedidas nos termos disciplinados nos arts. 334 e 526 da Portaria de Consolidação nº 5 também serão publicadas por ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 53, Parágrafo Único)

Art. 521. Os recursos financeiros para a execução das ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho - 10.305.2015.20AL - Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a Vigilância em Saúde.(Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 54)

Seção V

Do Incentivo Financeiro de Custeio às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais

Art. 522. Esta Seção regulamenta o incentivo financeiro de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, previsto no art. 436, II, com a definição de critérios gerais, regras de financiamento e monitoramento. (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 1º)

Art. 523. O incentivo financeiro de custeio de que trata o art. 522 tem como objetivo garantir aos estados, Distrito Federal e municípios prioritários a manutenção das ações de vigilância, prevenção e controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, incluindo-se o apoio às organizações da sociedade civil, a manutenção de Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS e a aquisição de fórmula infantil para crianças verticalmente expostas ao HIV. (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 2º)

Parágrafo Único. A relação de municípios prioritários será definida pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 524. Para habilitar-se ao recebimento do incentivo financeiro de custeio de que trata esta Seção, os estados e os municípios deverão encaminhar à SVS/MS a resolução da respectiva CIB que contenha a distribuição do valor dos recursos financeiros a serem repassados pelo Ministério da Saúde, segundo os valores consignados no Anexo LXXIV , entre a Secretaria de Saúde do Estado e cada uma das Secretarias de Saúde dos municípios prioritários. (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 3º)

§ 1º Para definição dos valores do incentivo financeiro de custeio a serem distribuídos entre a Secretaria de Saúde do Estado e as Secretarias de Saúde dos municípios prioritários, a CIB observará as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 3º, § 1º)

I - carga de doença; (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 3º, § 1º, I)

II - município de Região Metropolitana; (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 3º, § 1º, II)

III - município referência de Região de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 3º, § 1º, III)

IV - município cuja população seja superior a 100.000 (cem mil) habitantes. (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 3º, § 1º, IV)

§ 2º Para subsidiar a pactuação na CIB em relação a distribuição do valor do incentivo financeiro de custeio, a SVS/MS disponibilizará a relação dos municípios prioritários de cada estado, considerando-se para sua eleição o porte populacional e a carga de doença com base nos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 3º, § 2º)

I - número de casos de aids; (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 3º, § 2º, I)

II - número de casos de hepatite B; (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 3º, § 2º, II)

III - número de casos de hepatite C; e (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 3º, § 2º, III)

IV - número de casos de nascidos com sífilis congênita. (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 3º, § 2º, IV)

§ 3º A relação dos municípios prioritários está disponível no Portal do Ministério da Saúde, especificamente nos endereços eletrônicos www.saude.gov.br/svs e www.aids.gov.br/incentivos, que será anualmente atualizada pela SVS/MS de acordo com os critérios definidos no art. 524, § 2º . (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 3º, § 3º)

Art. 525. Para habilitar-se ao recebimento do incentivo financeiro de custeio de que trata esta Seção o Distrito Federal deverá encaminhar à SVS/MS a resolução de seu Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF). (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 4º)

Art. 526. O valor do incentivo financeiro de custeio, de que trata esta Seção, recebido pelos entes federativos, bem como os recursos financeiros atualmente disponíveis, poderão ser utilizados para financiar quaisquer ações de custeio de vigilância, prevenção e controle das das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, incluindo-se o apoio às organizações da sociedade civil, a manutenção de Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS e a aquisição de fórmula infantil para crianças verticalmente expostas ao HIV. (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 5º)

Art. 527. O Ministério da Saúde, por intermédio da SVS/MS, promoverá a distribuição do incentivo financeiro de custeio de acordo com as resoluções das respectivas CIB e do CGSES/DF. (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 6º)

Art. 528. Apresentada a resolução da CIB e do CGSES/DF, o Ministro de Estado da Saúde editará ato específico de habilitação com indicação dos entes federativos aptos ao recebimento do incentivo financeiro de custeio e os respectivos valores a serem repassados. (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 7º)

§ 1º O valor do incentivo financeiro constante no ato específico de que trata o "caput" será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, de idêntico valor, a partir da apresentação das resoluções da CIB e do CGSES/DF, sendo retroativo a janeiro de 2014. (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 7º, § 1º)

§ 2º O repasse do incentivo financeiro de custeio será realizado mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde ao fundo de saúde do ente federativo estadual, distrital ou municipal beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 7º, § 2º)

§ 3º O incentivo financeiro de custeio de que trata esta Seção será devido anualmente, com base nos valores constantes do Anexo LXXIV , e distribuídos nos termos previstos neste artigo. (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 7º, § 3º)

§ 4º Qualquer alteração na distribuição do incentivo financeiro de custeio de que trata esta Seção no âmbito dos estados e municípios, tendo em vista o disposto nos §§ 1º, 2º e 3º do art. 524, deverá ser formalizada por meio do envio da nova Resolução da CIB à SVS/MS. (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 7º, § 4º)

Art. 529. O detalhamento das ações de vigilância, prevenção e controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais deverá ser inserido pelo ente federativo beneficiário na Programação Anual de Saúde (PAS), observadas as diretrizes constantes nos Planos de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 8º)

Art. 530. O Ministério da Saúde, por meio da SVS/MS, efetuará o monitoramento sistemático e regular das ações de vigilância por intermédio dos sistemas de informação de base nacional, previstos no art. 454 para fins de manutenção do recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal. (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 9º)

Parágrafo Único. A manutenção do repasse dos recursos do incentivo financeiro de que trata esta Seção está condicionada à alimentação regular dos sistemas descritos no "caput". (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 531. O ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 10)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados nos termos desta Seção; e (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 10, I)

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado. (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 10, II)

Art. 532. O monitoramento de que trata esta Seção não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 11)

Art. 533. Aplica-se subsidiariamente a esta Seção, no que couber, as regras previstas no Anexo III da Portaria de Consolidação nº 4. (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 12)

Art. 534. Os recursos financeiros para a execução das atividades de que trata esta Seção são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.20AC - Incentivo Financeiro às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/AIDS E Hepatites Virais e 10.305.2015.20AL - Incentivo Financeiro aos estados, Distrito Federal e município para Vigilância em Saúde (PO: 0002). (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Art. 13)

TÍTULO V

DO CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

(Origem: PRT MS/GM 204/2007, CAPÍTULO II, Seção IV)

Art. 535. O bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica será constituído por três componentes: (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 24)

I - Componente Básico da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 24, I)

II - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 24, II)

III - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 24, III)

Art. 536. O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos: (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 26)

I - controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 26, I)

II - anti-retrovirais do programa DST/aids; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 26, II)

III - sangue e hemoderivados; e (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 26, III)

IV - imunobiológicos. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 26, IV)

CAPÍTULO I

DO FINANCIAMENTO DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Art. 537. O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com aplicação, no mínimo, dos seguintes valores de seus orçamentos próprios: (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 3º)

I - a União repassará o valor de R$ 5,58 (cinco reais e cinquenta e oito centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 3º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2017)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300597

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

II - estados: R$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulinodependentes estabelecidos na Seção I do Capítulo X do Título V da Portaria de Consolidação nº 5, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 3º, II)

III - municípios: R$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulinodependentes estabelecidos na Seção I do Capítulo X do Título V da Portaria de Consolidação nº 5, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 3º, III)

§ 1º O Distrito Federal aplicará, no mínimo, o somatório dos valores definidos nos incisos II e III do "caput" para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS incluindo os insumos para os usuários insulinodependentes estabelecidos na Seção I do Capítulo X do Título V da Portaria de Consolidação nº 5, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Para fins de alocação dos recursos federais, estaduais e municipais, utilizar-se-á a população estimada nos referidos entes federativos pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 1º de julho de 2016. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 3º, § 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2017)

§ 3º Além do disposto no § 2º, nos municípios com acréscimos populacionais resultantes de fluxos migratórios, conforme documentos oficiais do IBGE, esse acréscimo populacional será considerado para o cálculo do valor "per capita" a ser repassado a esses municípios pelos demais entes federativos envolvidos, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver, Comissão Intergestores Regional (CIR). (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 3º, § 3º)

§ 4º Para evitar a redução no custeio deste Componente, os Municípios que tiveram a população reduzida nos termos do IBGE 2016 em relação à população estimada nos termos do IBGE 2009 terão os recursos federais, estaduais e municipais alocados de acordo com a estimativa do IBGE 2009. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 3º, § 4º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2017)

§ 5º Os recursos financeiros oriundos do orçamento do Ministério da Saúde para financiar a aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica serão transferidos a cada um dos entes federativos beneficiários em parcelas mensais correspondentes a 1/12 (um doze avos) do valor total anual a eles devido. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 3º, § 5º)

§ 6º Os valores definidos nos termos dos incisos II e III do "caput" podem ser majorados conforme pactuações nas respectivas CIB, devendo ser pactuada, também, a periodicidade do repasse dos estados aos municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 3º, § 6º)

§ 7º Os valores definidos nos termos do § 1º podem ser majorados pelo Distrito Federal para aplicação em seus limites territoriais. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 3º, § 7º)

Art. 538. As Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos municípios poderão, anualmente, utilizar um percentual de até 15% (quinze por cento) da soma dos valores dos recursos financeiros, definidos nos termos dos incisos II, III e § 1º do art. 537, para atividades destinadas à adequação de espaço físico das farmácias do SUS no Distrito Federal e nos municípios, à aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde, obedecida a Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, e as leis orçamentárias vigentes, sendo vedada a utilização dos recursos federais para esta finalidade. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 4º)

§ 1º A aplicação dos recursos financeiros de que trata o "caput" em outras atividades da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde, diversas das previstas nas normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, fica condicionada à aprovação e pactuação nas respectivas CIB ou no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF). (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º As secretarias estaduais de saúde poderão participar dos processos de aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos na Atenção Básica à Saúde de que trata o § 1º, conforme pactuação nas respectivas CIB, nos termos da legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 4º, § 2º)

Art. 539. Os recursos financeiros federais para execução do disposto nas normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática 10.303.2015.20AE - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 18)

vCAPÍTULO II

DO FINANCIAMENTO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Seção I

Do Financiamento

Art. 540. O financiamento para aquisição dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica está diretamente relacionado ao Grupo em que se encontram alocados. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 66)

§ 1º Os medicamentos do Grupo 3 são financiados conforme regras do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, definido em ato normativo específico. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 66, § 1º)

§ 2º Os medicamentos pertencentes ao Grupo 2 são financiados integralmente pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, observando-se o disposto no art. 99 do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2, cujos valores na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS correspondem a 0 (zero). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 66, § 2º)

§ 3º Os medicamentos pertencentes ao Grupo 1 são financiados pelo Ministério da Saúde, sendo que, para o Grupo 1A, na forma de aquisição centralizada, e para o Grupo 1B, na forma de transferência de recursos financeiros. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 66, § 3º)

Art. 541. Os valores dos medicamentos pertencentes ao Grupo 1B são calculados considerando o PMVG, conforme o disposto no art. 99 do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2, e terão validade a partir da vigência da Portaria nº 1554/GM/MS, de 30 de julho de 2013. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 67)

§ 1º Para os medicamentos que não estão sujeitos ao Coeficiente de Adequação de Preço (CAP), o PMVG será considerado como o Preço de Fábrica definido pela CMED. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 67, § 1º)

§ 2º Caso o valor praticado no mercado seja inferior ao estabelecido pelo PMVG, o financiamento será calculado com base na média ponderada dos valores praticados, definidos pelos valores atualizados do Banco de Preços em Saúde ou por meio da solicitação de preço aos Estados e ao Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 67, § 2º)

Art. 542. Os valores dos medicamentos constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS serão atualizados anualmente conforme definições de preço da CMED e preços praticados pelos Estados e Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 68)

Parágrafo Único. A periodicidade da revisão dos valores poderá ser alterada conforme interesse da Administração Pública, observando-se a pactuação na CIT. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 68, Parágrafo Único)

Art. 543. O Ministério da Saúde publicará Portaria, trimestralmente, com os valores a serem transferidos mensalmente às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, apurados com base na média das APAC emitidas e aprovadas conforme critérios e valores de referência indicados para o Grupo 06, Subgrupo 04, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 69)

§ 1º O Ministério da Saúde, por meio do DAF/SCTIE/MS, consolidará as informações no Sistema SIA/SUS até o último dia útil do mês subsequente a apuração da média do trimestre anterior, para publicação de Portaria com os valores a serem transferidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, conforme o seguinte cronograma: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 69, § 1º)

I - a consolidação dos valores a serem transferidos, com base nas informações das competências de dezembro, janeiro e fevereiro, será realizada até o último dia útil de março, sendo que o pagamento será efetuado nas competências de abril, maio e junho; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 69, § 1º, I)

II - a consolidação dos valores a serem transferidos, com base nas informações das competências de março, abril e maio, será realizada até o último dia útil de junho, sendo que o pagamento será efetuado nas competências de julho, agosto e setembro; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 69, § 1º, II)

III - a consolidação dos valores a serem transferidos, com base nas informações das competências de junho, julho e agosto, será realizada até o último dia útil de setembro, sendo que o pagamento será efetuado nas competências de outubro, novembro e dezembro; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 69, § 1º, III)

IV - a consolidação dos valores a serem transferidos, com base nas informações das competências de setembro, outubro e novembro, será realizada até o último dia útil de dezembro, sendo que o pagamento será efetuado nas competências de janeiro, fevereiro e março. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 69, § 1º, IV)

§ 2º O Fundo Nacional de Saúde repassará aos Fundos de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, mensalmente, até o décimo quinto dia, os valores apurados e publicados, os quais serão movimentados em conta específica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 69, § 2º)

Art. 544. Os recursos financeiros do Ministério da Saúde aplicados no financiamento do Grupo 1B terão como base a emissão e a aprovação das APAC emitidas pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, vinculadas à efetiva dispensação do medicamento e de acordo com os critérios técnicos definidos nas regras aplicáveis ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, dispostas na Portaria de Consolidação nº 2. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 70)

Seção II

Do Controle e Monitoramento

Art. 545. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios monitorarão os recursos financeiros aplicados no financiamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, com vistas a ajustes que assegurem o equilíbrio da responsabilidade e participação no financiamento entre as esferas de gestão do SUS, cujas análises serão sustentadas por informações sobre os preços praticados, quantidades adquiridas e número de pacientes atendidos. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 71)

Art. 546. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal enviarão mensalmente ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS) as informações, via APAC, dos procedimentos constantes nos Grupos 1 e 2 e selecionados de acordo com o art. 58 do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2, observando-se o cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde em ato normativo específico. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 72)

Parágrafo Único. A não emissão das APAC para os medicamentos que compõem o Grupo 2 será entendida como a não garantia da linha de cuidado sob responsabilidade do gestor de saúde responsável, podendo acarretar em novas definições no financiamento no sentido de manter o equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 72, Parágrafo Único)

Art. 547. O Ministério da Saúde, juntamente com Estados, Distrito Federal e Municípios, realizarão controle, avaliação e monitoramento sistemático da organização, execução e financiamento, com vistas ao aprimoramento permanente do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e a garantia das linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 73)

Parágrafo Único. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal fornecerão ao Ministério da Saúde, sempre que solicitado, informações referentes à organização, a execução, ao acompanhamento e monitoramento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 73, Parágrafo Único)

Art. 548. Para dar suporte à qualificação da gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, o Ministério da Saúde disponibiliza aos Estados, Distrito Federal e Municípios o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 74)

Art. 549. Para o monitoramento e a avaliação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica será utilizada uma base de dados específica, ainda a ser constituída, cujo rol de dados será definido em pactuação tripartite e publicado em ato normativo específico. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 75)

Art. 550. O repasse dos recursos financeiros será realizado diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os respectivos Fundos de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, nos termos da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 76)

Art. 551. Na aplicação dos recursos financeiros de que trata este Capítulo, o ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 77)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados no âmbito do programa; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 77, I)

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 77, II)

Art. 552. O monitoramento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica de que trata a Portaria de Consolidação nº 2 não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 78)

CAPÍTULO III

DA AQUISIÇÃO CENTRALIZADA DE MEDICAMENTOS

Art. 553. Fica estabelecida a aquisição por meio de processo centralizado pelo Ministério da Saúde dos seguintes medicamentos:

I - sevelâmer 800mg, constante no Grupo 06, subgrupo 01 (Medicamentos de Dispensação Excepcional) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (OPM), conforme identificação a seguir:(Origem: PRT MS/GM 1220/2009, Art. 1º)

a) Procedimento 06.01.25.003-6, medicamento Sevelâmer 800MG (por comprimido).(Origem: PRT MS/GM 1220/2009, Art. 1º, II)

II - clozapina 25 mg e 100 mg, comprimido, constante do Grupo 06, subgrupo 04 (Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) da OPM, conforme identificação a seguir:(Origem: PRT MS/GM 3128/2010, Art. 1º)

a) Procedimento 06.04.23.007-9, medicamento clozapina 25mg (por comprimido);(Origem: PRT MS/GM 3128/2010, Art. 1º, I)

b) Procedimento 06.04.23.008-7, medicamento clozapina 100mg (por comprimido).(Origem: PRT MS/GM 3128/2010, Art. 1º, II)

III - quetiapina 25mg, 100mg e 200mg, comprimido, constante do Grupo 06, subgrupo 04 (Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) da OPM, conforme identificação a seguir: (Origem: PRT MS/GM 2079/2011, Art. 1º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300598

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

a) Procedimento 06.04.23.003-6, medicamento quetiapina 25mg (por comprimido); (Origem: PRT MS/GM 2079/2011, Art. 1º, I)

b) Procedimento 06.04.23.004-4, medicamento quetiapina 100mg (por comprimido); (Origem: PRT MS/GM 2079/2011, Art. 1º, II)

c) Procedimento 06.04.23.005-2, medicamento quetiapina 200mg (por comprimido). (Origem: PRT MS/GM 2079/2011, Art. 1º, III)

IV - olanzapina 5mg e 10mg comprimido, constante do Grupo 06, subgrupo 04 (Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) da OPM, conforme identificação a seguir:(Origem: PRT MS/GM 1091/2012, Art. 1º)

a) Procedimento 06.04.23.001-0, medicamento olanzapina 5mg (por comprimido);(Origem: PRT MS/GM 1091/2012, Art. 1º, I)

b) Procedimento 06.04.23.002-8, medicamento olanzapina 10mg (por comprimido).(Origem: PRT MS/GM 1091/2012, Art. 1º, II)

V - rivastigmina 1,5mg, 3mg, 4,5mg e 6mg cápsula, constante do Grupo 06, subgrupo 04 (Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) da OPM, conforme identificação a seguir:(Origem: PRT MS/GM 1103/2012, Art. 1º)

a) Procedimento 06.04.13.006-6, medicamento rivastigmina 1,5mg (por cápsula);(Origem: PRT MS/GM 1103/2012, Art. 1º, I)

b) Procedimento 06.04.13.008-2, medicamento rivastigmina 3mg (por cápsula);(Origem: PRT MS/GM 1103/2012, Art. 1º, II)

c) Procedimento 06.04.13.009-0, medicamento rivastigmina 4,5mg (por cápsula);(Origem: PRT MS/GM 1103/2012, Art. 1º, III)

d) Procedimento 06.04.13.010-4, medicamento rivastigmina 6mg (por cápsula).(Origem: PRT MS/GM 1103/2012, Art. 1º, IV)

VI - leflunomida 20mg comprimido, constante do Grupo 06, subgrupo 04 (Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) da OPM, conforme identificação a seguir: (Origem: PRT MS/GM 2978/2013, Art. 1º, I)

a) Procedimento 06.04.32.004-3, medicamento leflunomida 20mg (por comprimido). (Origem: PRT MS/GM 2978/2013, Art. 1º, I)

VII - toxina botulínica tipo A 100U e 500U injetável, por frasco-ampola, constante do Grupo 06, subgrupo 04 (Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) da OPM, conforme identificação a seguir:(Origem: PRT MS/GM 1398/2017, Art. 1º)

a) Procedimento 06.04.55.001-4, medicamento toxina botulínica tipo A 100U injetável (por frasco-ampola);(Origem: PRT MS/GM 2979/2013, Art. 1º, I)

b) Procedimento 06.04.55.002-2, medicamento toxina botulínica tipo A 500U injetável (por frasco-ampola).(Origem: PRT MS/GM 1398/2017, Art. 1º, I)

VIII - pramipexol, na forma de comprimido de 0,125mg, 0,25mg e 1mg, constante do Grupo 06, subgrupo 04 (Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) da OPM, conforme identificação a seguir:(Origem: PRT MS/GM 2981/2013, Art. 1º)

a) Procedimento 06.04.03.004-5, medicamento Pramipexol 0,125mg (por comprimido);(Origem: PRT MS/GM 2981/2013, Art. 1º, I)

b) Procedimento 06.04.03.005-3, medicamento Pramipexol 0,25mg (por comprimido);(Origem: PRT MS/GM 2981/2013, Art. 1º, II)

c) Procedimento 06.04.03.006-1, medicamento Pramipexol 1mg (por comprimido).(Origem: PRT MS/GM 2981/2013, Art. 1º, III)

IX - cabergolina 0,5mg comprimido, constante do Grupo 06, subgrupo 04 (Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) da OPM, conforme identificação a seguir:(Origem: PRT MS/GM 2127/2014, Art. 1º)

a) Procedimento 06.04.03.003-7, medicamento cabergolina 0,5mg (por comprimido).(Origem: PRT MS/GM 2127/2014, Art. 1º)

X - ziprasidona 40mg e 80mg cápsula, constante do Grupo 06, subgrupo 04 (Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) da OPM, conforme identificação a seguir: (Origem: PRT MS/GM 410/2015, Art. 1º)

a) Procedimento 06.04.21.001-9, medicamento ziprasidona 40mg (por cápsula); (Origem: PRT MS/GM 410/2015, Art. 1º, I)

b) Procedimento 06.04.21.002-7, medicamento ziprasidona 80mg (por cápsula). (Origem: PRT MS/GM 410/2015, Art. 1º, II)

XI - riluzol 50mg comprimido, constante do Grupo 06, subgrupo 04 (Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) da OPM, conforme identificação a seguir: (Origem: PRT MS/GM 1330/2015, Art. 1º)

a) Procedimento 06.04.54.001-9, medicamento riluzol 50mg (por comprimido). (Origem: PRT MS/GM 1330/2015, Art. 1º, I)

XII - alfaepoetina 1.000UI e 3.000UI injetável, por frasco-ampola, constante do Grupo 06, subgrupo 04 (Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde, conforme identificação a seguir: (Origem: PRT MS/GM 1399/2017, Art. 1º)

a) Procedimento 06.04.47.001-0, medicamento alfaepoetina 1.000 UI injetável; e (Origem: PRT MS/GM 1399/2017, Art. 1º, I)

b) Procedimento 06.04.47.003-7, medicamento alfaepoetina 3.000 UI injetável. (Origem: PRT MS/GM 1399/2017, Art. 1º, II)

Art. 554. A primeira distribuição do medicamento adquirido pelo Ministério da Saúde será efetuada a partir da finalização dos procedimentos administrativos indispensáveis para o processo de aquisição, sendo que as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal serão previamente informadas.(Origem: PRT MS/GM 1399/2017, Art. 3º)

Art. 555. A solicitação, a autorização e a dispensação do medicamento ao usuário, bem como o monitoramento, a programação anual de aquisição e a pauta de distribuição dos medicamentos deverão seguir as normas e os critérios previstos no Título IV do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2.(Origem: PRT MS/GM 1220/2009, Art. 3º) (Origem: PRT MS/GM 3128/2010, Art. 3º) (Origem: PRT MS/GM 2079/2011, Art. 3º) (Origem: PRT MS/GM 1091/2012, Art. 3º) (Origem: PRT MS/GM 1103/2012, Art. 3º) (Origem: PRT MS/GM 2978/2013, Art. 3º) (Origem: PRT MS/GM 2979/2013, Art. 3º) (Origem: PRT MS/GM 2981/2013, Art. 3º) (Origem: PRT MS/GM 2127/2014, Art. 3º) (Origem: PRT MS/GM 410/2015, Art. 3º) (Origem: PRT MS/GM 1330/2015, Art. 3º) (Origem: PRT MS/GM 1398/2017, Art. 3º) (Origem: PRT MS/GM 1399/2017, Art. 3º)

Art. 556. O valor de ressarcimento dos medicamentos adquiridos por meio de processo centralizado pelo Ministério da Saúde, na OPM, corresponderá à zero, a partir da primeira distribuição pelo Ministério da Saúde, conforme o estabelecido no art. 101, incisos I, II e III do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2.(Origem: PRT MS/GM 1220/2009, Art. 4º) (Origem: PRT MS/GM 3128/2010, Art. 4º) (Origem: PRT MS/GM 2079/2011, Art. 4º) (Origem: PRT MS/GM 1091/2012, Art. 4º) (Origem: PRT MS/GM 1103/2012, Art. 4º) (Origem: PRT MS/GM 2978/2013, Art. 4º) (Origem: PRT MS/GM 2979/2013, Art. 4º) (Origem: PRT MS/GM 2981/2013, Art. 4º) (Origem: PRT MS/GM 2127/2014, Art. 4º) (Origem: PRT MS/GM 410/2015, Art. 4º) (Origem: PRT MS/GM 1330/2015, Art. 4º) (Origem: PRT MS/GM 1398/2017, Art. 4º) (Origem: PRT MS/GM 1399/2017, Art. 4º)

Art. 557. Os Estados que contarem com estoque dos medicamentos elencados no art. 1º quando o valor de ressarcimento corresponder à zero na OPM, serão ressarcidos pelo Ministério da Saúde, conforme o estabelecido no art. 101, III do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2.(Origem: PRT MS/GM 1220/2009, Art. 5º) (Origem: PRT MS/GM 3128/2010, Art. 5º) (Origem: PRT MS/GM 2079/2011, Art. 5º) (Origem: PRT MS/GM 1091/2012, Art. 5º) (Origem: PRT MS/GM 1103/2012, Art. 5º) (Origem: PRT MS/GM 2978/2013, Art. 5º) (Origem: PRT MS/GM 2979/2013, Art. 5º) (Origem: PRT MS/GM 2981/2013, Art. 5º) (Origem: PRT MS/GM 2127/2014, Art. 5º) (Origem: PRT MS/GM 410/2015, Art. 5º) (Origem: PRT MS/GM 1330/2015, Art. 5º) (Origem: PRT MS/GM 1398/2017, Art. 5º) (Origem: PRT MS/GM 1399/2017, Art. 5º)

§ 1º O valor correspondente ao estoque dos medicamentos de que trata o caput será ajustado por meio das portarias de repasse de recursos, levando-se em consideração os valores de ressarcimento estabelecidos pelo art. 101, III do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2, para os medicamentos dispensados no âmbito do Componente de Medicamentos de Dispensação e Excepcional.(Origem: PRT MS/GM 1220/2009, Art. 5º, parágrafo único) (Origem: PRT MS/GM 3128/2010, Art. 5º, parágrafo único) (Origem: PRT MS/GM 2079/2011, Art. 5º, parágrafo único) (Origem: PRT MS/GM 1091/2012, Art. 5º, parágrafo único) (Origem: PRT MS/GM 1103/2012, Art. 5º, parágrafo único) (Origem: PRT MS/GM 2978/2013, Art. 5º, parágrafo único) (Origem: PRT MS/GM 2979/2013, Art. 5º, parágrafo único) (Origem: PRT MS/GM 2981/2013, Art. 5º, parágrafo único) (Origem: PRT MS/GM 2127/2014, Art. 5º, parágrafo único) (Origem: PRT MS/GM 410/2015, Art. 5º, parágrafo único) (Origem: PRT MS/GM 1330/2015, Art. 5º, parágrafo único) (Origem: PRT MS/GM 1398/2017, Art. 5º, parágrafo único) (Origem: PRT MS/GM 1399/2017, Art. 5º, Parágrafo Único)

§ 2º O ajuste de que trata o § 1º se fará, também, de acordo com as recomendações do protocolo clínico e diretriz terapêutica correspondente:

I - para o medicamento sevelâmer: Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica para Hiperfosfatemia na Insuficiência Renal Crônica (CID-10: N18.0 e E83.3), definido na Portaria SAS/MS nº 845, de 31 de outubro de 2002;(Origem: PRT MS/GM 1220/2009, Art. 5º, parágrafo único)

II - para os medicamentos clozapina, quetiapina e olanzapina: Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica para Esquizofrenia Refratária (CID-10 F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208), definido pela Portaria SAS/MS nº 846, de 31 de outubro de 2002;(Origem: PRT MS/GM 3128/2010, Art. 5º, parágrafo único)(Origem: PRT MS/GM 2079/2011, Art. 5º, parágrafo único) (Origem: PRT MS/GM 1091/2012, Art. 5º, parágrafo único)

III - para o medicamento rivastigmina: Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica para Doença de Alzheimer (CID-10 G 300, G 301 e G 308), definido pela Portaria SAS/MS nº 491, de 23 de setembro de 2010;(Origem: PRT MS/GM 1103/2012, Art. 5º, parágrafo único)

IV - para o medicamento leflunomida: Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica para Artrite Reumatoide, definido pela Portaria SAS/MS nº 710, de 27 de junho de 2013;(Origem: PRT MS/GM 2978/2013, Art. 5º, parágrafo único)

V - para o medicamento toxina botulínica: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para Distonias Focais e Espasmo Hemifacial, definido pela Portaria nº 376/SAS/MS, de 10 de novembro de 2009, e para Espasticidade, definido pela Portaria SAS/MS nº 377, de 10 de novembro de 2009;(Origem: PRT MS/GM 2979/2013, Art. 5º, parágrafo único) (Origem: PRT MS/GM 1398/2017, Art. 5º, parágrafo único)

VI - para o medicamento pramipexol: Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica para Doença de Parkinson, definido pela Portaria SAS/MS nº 228, de 10 de maio de 2010; (Origem: PRT MS/GM 2981/2013, Art. 5º, parágrafo único)

VII - para o medicamento cabergolina: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para Hiperprolactinemia e para Acromegalia, definidos pelas Portarias SAS/MS nos 208, de 23 de abril de 2010, e 199, de 25 de fevereiro de 2013, respectivamente; (Origem: PRT MS/GM 2127/2014, Art. 5º, parágrafo único)

VIII - para o medicamento ziprasidona: Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica para Esquizofrenia, definido pela Portaria SAS/MS nº 364, de 9 de abril de 2013;(Origem: PRT MS/GM 410/2015, Art. 5º, parágrafo único)

IX - para o medicamento riluzol: Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica para Esclerose Lateral Amiotrófica, definido pela Portaria SAS/MS nº 496, de 23 de dezembro de 2009.(Origem: PRT MS/GM 1330/2015, Art. 5º, parágrafo único)

Art. 558. Os recursos orçamentários correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.303.2015.4705.0001 - Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.(Origem: PRT MS/GM 1220/2009, Art. 6º) (Origem: PRT MS/GM 3128/2010, Art. 6º) (Origem: PRT MS/GM 2079/2011, Art. 6º) (Origem: PRT MS/GM 1091/2012, Art. 6º) (Origem: PRT MS/GM 1103/2012, Art. 6º) (Origem: PRT MS/GM 2978/2013, Art. 6º) (Origem: PRT MS/GM 2979/2013, Art. 6º) (Origem: PRT MS/GM 2981/2013, Art. 6º) (Origem: PRT MS/GM 2127/2014, Art. 6º) (Origem: PRT MS/GM 410/2015, Art. 6º) (Origem: PRT MS/GM 1330/2015, Art. 6º) (Origem: PRT MS/GM 1398/2017, Art. 6º) (Origem: PRT MS/GM 1399/2017, Art. 6º)

CAPÍTULO IV

DA LIBERAÇÃO DOS RECURSOS PARA EXECUÇÃO DE DESPESAS DESTINADA A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS, QUANDO NÃO REGULAMENTADA POR PORTARIA ESPECÍFICA, SERÁ FEITA POR MEIO DE TRANSFERÊNCIA DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE PARA OS FUNDOS DE SAÚDE ESTADUAIS, MUNICIPAIS E DO DISTRITO FEDERAL

Art. 559. A liberação dos recursos para execução de despesas destinada a aquisição de medicamentos, quando não regulamentada por portaria específica, será feita por meio de transferência do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 1º)

§ 1º O financiamento dos itens de que trata este Capítulo refere-se à aquisição de medicamentos contidos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente, com recursos oriundos exclusivamente de emendas parlamentares. (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 1º, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1849/2011)

§ 2º Os pedidos de financiamento deverão ser registrados sob a forma de "propostas de projetos". (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 1º, § 2º)

Art. 560. As propostas de projetos referentes ao financiamento de que trata este Capítulo deverão: (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 2º)

I - ser cadastradas pelos respectivos gestores do SUS no Sistema de Gerenciamento de Objetos e Propostas, disponível no endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde, www.fns.saude.gov.br, cabendo à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos a avaliação quanto ao mérito e quanto aos aspectos técnico-econômicos; (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 2º, I)

II - conter as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 2º, II)

a) especificações técnicas dos medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 2º, II, a)

b) quantidade segundo unidade de fornecimento; (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 2º, II, b)

c) valor para unidade de fornecimento; (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 2º, II, c)

III - guardar estrita consonância com a natureza do Estabelecimento Assistencial de Saúde (EAS) constante do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 2º, III)

IV - destinar-se obrigatoriamente a abastecer as unidades assistenciais próprias estaduais, municipais e do Distrito Federal; e (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 2º, IV)

V - guardar estrita consonância com os normativos vigentes sobre procedimentos e serviços especializados. (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 2º, V)

Parágrafo Único. A análise técnico-econômica da relação de medicamentos tomará como base os preços informados no Banco de Preços em Saúde (BPS) do Ministério da Saúde, extratos de Atas de Registro de Preços de instituições públicas e preços de compras realizadas pelos órgãos federais constantes do Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG), em conformidade com a disciplina normativa e orientações da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 2º, Parágrafo Único) (com redação dada pela PRT MS/GM 1849/2011)

Art. 561. O Fundo Nacional de Saúde (FNS) repassará os recursos financeiros, em parcela única, para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, mediante aprovação do projeto encaminhado pelo gestor do SUS ao Ministério da Saúde, devendo compor o bloco de financiamento da assistência farmacêutica na forma do que dispõe o art. 5º. (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 3º)

§ 1º Cada projeto aprovado terá a sua formalização efetivada pelo Ministério da Saúde, mediante edição de portaria específica, na qual estarão definidos a vigência e o valor a ser transferido. (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os recursos financeiros transferidos deverão ser movimentados em conta bancária específica aberta pelo Fundo Nacional de Saúde em nome dos respectivos fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Enquanto os recursos não forem investidos na sua finalidade, deverão, obrigatoriamente, ser aplicados em caderneta de poupança, devendo seus rendimentos ser utilizados no próprio projeto. (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 3º, § 3º)

Art. 562. A execução do objeto deverá ocorrer no prazo de

até 12 (doze) meses, contados a partir da data do recebimento dos recursos, e não havendo execução total ou parcial do objeto no prazo estabelecido, os recursos deverão ser restituídos ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), no prazo máximo de 30 dias, acrescidos dos respectivos rendimentos. (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 4º)

§ 1º Concluída a execução e efetivados os pagamentos, o saldo remanescente, acrescido dos rendimentos, deverá ser restituído ao Fundo Nacional de Saúde no prazo de até 30 (trinta) dias. (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 4º, § 1º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1849/2011)

§ 2º Excetuado o disposto no § 1º, o saldo remanescente dos recursos dos projetos poderá ser reaplicado exclusivamente no mesmo projeto desde que, após o devido processo licitatório, os itens que se constituem objeto da licitação forem contemplados por valor abaixo daquele previsto pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 4º, § 2º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1849/2011)

§ 3º Para exercício do disposto no § 2º, os estados, o Distrito Federal e os municípios deverão constituir pedido de Reformulação do Plano de Trabalho. (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 4º, § 3º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1849/2011)

§ 4º A Reformulação do Plano de Trabalho consiste em um meio pelo qual, mediante proposta apresentada pelo convenente, permite-se alterar a programação da execução de convênio, depois de analisada pela área técnica e submetida à aprovação da autoridade responsável pelo órgão concedente, dispensando-se a celebração de Termo Aditivo, nos termos do § 3º do artigo 20 da Portaria Interministerial nº 424/MP/MF/CGU, de 30 de dezembro de 2016. (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 4º, § 4º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1849/2011)

§ 5º O pedido de Reformulação do Plano de Trabalho deverá ser apresentado ao Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS), que será posteriormente encaminhado à área técnica competente para análise. (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 4º, § 5º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1849/2011)

§ 6º Os estados, o Distrito Federal e os municípios estarão autorizados a utilizar o saldo remanescente após aprovação pelo Ministério da Saúde e respectiva publicação no Diário Oficial da União. (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 4º, § 6º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1849/2011)

§ 7º Apenas serão aceitos pelo Ministério da Saúde pedidos de Reformulação do Plano de Trabalho que se referirem às quantidades de medicamentos existentes nas propostas de projeto aprovadas. (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 4º, § 7º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1849/2011)

§ 8º O pedido de Reformulação do Plano de Trabalho pode ser apresentado concomitantemente à execução do projeto, desde que respeitado o seu prazo de vigência. (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 4º, § 8º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1849/2011)

§ 9º A execução do projeto será realizada independentemente de eventual interesse dos estados, Distrito Federal e municípios em apresentar pedido de Reformulação do Plano de Trabalho, obedecendo-se os prazos previstos no caput deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 4º, § 9º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1849/2011)

Art. 563. A execução do projeto aprovado deverá atender às exigências legais concernentes à licitação a que estão sujeitas todas as despesas da Administração Pública. (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 5º)

Parágrafo Único. A documentação administrativa e fiscal deverá ser mantida em arquivo do beneficiário pelo período mínimo legal exigido. (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 564. As compras efetuadas pelas instituições beneficiárias para a aquisição de medicamentos deverão ser cadastradas no Banco de Preços em Saúde (BPS) do Ministério da Saúde disponível no endereço eletrônico http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/banco-de-precos-em-saude. (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 6º)

Art. 565. Os recursos transferidos serão movimentados sob fiscalização do respectivo Conselho de Saúde sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de controle interno do Poder Executivo e pelo Tribunal de Contas da União, conforme o disposto no art. 3º do Decreto Nº 1.232, de 1994. (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 7º)

Art. 566. A comprovação da aplicação dos recursos transferidos será analisada com base no Relatório de Gestão previsto na Lei nº 8.142, de 1990, no Decreto nº 1.651, de 1995, e no Capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 8º)

Art. 567. O Sistema Nacional de Auditoria, com fundamento nos relatórios de gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 1.232, de 1994. (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 9º)

Art. 568. Os recursos orçamentários de que trata este Capítulo correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar as seguintes ações programáticas: (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 10)

I - 10.303.2015.20AE - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos na Atenção Básica em Saúde e 10.303.2015.20AE - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos na Atenção Básica em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 10, I)

II - 10.303.2015.4368 - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos para Programas de Saúde Estratégicos e 10.303.2015.4368 -Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos para Programas de Saúde Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 1645/2010, Art. 10, II)

CAPÍTULO V

DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL

Seção I

Do Financiamento do Programa Farmácia Popular do Brasil

Art. 569. Ficam desabilitados da manutenção das unidades do Programa Farmácia Popular do Brasil os municípios relacionados no Anexo LIII . (Origem: PRT MS/GM 1630/2017, Art. 1º)

Parágrafo Único. A secretaria municipal de saúde deve encaminhar os procedimentos necessários à devolução ao FNS dos recursos, quando couber. (Origem: PRT MS/GM 1630/2017, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 570. Ficam desabilitados da manutenção das unidades do Programa Farmácia Popular do Brasil os estados relacionados no Anexo LIV . (Origem: PRT MS/GM 1630/2017, Art. 2º)

Parágrafo Único. A secretaria estadual de saúde deve encaminhar os procedimentos necessários à devolução ao FNS dos recursos, quando couber. (Origem: PRT MS/GM 1630/2017, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 571. As despesas decorrentes das ações desencadeadas pelo Conselho Gestor do Programa Farmácia Popular do Brasil incidirão sobre as seguintes Ações Programáticas: (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 69)

I - 10.303.2015.20YR - Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil Pelo Sistema de Gratuidade; e (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 69, I)

II - 10.303.2015.20YS - Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil pelo Sistema de Co-pagamento. (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 69, II)

Art. 572. As despesas orçamentárias relativas ao Anexo LXXVIII da Portaria de Consolidação nº 5 correrão por conta do Programa 2015 - Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 184/2011, Art. 74)

CAPÍTULO VI

DAS NORMAS PARA FINANCIAMENTO E EXECUÇÃO DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP)

Art. 573. Este Capítulo dispõe sobre as normas para financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP. (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 1º)

Art. 574. A oferta de medicamentos no âmbito da PNAISP terá como base a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 2º)

Art. 575. O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP é de responsabilidade do Ministério da Saúde e seguirá as regras estabelecidas neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 3º)

Parágrafo Único. A responsabilidade do Ministério da Saúde pelo financiamento de que trata o "caput" se refere: (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 3º, Parágrafo Único)

I - aos medicamentos constantes do anexo I da RENAME; e (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 3º, Parágrafo Único, I)

II - aos insumos constantes do anexo IV da RENAME que estejam relacionados ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 3º, Parágrafo Único, II)

Art. 576. A execução das ações e serviços de saúde referentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP é descentralizada, sendo de responsabilidade dos estados e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 4º)

Parágrafo Único. Poderá ser pactuada no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) a transferência de responsabilidades pela execução do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP para os Municípios, desde que estes tenham aderido à PNAISP. (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 577. Os valores que serão repassados anualmente pelo Ministério da Saúde para cada Estado e para o Distrito Federal para execução das ações e serviços de saúde referentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP encontram-se no Anexo LVI . (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 5º)

§ 1º Os valores de que trata o "caput" serão utilizados exclusivamente para aquisição dos medicamentos e insumos especificados nos incisos I e II do parágrafo único do art. 575 e correspondem a R$ 17,73 (dezessete reais e setenta e três centavos) por pessoa privada de liberdade no Sistema Prisional. (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Os valores constantes do Anexo LVI serão corrigidos no início de cada exercício financeiro, considerando-se a base populacional de pessoas privadas de liberdade no Sistema Prisional informada por Sistemas Oficiais da Justiça Criminal em âmbito nacional. (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 5º, § 2º)

§ 3º O repasse dos valores de que trata o "caput" ocorrerá no segundo trimestre de cada exercício financeiro. (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 5º, § 3º)

Art. 578. O Ministério da Saúde repassará, por meio do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, em parcela única, o montante de recursos financeiros constante do Anexo LVI destinado à execução das ações e serviços de saúde referentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP. (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 6º)

Parágrafo Único. Poderá ser pactuado no âmbito da respectiva CIB que o total ou parte dos recursos financeiros a serem repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados sejam transferidos diretamente ao Fundo de Saúde do Município beneficiário que receber o recurso com base na pactuação de que trata o art. 576, parágrafo único. (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 579. Para execução das ações e serviços de saúde referentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP, compete à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal ou, quando pactuado na CIB, às Secretarias de Saúde dos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 7º)

I - selecionar, programar, adquirir, armazenar, controlar os estoques e prazos de validade e distribuir e dispensar os medicamentos e insumos, respeitando-se a forma de organização, responsabilidade e financiamento dos Componentes da Assistência Farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 7º, I)

II - prover os medicamentos e insumos de que tratam os incisos I e II do parágrafo único do art. 575. (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 7º, II)

§ 1º Se houver pactuação na CIB de descentralização dos recursos financeiros para os Municípios, as Secretarias de Saúde dos Estados deverão encaminhar a respectiva Resolução ao Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS), por meio do endereço eletrônico sprisional.cgafb@saude.gov.br, até o final do primeiro trimestre de cada exercício financeiro. (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Caso não ocorra o envio da pactuação da CIB ao DAF/SCTIE/MS no prazo definido nos termos do § 1º, considera-se que a responsabilidade pela execução das ações e serviços de saúde referentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP continua sendo do respectivo Estado, cabendo ao Ministério da Saúde efetuar a transferência dos recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo de Saúde do Estado. (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 7º, § 2º)

Art. 580. Para a gestão do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP, o Ministério da Saúde disponibilizará o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS). (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 8º)

Parágrafo Único. Os estados, o Distrito Federal e municípios poderão utilizar sistemas informatizados próprios e, nestes casos, deverão transmitir regularmente para a base nacional de dados das ações e serviços da Assistência Farmacêutica Básica, por meio do serviço "WebService", até o dia 15 (quinze) de cada mês, as informações referentes às entradas, saídas e dispensações de medicamentos ocorridas durante todo o mês anterior. (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 581. Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobra de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 9º)

Art. 582. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Distrital e Municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo. (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 10)

Art. 583. Nos casos em que for verificado que os recursos financeiros transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde foram executados, total ou parcialmente, em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 11)

Art. 584. O disposto neste Capítulo não se aplica ao financiamento e à execução dos Componentes Estratégico e Especializado da Assistência Farmacêutica, nem aos medicamentos constantes da Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 12)

Art. 585. Os recursos financeiros federais para execução do disposto neste Capítulo são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática 10.303.2015.20AE - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Art. 13)

TÍTULO VI

DO CUSTEIO DA GESTÃO DO SUS

(Origem: PRT MS/GM 204/2007, CAPÍTULO II, Seção V)

Art. 586. O bloco de financiamento de Gestão do SUS tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 28)

Art. 587. O bloco de financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes: (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 29)

I - Componente para a Qualificação da Gestão do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 29, I)

II - Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 29, II)

Art. 588. O Componente para a Qualificação da Gestão do SUS apoiará as ações de: (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 30)

I - regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 30, I)

II - planejamento e orçamento; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 30, II)

III - programação; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 30, III)

IV - regionalização; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 30, IV)

V - gestão do trabalho; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 30, V)

VI - educação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 30, VI)

VII - incentivo à participação e controle social; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 30, VII)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300600

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

VIII - informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 30, VIII)

IX - estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 30, IX)

X - outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 30, X)

Parágrafo Único. A transferência dos recursos no âmbito deste Componente dar-se-á mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão e respeitados os critérios estabelecidos em ato normativo específico e no Anexo II , com incentivo específico para cada ação que integra o Componente. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 30, § 1º)

Art. 589. O Componente para a implantação de ações e serviços de saúde inclui os incentivos atualmente designados: (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 31)

I - implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 31, I)

II - qualificação de Centros de Atenção Psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 31, II)

III - implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 31, III)

IV - fomento para ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD); (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 31, IV)

V - inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 31, V)

VI - implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 31, VI)

VII - implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 31, VII)

VIII - reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 31, VIII)

IX - implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 31, IX)

X - adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; e (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 31, X)

XI - outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 31, XI)

Parágrafo Único. A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 31, Parágrafo Único)

CAPÍTULO I

DO FINANCIAMENTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE E PROGRAMA DE BOLSAS

Seção I

Do Financiamento do Componente Federal para a Política Nacional de Educação Permanente

Art. 590. O financiamento do componente federal para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio do Bloco de Gestão do SUS, instituído pelo Pacto pela Saúde, e comporá o Limite Financeiro Global do estado, do Distrito Federal e do município para execução dessas ações. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 17)

§ 1º Os critérios para alocação dos recursos financeiros federais encontram-se no Anexos LXXXIV e LXXXVII . (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 17, § 1º)

§ 2º O valor dos recursos financeiros federais referentes à implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no âmbito estadual e do Distrito Federal, constantes do Limite Financeiro dos estados e do Distrito Federal, será publicado para viabilizar a pactuação nas CIBs sobre o fluxo do financiamento dentro do estado. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 17, § 2º)

§ 3º A definição deste repasse no âmbito de cada unidade federada será objeto de pactuação na CIB, encaminhado à CIT para homologação. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 17, § 3º)

Art. 591. Os recursos financeiros de que trata a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, relativos ao Limite Financeiro dos municípios, dos estados e do Distrito Federal, serão transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde, de forma regular e automática, aos respectivos Fundos de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 18)

§ 1º Eventuais alterações no valor do recurso Limite Financeiro dos municípios, dos estados e do Distrito Federal devem ser aprovadas nas CIBs e encaminhadas ao Ministério da Saúde para publicação. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 18, § 1º)

§ 2º As transferências do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais, do Distrito Federal e aos municipais poderão ser alteradas conforme as situações previstas no Capítulo I do Título III da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 18, § 2º)

Art. 592. O financiamento do componente federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, consignado no orçamento do ano de 2007, prescindirá das assinaturas dos Termos de Compromisso do Pacto pela Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 19)

§ 1º Para viabilizar o repasse fundo a fundo dos recursos financeiros de 2007, as CIBs deverão enviar o resultado do processo de pactuação sobre a distribuição e alocação dos recursos financeiros da Educação Permanente em Saúde para homologação na CIT. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 19, § 1º)

§ 2º A partir de 2008, os recursos financeiros seguirão a dinâmica estabelecida no regulamento do Pacto pela Saúde e serão repassados apenas aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios que tiverem assinado seus Termos de Compromisso de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 19, § 2º)

Seção II

Do Incentivo à Formação de Especialistas na Modalidade Residência Médica em Áreas Estratégicas do SUS no âmbito da Estratégia de Qualificação da RAS

Art. 593. A Estratégia de Qualificação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do SUS oferece incentivos financeiros às entidades públicas e estabelecimentos hospitalares privados de que trata o art. 744 da Portaria de Consolidação nº 5 cujos Programas de Residência Médica atendam os critérios definidos nos termos do art. 745 da Portaria de Consolidação nº 5, que se destinam ao reforço das atividades assistenciais e ao fortalecimento das RAS para formação dos residentes, em uma das seguintes modalidades: (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 5º)

I - incentivo financeiro de custeio mensal; (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 5º, I)

II - incentivo financeiro de custeio para reforma; e (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 5º, II)

III - incentivo financeiro de investimento para ampliação e/ou para aquisição de material permanente. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 5º, III)

Parágrafo Único. Na hipótese de requerimento cumulativo dos incentivos financeiros dispostos nos incisos II e III do "caput", o Ministério da Saúde apenas autorizará o repasse do valor total até R$ 200.000,00 (duzentos mil reais) para o beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 594. O incentivo financeiro de custeio mensal de que trata o art. 593, I destina-se à aquisição de materiais de consumo médico-hospitalar, materiais didáticos, manutenção de bibliotecas, salas de estudo e alojamento para o residente, incremento de pontos de acesso à internet e qualificação da preceptoria para o funcionamento dos Programas de Residência Médica desenvolvidos pelas entidades públicas e estabelecimentos hospitalares privados de que trata o art. 744 da Portaria de Consolidação nº 5. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 6º)

Art. 595. O incentivo financeiro de custeio mensal de que trata o art. 594 varia de R$ 3.000,00 (três mil reais) a R$ 8.000,00 (oito mil reais) para cada nova vaga de residência criada no ano em curso da apresentação da proposta, de acordo com a Região do País e com as tipologias e quantidade de especialidades das vagas oferecidas durante o período de vigência do Programa de Residência Médica, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 7º)

I - instituições da Região Sudeste, exceto Espirito Santo (ES), e do Distrito Federal (DF) que ofereçam Programa de Residência Médica receberão incentivo financeiro de: (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 7º, I)

a) R$ 3.000,00 (três mil reais) por vaga de residência/mês; ou (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 7º, I, a)

b) R$ 4.000,00 (quatro mil reais) por vaga de residência/mês caso ampliem em 3 (três) ou mais o número de vagas no respectivo Programa de Residência Médica nas especialidades estratégicas listadas nos termos dos Anexos LIII e LIV da Portaria de Consolidação nº 5 e/ou ofereçam o Programa de Residência Médica em rede.(Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 7º, I, b)

II - instituições da Região Sul receberão incentivo financeiro de: (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 7º, II)

a) R$ 5.000,00 (cinco mil reais) por vaga de residência/mês; ou (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 7º, II, a)

b) R$ 6.000,00 (seis mil reais) por vaga de residência/mês caso ampliem em 3 (três) ou mais o número de vagas no respectivo Programa de Residência Médica nas especialidades estratégicas listadas nos termos dos Anexos LIII e LIV da Portaria de Consolidação nº 5 e/ou ofereçam o Programa de Residência Médica em rede.(Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 7º, II, b)

III - instituições das Regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste, exceto DF, além do Espírito Santo (ES), receberão incentivo financeiro de: (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 7º, III)

a) R$ 7.000,00 (sete mil reais) por vaga de residência/mês; ou (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 7º, III, a)

b) R$ 8.000,00 (oito mil reais) por vaga de residência/mês caso ampliem em 3 (três) ou mais o número de vagas no respectivo Programa de Residência Médica nas especialidades estratégicas listadas nos termos dos Anexos LIII e LIV da Portaria de Consolidação nº 5 e/ou ofereçam o Programa de Residência Médica em rede.(Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 7º, III, b)

§ 1º Para cada 2 (duas) novas vagas de residência médica abertas pela instituição proponente, será concedido incentivo financeiro de custeio mensal para 1 (uma) vaga de residência médica já existente no âmbito do respectivo Programa de Residência Médica, de acordo com os valores previstos nos incisos I, II e III do "caput".(Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Fica vedada a utilização dos recursos oriundos dos incentivos financeiros à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS) para o pagamento de bolsas ou complementação de seus valores aos médicos residentes e também para uso em fins diversos aos do objeto referente ao respectivo incentivo financeiro. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 7º, § 2º)

Art. 596. O ente federativo ou estabelecimento hospitalar de que trata o art. 744 da Portaria de Consolidação nº 5 interessado no recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal deverá encaminhar proposta ao Ministério da Saúde para análise e aprovação, considerando-se o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 8º)

I - apresentação da direção da entidade pública ou estabelecimento hospitalar privado ao gestor estadual, distrital ou municipal de saúde de documentação comprobatória da oferta de novas vagas de formação de especialistas, conforme disposto no art. 745, I da Portaria de Consolidação nº 5; (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 8º, I)

II - manifestação formal do gestor de saúde quanto ao aceite das novas vagas ofertadas e de sua relevância para o SUS; (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 8º, II)

III - envio de expediente com requerimento de participação na Estratégia de Qualificação das RAS por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do SUS, especialmente ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS); e (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 8º, III)

IV - preenchimento do formulário eletrônico, no endereço eletrônico http://sigresidencias.saude.gov.br, anexando os documentos ali exigidos. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 8º, IV)

Parágrafo Único. O expediente de que trata o inciso III do "caput" deverá conter documentação comprobatória referente aos incisos I e II do "caput" e do atendimento dos requisitos de que trata o art. 745 da Portaria de Consolidação nº 5. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 597. Uma vez aprovada a proposta apresentada, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) encaminhará ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS) documento informativo sobre as instituições aptas ao recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal, vagas abertas e correspondentes valores financeiros mensais a serem repassados, indicando a competência financeira de início do repasse. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 9º)

Art. 598. O Secretário de Atenção à Saúde, após manifestação do DRAC/SAS/MS, publicará portaria específica de adesão do ente federativo e do estabelecimento hospitalar para o repasse regular e automático do incentivo financeiro de custeio mensal. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 10)

§ 1º No caso de entidades públicas, o repasse será feito do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde estaduais, distrital e municipal com posterior encaminhamento às respectivas instituições. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 10, § 1º)

§ 2º No caso de estabelecimentos hospitalares privados, o repasse será feito do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde estaduais, distrital e municipal com posterior encaminhamento às respectivas instituições mediante celebração de termos aditivos aos contratos, convênios ou instrumentos congêneres pré-existentes ou celebração de novos com os gestores estaduais, distrital ou municipais de saúde com metas pactuadas de formação de especialistas. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 10, § 2º)

§ 3º Além das providências para o repasse do incentivo financeiro de custeio mensal, a SAS/MS autorizará a instituição a apresentar, no que pertinente, propostas para o recebimento dos incentivos financeiros de que tratam o art. 593, incisos II e III I . (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 10, § 3º)

Art. 599. A SGTES/MS encaminhará bimestralmente, a partir da data de publicação da Portaria nº 1248/GM/MS, de 24 de junho de 2013, relatórios atualizados contendo instituições aptas ao recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal, vagas abertas e correspondentes valores financeiros mensais a serem repassados, indicando a competência financeira de início do repasse. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 11)

Art. 600. O incentivo financeiro de custeio para reforma de que trata o art. 593, II, no valor até R$ 200.000,00 (duzentos mil reais) por instituição admitida na Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), destina-se à reforma de bibliotecas, salas de estudo, salas com computadores com acesso à internet, alojamento do médico residente e outros ambientes relacionados às atividades da residência médica no âmbito da instituição. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 12)

Parágrafo Único. Para fins do disposto neste artigo, considera-se reforma a realização de reparos, consertos, revisões, pinturas e adaptações de bens imóveis sem que ocorra acréscimo de área ao imóvel. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 12, Parágrafo Único)

Art. 601. O ente federativo ou estabelecimento hospitalar de que trata o art. 744 da Portaria de Consolidação nº 5 interessado no recebimento do incentivo financeiro de custeio para reforma deverá, após a autorização da SAS/MS de que trata o art. 598, § 3º , encaminhar proposta ao Ministério da Saúde para análise e aprovação, incluindo-se projeto básico de arquitetura, contendo memorial descritivo e cronograma físico-financeiro da reforma, por meio do Sistema de Contratos e Convênios do Ministério da Saúde (SICONV/MS) ou do Sistema de Gestão Financeira e de Convênios do Ministério da Saúde (GESCON/MS), no que for pertinente. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 13)

§ 1º O acesso aos sistemas de que trata o "caput" encontra-se disponível no portal da Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS), por meio do endereço eletrônico www.fns.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 13, § 1º)

§ 2º O projeto básico de arquitetura deve ser previamente aprovado junto à autoridade sanitária local bem como ao órgão municipal ou estadual competente, além de atender aos requisitos de infraestrutura e acessibilidade a todas as pessoas com dificuldade de locomoção nos termos da legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 13, § 2º)

Art. 602. Uma vez aprovada a proposta apresentada, a SAS/MS publicará portaria específica com indicação do ente federativo ou estabelecimento hospitalar privado apto ao recebimento do recurso financeiro definido no art. 600 e respectivo valor contemplado. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 14)

Art. 603. A definição do valor do incentivo financeiro de custeio para reforma será efetuada considerando-se os ambientes a serem reformados. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 15)

Art. 604. Os recursos do incentivo financeiro de custeio para reforma serão repassados em parcela única de acordo com as regras do Sistema de Contratos e Convênios do Ministério da Saúde (SI-

CONV/MS) e do Sistema de Gestão Financeira e de Convênios do Ministério da Saúde (GESCON/MS). (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 16)

Parágrafo Único. No caso de entidades públicas, os recursos serão repassados do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde estaduais, distrital e municipais para o seu posterior encaminhamento às instituições contempladas. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 16, Parágrafo Único)

Art. 605. O incentivo financeiro de investimento para ampliação e/ou aquisição de material permanente de que trata o art. 593, III, no valor até R$ 200.000,00 (duzentos mil reais) por instituição admitida na Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), destina-se à aquisição de material permanente e ampliação de bibliotecas, salas de estudo e salas com computadores com acesso à internet, alojamento do médico residente e outros ambientes relacionados às atividades da residência médica no âmbito da instituição. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 17)

§ 1º Para os fins do disposto neste artigo, considera-se ampliação a realização de reparos, consertos, revisões, pinturas e adaptações de bens imóveis com acréscimo de área ao imóvel existente. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 17, § 1º)

§ 2º O ente federativo de que trata o art. 744 da Portaria de Consolidação nº 5 pode requerer incentivo financeiro de investimento para ampliação e/ou aquisição de material permanente. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 17, § 2º)

§ 3º Os estabelecimentos hospitalares privados de que trata o art. 744 da Portaria de Consolidação nº 5 podem requerer exclusivamente incentivo financeiro de investimento para aquisição de material permanente. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 17, § 3º)

Art. 606. O ente federativo ou estabelecimento hospitalar de que trata o art. 744 da Portaria de Consolidação nº 5 interessado no recebimento do incentivo financeiro de investimento, no que for pertinente, para ampliação e aquisição de material permanente deverá, após a autorização da SAS/MS de que trata o art. 598, § 3º , encaminhar proposta ao Ministério da Saúde para análise e aprovação e, caso seja para ampliação do imóvel, incluindo-se projeto básico de arquitetura, contendo memorial descritivo e cronograma físico-financeiro da sua ampliação. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 18)

§ 1º As propostas serão encaminhadas, no que for pertinente: (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 18, § 1º)

I - pelo Sistema de Pagamento do Ministério da Saúde (SISPAG/MS); (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 18, § 1º, I)

II - pelo SICONV/MS; ou (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 18, § 1º, II)

III - pelo GESCON/MS. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 18, § 1º, III)

§ 2º O acesso aos sistemas de que trata o "caput" encontra-se disponível no portal da FNS/SE/MS, por meio do endereço eletrônico www.fns.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 18, § 2º)

§ 3º O projeto básico de arquitetura deve ser previamente aprovado junto à autoridade sanitária local bem como ao órgão municipal ou estadual competente, além de atender aos requisitos de infraestrutura e acessibilidade a todas as pessoas com dificuldade de locomoção nos termos da legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 18, § 3º)

Art. 607. Uma vez aprovada a proposta apresentada, a SAS/MS publicará portaria específica com indicação do ente federativo ou estabelecimento hospitalar privado apto ao recebimento do recurso financeiro definido no art. 605 e respectivo valor contemplado. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 19)

Art. 608. A definição do valor do incentivo financeiro de investimento para ampliação do imóvel e aquisição de materiais permanentes será efetuada considerando-se os ambientes a serem ampliados e os materiais a serem adquiridos. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 20)

Art. 609. Os recursos do incentivo financeiro de investimento para ampliação e aquisição de material permanente serão repassados em parcela única de acordo com as regras do SISPAG/MS, SICONV/MS e do GESCON/MS. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 21)

Parágrafo Único. No caso de entidades públicas, os recursos serão repassados do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde estaduais, distrital e municipais para o seu posterior encaminhamento às instituições contempladas. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 610. O incentivo financeiro de custeio mensal de que trata o art. 593, I vigorará enquanto o Programa de Residência Médica do ente federativo ou estabelecimento hospitalar privado beneficiado estiver autorizado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), em regular funcionamento, com resultados favoráveis e metas físicas satisfatoriamente avaliadas após prestação de contas periódica definida nos termos de Seção própria à Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), da Portaria de Consolidação nº 5. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 26)

Art. 611. Os recursos financeiros para o custeio das atividades da Estratégia de Qualificação da RAS são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho: (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 27)

I - 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade (PO 0000) e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade (PO 0000); (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 27, I)

II - 10.302.2015.8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde (PO 0003); (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 27, II)

III - 10.302.2015.20B0 - Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental e 10.302.2015.20B0 - Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental; e (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 27, III)

IV - 10.302.2015.20R4 - Apoio à Implantação da Rede Cegonha e 10.302.2015.20R4 - Apoio à Implantação da Rede Cegonha. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 27, IV)

Art. 612. O Ministério da Saúde disponibilizará manual instrutivo sobre os critérios para participação na Estratégia de Qualificação da RAS por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do SUS e recebimento dos respectivos incentivos financeiros, cujo acesso encontrar-se-á disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sgtes. (Origem: PRT MS/GM 1248/2013, Art. 28)

Seção III

Do Financiamento do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho que Apoia Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC)

Art. 613. O Ministério da Saúde apoiará financeiramente os programas de residência médica em medicina de família e comunidade (PRM-MFC) por meio do custeio das bolsas nas modalidades residente, preceptor, tutor e orientador de serviço, correspondentes do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho e demais custos decorrentes da implementação e organização dos programas de residência. (Origem: PRT MS/GM 1143/2005, Art. 3º)

§ 1º Os recursos para os municípios participantes serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o fundo municipal de saúde ou fundo estadual de saúde, quando for o caso, na modalidade fundo a fundo. (Origem: PRT MS/GM 1143/2005, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os recursos para a instituição formadora participante serão repassados mediante a realização de convênio Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1143/2005, Art. 3º, § 2º)

Art. 614. O município ou estado participante poderá complementar o valor da bolsa para o residente, de acordo com critérios estabelecidos no nível de execução do programa. (Origem: PRT MS/GM 1143/2005, Art. 4º)

Art. 615. O ingresso no programa de residência dar-se-á por meio de seleção pública que atenda às normas da Comissão Nacional de Residência Médica. (Origem: PRT MS/GM 1143/2005, Art. 5º)

Art. 616. Os recursos orçamentários do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho: (Origem: PRT MS/GM 1143/2005, Art. 8º)

I - 10.128.2015.20YD - Educação e Formação em Saúde e 10.128.2015.20YD - Educação e Formação em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1143/2005, Art. 8º, I)

II - 10.128.2015.20YD - Educação e Formação em Saúde e 10.128.2015.20YD - Educação e Formação em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1143/2005, Art. 8º, II)

Seção IV

Do Financiamento do Componente Federal para o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS)

Art. 617. O financiamento do componente federal para o Programa de Formação de Profissional de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) dar-se-á por meio do Bloco de Gestão do SUS, instituído pelo Pacto pela Saúde, e comporá o Limite Financeiro Global do estado, do município e do Distrito Federal para execução dessas ações. (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 10)

§ 1º Os critérios para alocação dos recursos financeiros federais encontram-se no Anexo XCII . (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 10, § 1º)

§ 2º O valor dos recursos financeiros federais referentes à implementação do Plano de Formação Profissional do PROFAPS, no âmbito estadual, municipal e do Distrito Federal, será publicado para viabilizar a pactuação nas CIBs sobre o fluxo do financiamento dentro das respectivas esferas de governo. (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 10, § 2º)

§ 3º As ações previstas no art. 718 da Portaria de Consolidação nº 5 poderão também ser pactuadas considerando os recursos repassados fundo a fundo referentes à Política de Educação Permanente em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 10, § 3º)

§ 4º A definição desse repasse, no âmbito de cada unidade federada, será objeto de pactuação na CIB, com posterior envio dessa resolução à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), para viabilização do financiamento. (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 10, § 4º)

Art. 618. Os recursos financeiros de que trata o Programa de Formação de Profissional de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) relativos ao Limite Financeiro dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, serão transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde aos respectivos fundos de saúde, conforme definição e pactuação nas CIBs. (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 11)

§ 1º Eventuais alterações no valor do recurso Limite Financeiro dos estados, dos municípios e do Distrito Federal devem ser aprovadas nas CIBs e encaminhadas ao Ministério da Saúde para publicação. (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 11, § 1º)

§ 2º As transferências do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais, municipais e do Distrito Federal poderão ser alteradas, conforme as situações previstas no Capítulo I do Título III da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 11, § 2º)

Art. 619. Os recursos financeiros de que trata o Programa de Formação de Profissional de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) serão provenientes do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática 10.128.2015.20YD - Educação e Formação em Saúde e 10.128.2015.20YD - Educação e Formação em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Art. 12)

Seção V

Do Repasse Regular Automático de Recursos Financeiros na Modalidade Fundo a Fundo para a Formação dos Agentes Comunitários de Saúde

Art. 620. Fica instituído financiamento federal, na modalidade de repasse regular e automático, fundo a fundo, para a formação de 400 horas do Agente Comunitário de Saúde (ACS). (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 1º)

Art. 621. O montante financiado pelo Governo Federal será calculado multiplicando-se o custo unitário pelo número de Agentes Comunitários de Saúde, indicados no projeto de formação. (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 2º)

Parágrafo Único. O custo unitário considerado para cálculo está fixado por regiões e Estados, considerando as especificidades geográficas, como segue: (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - Região da Amazônia Legal: R$ 800,00; (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - Região Nordeste e Estado de Minas Gerais: R$ 800,00; (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

III - Região Centro-Oeste e Distrito Federal: R$ 700,00; (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 2º, Parágrafo Único, III)

IV - Região Sudeste (exceto o Estado de Minas Gerais): R$ 700,00; e (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 2º, Parágrafo Único, IV)

V - Região Sul: R$ 700,00. (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 2º, Parágrafo Único, V)

Art. 622. Os recursos serão transferidos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais, o Distrito Federal e os Fundos Municipais de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 3º)

§ 1º Os recursos serão repassados para o gestor estadual para o gestor Distrital ou gestor municipal, mediante a apresentação ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, de projetos para a formação de 400 horas, seja de seus próprios Agentes e/ou de agentes de uma determinada região ou Estado, conforme discussão e articulação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) e pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os repasses serão realizados mediante Plano de Execução apresentado no projeto e o efetivo acompanhamento, monitoramento e avaliação instituídos no âmbito do Colegiado de Gestão Regional. (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Os repasses serão em parcelas trimestrais, de igual valor, ou de acordo com o Plano de Execução. (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 3º, § 3º)

Art. 623. Deverão ter prioridade na execução da formação de 400 horas, os Agentes Comunitários de Saúde com vínculo de trabalho, seja por meio de contrato celetista ou estatutário. (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 4º)

Art. 624. Será repassado aos Fundos Municipais de Saúde, recurso financeiro a título de incentivo à adesão para a formação, calculado pelo número de Agentes Comunitários de Saúde existente em cada Município: (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 5º)

I - Municípios com até 100 ACS: R$ 50,00 por agente; (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 5º, I)

II - Municípios com 101 até 500 ACS: R$ 30,00 por agente; e (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 5º, II)

III - Municípios com mais de 500 ACS: R$ 20,00 por agente. (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 5º, III)

Parágrafo Único. Este recurso será repassado em uma única parcela, até 30 dias, após o início do processo de formação. (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 625. Os projetos de formação apresentados deverão constar de: (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 6º)

I - projeto técnico/pedagógico contendo formação de 400 horas e formação pedagógica dos docentes; (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 6º, I)

II - plano de execução do processo de formação dos Agentes Comunitários de Saúde, com cronograma de execução física e financeira; e (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 6º, II)

III - plano estadual de educação permanente em saúde discutido e articulado na Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) e pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 6º, III)

Art. 626. A cada trimestre, deverá ser emitido relatório sobre a execução do processo formativo em curso e encaminhado às CIES e ao MS/SGTES/DEGES. (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 7º)

Art. 627. Terão prioridade na formulação e execução técnica/pedagógica dos cursos de formação do Agente Comunitário de Saúde, as Escolas Técnicas de Saúde do SUS, as Escolas de Saúde Pública e os Centros Formadores vinculados aos gestores estaduais e municipais de saúde, como um componente para seu fortalecimento institucional e pedagógico. (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 8º)

§ 1º A execução da formação para os ACS também poderá ser desenvolvida por equipes do Estado/Município, desde que em parceria com instituição formadora credenciada pelo sistema de ensino, de modo que possibilite aos ACS a qualificação para o trabalho e a obtenção de certificado de conclusão. (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 8º, § 1º)

§ 2º A pactuação na CIB poderá contemplar outras instituições formadoras, desde que legalmente reconhecidas e habilitadas para este fim, quando, no seu âmbito regional, não houver instituições formadoras citadas no art. 627 ou quando a capacidade da mesma apresentar-se insuficiente para a demanda de formação. (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 8º, § 2º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300602

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 628. Todos os Agentes Comunitários de Saúde em exercício deverão realizar a formação de que trata o art. 623. (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 9º)

Art. 629. Os recursos poderão ser suspensos quando das seguintes situações: (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 10)

I - não-cumprimento das atividades e metas previstas no Plano de Execução; (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 10, I)

II - aplicação irregular dos recursos financeiros transferidos; e (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 10, II)

III - não-apresentação do relatório trimestral. (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 10, III)

Parágrafo Único. Exceções serão analisadas pelo MS/SGTES/DEGES. (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 630. Os recursos orçamentários, de que trata a presente Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática 10 128 1436 8612 0001 - Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2662/2008, Art. 11)

CAPÍTULO II

DO FINANCIAMENTO DA QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO SUS

Seção I

Do Incentivo de Custeio para Estruturação e Implementação de Ações de Alimentação e Nutrição pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com Base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

Art. 631. Fica instituído incentivo de custeio para a estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição pelas secretarias estaduais e municipais de saúde com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). (Origem: PRT MS/GM 1738/2013, Art. 1º)

Parágrafo Único. O incentivo financeiro de que trata o "caput" deste artigo se destina aos municípios/Distrito Federal que possuam população superior a 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e será transferido diretamente ao respectivo Fundo Estadual ou Municipal de Saúde, em parcela única anual, conforme valores discriminados nos Anexos XXIX e XXX . (Origem: PRT MS/GM 1738/2013, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 632. O incentivo financeiro de custeio para a estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição pelas secretarias estaduais e municipais de saúde deverá ser utilizado exclusivamente no custeio de serviços e despesas relacionadas à efetiva implementação de ações de alimentação e nutrição nas Redes de Atenção à Saúde, principalmente no âmbito da Atenção Básica, observadas as diretrizes e responsabilidades definidas na PNAN às secretarias de saúde dos estados, Distrito Federal e aos municípios, priorizando-se: (Origem: PRT MS/GM 1738/2013, Art. 2º)

I - a promoção da alimentação adequada e saudável; (Origem: PRT MS/GM 1738/2013, Art. 2º, I)

II - a vigilância alimentar e nutricional; (Origem: PRT MS/GM 1738/2013, Art. 2º, II)

III - a prevenção dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, especialmente sobrepeso e obesidade, desnutrição, anemia por deficiência de ferro, hipovitaminose A e beribéri; e (Origem: PRT MS/GM 1738/2013, Art. 2º, III)

IV - a qualificação da força de trabalho em alimentação e nutrição. (Origem: PRT MS/GM 1738/2013, Art. 2º, IV)

Parágrafo Único. Tratando-se de incentivo exclusivamente de custeio, voltado às ações estabelecidas no art. 632, fica vedada sua utilização para fins diversos aos ora previstos, tais como despesas de capital, tratamento de doenças ou reabilitação de pacientes, aquisição de alimentos, suplementos alimentares, fórmulas alimentares, de vitaminas ou minerais. (Origem: PRT MS/GM 1738/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 633. O incentivo de custeio para a estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição pelas secretarias estaduais e municipais de saúde será parte integrante do Bloco de Financiamento de Gestão do SUS, componente para implantação de ações e serviços de saúde, em observância ao disposto nesta Portaria.(Origem: PRT MS/GM 1738/2013, Art. 4º)

Art. 634. O planejamento das ações de alimentação de nutrição a serem desenvolvidas com o incentivo financeiro de custeio para a estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição pelas secretarias estaduais e municipais de saúde deverá constar no Plano de Saúde e na respectiva Programação Anual de Saúde das secretarias de saúde dos estados, Distrito Federal e municípios e a prestação de contas das ações deverá ser realizada por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG), conforme disciplina presente na Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, no Capítulo das Diretrizes do Processo de Planejamento no Âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1738/2013, Art. 5º)

Art. 635. O Ministério da Saúde poderá adotar instrumentos específicos de acompanhamento das ações e serviços de saúde desenvolvidos com a utilização do incentivo financeiro de custeio para a estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, em observância ao disposto no art. 1151. (Origem: PRT MS/GM 1738/2013, Art. 6º)

Art. 636. As secretarias de saúde dos estados, Distrito Federal e municípios que possuam saldo remanescente referente ao Incentivo de Combate às Carências Nutricionais (ICCN) ou aos repasses financeiros para estruturação e qualificação de ações de alimentação e nutrição estabelecidos pelas Portarias nº 1.357/GM/MS, de 23 de junho de 2006, nº 3.181/GM/MS, de 12 de dezembro de 2007, nº 1.424/GM/MS, de 10 de julho de 2008, nº 2.324/GM/MS, de 6 de outubro de 2009, nº 1.630/GM/MS, de 24 de junho de 2010, nº 2.685/GM/MS, de 16 de novembro de 2011, e nº 2.349/GM/MS, de 10 de outubro de 2012, deverão utilizá-lo de acordo com a disciplina em vigor para o incentivo de custeio para a estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição pelas secretarias estaduais e municipais de saúde com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). (Origem: PRT MS/GM 1738/2013, Art. 8º)

Seção II

Do Custeio das Atividades da Política de Desenvolvimento Produtivo

Art. 637. Os recursos financeiros para o custeio das atividades do Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS) são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, onerando os seguintes Programas de Trabalho: (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 10)

I - 2055 - Política de Desenvolvimento Produtivo, nas seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 10, I)

a) 10.303.2015.8636 - Inovação e Produção de Insumos Estratégicos para a Saúde e 10.303.2015.8636 - Inovação e Produção de Insumos Estratégicos para a Saúde; (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 10, I, a)

b) 10.572.2015.20K7- Apoio à Modernização do Parque Produtivo Industrial da Saúde e 10.572.2015.20K7- Apoio à Modernização do Parque Produtivo Industrial da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 10, I, b)

II - 2015 - Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, na ação 10.571.2015.6146.0001 - Pesquisa de saúde e avaliação de novas tecnologias para o SUS. (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 10, II)

Parágrafo Único. Outras fontes orçamentárias poderão ser acrescidas para o custeio das atividades do PROCIS e o cumprimento de seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 638. A União, por meio do Ministério da Saúde, firmará contratos e/ou convênios para a execução do Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS), observada a legislação de regência. (Origem: PRT MS/GM 506/2012, Art. 11)

CAPÍTULO III

DO INCENTIVO FINANCEIRO PARA APOIAR O DESENVOLVIMENTO DE SOLUÇÕES INFORMATIZADAS QUE SE INTEGREM AO SISTEMA CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SISTEMA CARTÃO)

Art. 639. Fica instituído incentivo financeiro a estados, Distrito Federal e municípios para apoiar o desenvolvimento de soluções informatizadas que se integrem ao Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 1º)

§ 1º O desenvolvimento de soluções informatizadas de que trata o "caput"; atenderá a rede de atenção básica, os processos de regulação e a produção ambulatorial individualizada de média e alta complexidade de regiões de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 1º, § 1º)

§ 2º As soluções informatizadas devem ainda ser aderentes ao barramento nacional e reproduzíveis em diferentes cenários regionais, de forma a objetivar a utilização do Cartão Nacional de Saúde e o registro eletrônico de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 1º, § 2º)

Art. 640. O incentivo financeiro para apoiar o desenvolvimento de soluções informatizadas que se integrem ao Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão) será utilizado para a aquisição de equipamentos e processos de desenvolvimento de sistemas de informação em saúde no âmbito SUS, quais sejam: (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 2º)

I - equipamentos de informática; (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 2º, I)

II - equipamentos para estruturação de redes; (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 2º, II)

III - equipamentos necessários para conexão com a internet; e (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 2º, III)

IV - serviços de implantação. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 2º, IV)

Parágrafo Único. Para os fins do disposto no art. 640, IV, os serviços de implantação compreendem serviços de desenvolvimento, manutenção lógica, hospedagem de sistemas, instalação de "softwares", migração de bases de dados pré-existentes, capacitação de operadores, monitoramento de implantação local e suporte técnico-operacional. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 641. Para requerer o incentivo financeiro a estados, Distrito Federal e municípios para apoiar o desenvolvimento de soluções informatizadas que se integrem ao Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão), o ente federativo providenciará o envio de Projeto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS).(Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 3º)

§ 1º O Projeto deverá utilizar a documentação de artefatos do processo de gerenciamento e desenvolvimento de sistemas do DATASUS, denominado Processo de Gestão e Desenvolvimento de Sistemas (PGDS-DATASUS), disponível em http://189.28.128.113/pgds/. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os Projetos para aquisição de equipamentos devem indicar a respectiva descrição técnica, o ambiente de alocação e o valor estimado do bem pretendido. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O Projeto deverá conter os itens listados no Anexo LV . (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 3º, § 3º)

§ 4º Além do Projeto, o requerente poderá encaminhar outros documentos que entender necessários para avaliação pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 3º, § 4º)

§ 5º O Projeto deverá ser enviado por meio de Carta de Encaminhamento, com Aviso de Recebimento (AR), ao DATASUS no seguinte endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Anexo, 1º Andar, Sala nº 107-A, CEP 70.058-900. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 3º, § 5º)

Art. 642. Para ser qualificado, o Projeto de que trata o art. 641 deverá atender os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 4º)

I - demonstrar que os recursos alocados por meio do incentivo financeiro a estados, Distrito Federal e municípios para apoiar o desenvolvimento de soluções informatizadas que se integrem ao Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão) serão obrigatoriamente utilizados no desenvolvimento e/ou na operacionalização de sistemas computacionais de informação do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 4º, I)

II - apresentar cronograma de implantação do Projeto que esteja em consonância com o Sistema Cartão e vise à integração e à interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS, nos termos do Capítulo I do Título VII da Portaria de Consolidação nº 1; (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 4º, II)

III - demonstrar que o sistema informatizado exposto no Projeto é aderente ao Sistema Cartão e aos demais sistemas do Ministério da Saúde com os quais venha a se relacionar; (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 4º, III)

IV - demonstrar que o sistema informatizado exposto no Projeto interopera com os sistemas do DATASUS; (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 4º, IV)

V - prever contrapartida dos entes federativos integrantes da região de saúde na forma de recursos humanos, organizacionais, de equipamentos, de infraestrutura física, de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC), de conectividade e financeiros; (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 4º, V)

VI - prazo de execução do Projeto de 12 (doze) meses entre início e término; (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 4º, VI)

VII - estabelecer produtos, metas e indicadores de implantação que deverão ser documentados no modelo PGDS-DATASUS em 4 (quatro) etapas consecutivas, trimestrais, para fins de avaliação do Ministério da Saúde e consequente repasse dos recursos financeiros; e (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 4º, VII)

VIII - apresentar declaração expressa de que ocorrerá a transferência plena da tecnologia aplicada ao Projeto, entrega dos respectivos código fonte, documentação e todos os artefatos necessários ao desenvolvimento evolutivo do sistema informatizado exposto no Projeto em favor da União, por meio do Ministério da Saúde.(Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 4º, VIII)

Art. 643. Os Projetos qualificados serão classificados de acordo com o seguintes critérios de pontuação: (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 5º)

I - arquitetura do sistema, com ênfase em uso de tecnologias WEB: (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 5º, I)

a) instalação individual por máquina - 0 (zero) ponto; (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 5º, I, a)

b) instalação em rede local ("LAN") - 10 (dez) pontos; e (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 5º, I, b)

c) instalação em "datacenter" com acesso "WEB" - 20 (vinte) pontos; (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 5º, I, c)

II - cooperação interfederativa: (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 5º, II)

a) 1 (um) ponto por município participante, mediante participação declarada pelo Secretário Municipal de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 5º, II, a)

b) 5 (cinco) pontos por estado ou pelo Distrito Federal, mediante participação declarada pelo secretário estadual ou distrital de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 5º, II, b)

III - número de interfaces de informação com os sistemas do SUS, que gere dados nos formatos padronizados pelo Ministério da Saúde e exporte dados para os sistemas/bases do Ministério da Saúde nominados no Projeto - 1 (um) ponto por sistema integrado nominado; (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 5º, III)

IV - grau de informatização dos processos de gestão de sistemas do SUS: (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 5º, IV)

a) cadastramento novo, edição, exportação, impressão do Cartão Nacional de Saúde nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) - 1 (um) ponto; (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 5º, IV, a)

b) compatibilidade com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) - 1 (um) ponto; (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 5º, IV, b)

c) inclusão de acolhimento, de agendamento local e de controle de vacinação - 2 (dois) pontos; (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 5º, IV, c)

d) compatibilidade com Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) - 2 (dois) pontos; e (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 5º, IV, d)

e) exportação de dados do registro de produção ambulatorial individualizada - 3 (três) pontos. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 5º, IV, e)

§ 1º No caso de empate entre projetos classificados, terá preferência o Projeto que contemple a maior população, considerando a soma de população dos municípios que o integram. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Para fins do disposto no art. 643, § 1º , será utilizada a população descrita no Censo Demográfico 2010, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), publicada na Sinopse do Censo Demográfico 2010. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 5º, § 2º)

Art. 644. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) editará portaria específica com relação dos projetos qualificados, classificados e contemplados, com definição do montante de recursos a serem repassados ao respectivo ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 6º)

Parágrafo Único. Caberá ao DATASUS o monitoramento do cronograma de execução do Projeto contemplado, sem prejuízo da competência dos demais órgãos de controle interno e externo, es-

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300603

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

pecialmente do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e da Controladoria-Geral da União (CGU). (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 645. O incentivo financeiro a estados, Distrito Federal e municípios para apoiar o desenvolvimento de soluções informatizadas que se integrem ao Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão) será repassado ao ente federativo beneficiário em 4 (quatro) parcelas, trimestrais, considerando-se o cronograma de execução aprovado no Projeto. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 7º)

§ 1º Os recursos financeiros repassados deverão ser aplicados pelo beneficiário no prazo máximo de 12 (doze) meses, sendo contado o prazo a partir da data do efetivo repasse da primeira parcela. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Os recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde serão integralmente devolvidos ao Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS), com acréscimo de correção monetária prevista em lei, em caso de descumprimento do prazo previsto no art. 645, § 1º ou de inobservância do Projeto contemplado, conforme relatório de fiscalização promovida pelos órgãos de controle referidos no § 1º. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 7º, § 2º)

Art. 646. Os recursos federais destinados ao incentivo financeiro a estados, Distrito Federal e municípios para apoiar o desenvolvimento de soluções informatizadas que se integrem ao Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão) são oriundos das dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.126.2015.20YN - Sistemas de Tecnologia de Informação e Comunicação para a Saúde (e-Saúde) e 10.126.2015.20YN - Sistemas de Tecnologia de Informação e Comunicação para a Saúde (e-Saúde). (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 11)

TÍTULO VII

DOS INVESTIMENTOS

(Origem: PRT MS/GM 204/2007, Seção VI) (dispositivo acrescentado pela Portaria nº 837/GM/MS, de 23 de abril de 2009)

Art. 647. O Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde é composto por recursos financeiros que serão transferidos, mediante repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação do projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado, ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 31-A)

Art. 648. Os recursos do Orçamento da Seguridade Social alocados ao Fundo Nacional de Saúde e destinados à cobertura de despesas de investimentos na rede de serviços de saúde a ser implementados pelos estados, Distrito Federal e municípios serão a estes transferidos mediante obediência à programação financeira do Tesouro Nacional e de acordo com diretrizes contidas no Pacto pela Saúde e em portaria específica a ser editada pelo Ministério da Saúde para regulamentar a matéria. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 31-B)

Art. 649. As propostas de projeto deverão ser apresentadas por meio do Sistema de Proposta de Projetos, disponível no endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde, http://www.fns.saude.gov.br, cabendo ao Ministério da Saúde, por meio de sua área finalística, emitir posicionamento quanto à aprovação da proposta.(Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 31-C)

Parágrafo Único. A regulamentação do Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, inclusive quanto aos aspectos de natureza orçamentária e financeira e aos projetos de que trata o art. 649, ocorrerá por meio de ato normativo específico a ser editado pelo Ministro de Estado da Saúde, observando-se as regras gerais estabelecidas na Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS. (Origem: PRT MS/GM 837/2009, Art. 5º)

Art. 650. Os projetos encaminhados ao Ministério da Saúde deverão ser submetidos à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a fim de que seja avaliada a conformidade desses projetos com os seguintes instrumentos de planejamento: (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 31-D)

I - Plano Estadual de Saúde (PES); (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 31-D, I)

II - Plano Diretor de Regionalização (PDR); e (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 31-D, II)

III - Plano Diretor de Investimento (PDI). (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 31-D, III)

Art. 651. Cada projeto aprovado terá a sua formalização efetivada mediante edição de portaria específica, pelo Ministério da Saúde, na qual deverão estar definidos o valor, o período de execução e o cronograma de desembolso dos recursos financeiros a ser transferidos automaticamente aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, bem como o valor correspondente à contrapartida a ser executada, se for o caso. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 31-E)

Art. 652. As informações do projeto e da execução do Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde devem compor o Relatório de Gestão previsto na Lei n° 8.142, de 1990, no Decreto n° 1.651, de 1995, e no Capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação nº 1, que aprovou orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 31-F)

CAPÍTULO I

DA AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES

Art. 653. As solicitações de financiamento de equipamentos e materiais permanentes serão cadastradas pelo ente federativo interessado no endereço eletrônico www.fns.saude.gov.br em formato de propostas, que conterão: (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 7º)

I - a ação, política ou programa de governo de referência a qual os equipamentos e materiais permanentes serão destinados; (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 7º, I)

II - os equipamentos e materiais permanentes a serem financiados; (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 7º, II)

III - a justificativa de aquisição dos equipamentos e materiais permanentes; (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 7º, III)

IV - a identificação dos estabelecimentos e unidades de saúde a que se destinarão os equipamentos e materiais permanentes; (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 7º, IV)

V - a especificação técnica com configurações e acessórios permitidos, conforme estabelecido na Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM); e (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 7º, V)

VI - a quantidade e valor estimado dos equipamentos e materiais permanentes. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 7º, VI)

Art. 654. As propostas cadastradas serão priorizadas e enviadas para a análise de mérito e técnico-econômica pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 8º)

Art. 655. As propostas serão priorizadas nos termos do art. 654 de acordo com os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 9º)

I - coerência com as políticas nacionais e com os objetivos e estratégias das políticas estruturantes do SUS, em conformidade com o Plano Nacional de Saúde e pactuações da Comissão Intergestores Tripartite (CIT); e (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 9º, I)

II - potencial de redução das desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 9º, II)

Art. 656. A análise de mérito de cada proposta cadastrada será atribuída ao órgão do Ministério da Saúde responsável pela ação, política ou programa de governo de referência a qual os equipamentos e materiais permanentes serão destinados, com avaliação dos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 10)

I - consonância dos equipamentos e materiais permanentes solicitados com a natureza do estabelecimento e/ou unidade de saúde, de acordo com o registro constante do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 10, I)

II - comprovação de condições adequadas de infraestrutura e de recursos humanos para a instalação, operação e manutenção dos equipamentos e materiais permanentes financiáveis solicitados; e (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 10, II)

III - destinação dos equipamentos e materiais permanentes a estabelecimentos e/ou unidades de saúde próprias dos estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 10, III)

Art. 657. A análise técnico-econômica de cada proposta cadastrada será realizada pela Secretaria-Executiva (SE/MS) e considerará: (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 11)

I - os preços obtidos em aquisições anteriores realizadas através de procedimentos licitatórios ou hipóteses de dispensa ou inexigibilidade de licitação e constantes do Banco de Preços em Saúde (BPS); (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 11, I)

II - as informações recebidas pelo Programa de Cooperação Técnica (PROCOT); e (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 11, II)

III - a compatibilidade e coerência dos preços com as especificações técnicas apresentadas. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 11, III)

Parágrafo Único. Em caso de aprovação da proposta, a manifestação técnica também apontará a rubrica orçamentária específica destinada ao seu financiamento. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 658. As propostas aprovadas nas análises de mérito e técnico-econômica e habilitadas para o recebimento dos recursos financeiros de que trata este Capítulo serão divulgadas em ato específico do Ministro de Estado da Saúde, no qual conterá, ainda, os valores a serem repassados aos respectivos entes federativos. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 12)

§ 1º Em situações excepcionais, devidamente justificadas, poderá ser habilitada e divulgada proposta aprovada na análise de mérito, ficando o respectivo desembolso financeiro condicionado à aprovação na análise técnico-econômica. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 12, § 1º)

§ 2º Para fins do disposto no § 1º, a portaria de habilitação conterá disposição específica que preveja a possibilidade de sua revogação ou alteração no caso de variação nos valores originais ou não aprovação do projeto na análise técnico-econômica. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 12, § 2º)

§ 3º A execução orçamentária e financeira das propostas aprovadas e habilitadas será condicionada à disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 12, § 3º)

§ 4º O prazo para execução dos recursos financeiros repassados nos termos deste Capítulo será de, no máximo, 24 (vinte e quatro) meses contados do efetivo recebimento do recurso pelo ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 12, § 4º)

Art. 659. Os recursos financeiros de que trata este Capítulo serão repassados pelo Fundo Nacional de Saúde em parcela única, na modalidade fundo a fundo, para os fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios habilitados. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 13)

§ 1º Os recursos financeiros transferidos serão movimentados em conta bancária específica em nome dos respectivos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 13, § 1º)

§ 2º Os recursos de que trata este Capítulo, depois de transferidos, serão aplicados em caderneta de poupança enquanto não forem utilizados na finalidade a que se destinam, devendo os respectivos rendimentos serem utilizados para aquisição dos equipamentos e materiais permanentes financiáveis constantes da proposta habilitada pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 13, § 2º)

§ 3º Na hipótese de o custo final para aquisição dos equipamentos e materiais permanentes ser inferior ao montante dos recursos financeiros transferidos nos termos deste Capítulo, os valores remanescentes poderão ser utilizados para a aquisição de equipamentos e materiais permanentes previstos na RENEM, excetuando-se equipamentos e materiais permanentes com alocação condicionada a parâmetros populacionais ou de demanda previstos na legislação. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 13, § 3º)

§ 4º Os equipamentos e materiais permanentes adquiridos na forma do § 3º serão destinados, preferencialmente, ao estabelecimento e/ou unidade de saúde informado na proposta ou, subsidiariamente, a outro estabelecimento de saúde do mesmo ente federativo proponente e do mesmo nível de complexidade de atenção à saúde do estabelecimento previsto na proposta. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 13, § 4º)

§ 5º Os equipamentos e materiais permanentes adquiridos com os recursos de que trata este Capítulo poderão ser realocados em estabelecimentos e/ou unidades diferentes dos previstos originalmente na proposta em casos de comoção popular, desativação do estabelecimento e/ou unidade de saúde ou subutilização do equipamento ou material permanente, desde que observados os parâmetros e diretrizes de financiamento do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 13, § 5º)

§ 6º Na hipótese do § 5º, deverá ser atualizado no SCNES o estabelecimento ou unidade de saúde no qual os equipamentos e materiais permanentes foram realocados. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 13, § 6º)

§ 7º Caso o custo para aquisição dos equipamentos e materiais seja superior ao montante dos recursos financeiros transferidos pelo Ministério da Saúde aos estados, Distrito Federal ou municípios, a respectiva diferença no valor deverá ser custeada por conta do próprio ente federativo interessado. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 13, § 7º)

§ 8º O gestor de saúde estadual, do Distrito Federal ou municipal encaminhará a proposta aprovada e as ações realizadas conforme o previsto nos §§ 3º, 4º, 5º e 6º, para conhecimento, à Comissão Intergestores Regional (CIR), se houver, e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou ao Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF). (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 13, § 8º)

Art. 660. A comprovação da aplicação dos recursos transferidos e da utilização dos equipamentos e materiais permanentes será apresentada no Relatório Anual de Gestão (RAG), previsto na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e no Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, e analisado pelo respectivo Conselho de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 14)

Art. 661. O Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com fundamento nos relatórios de gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos, nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 15)

Art. 662. O órgão do Ministério da Saúde responsável pela análise de mérito da proposta para habilitação do ente federativo é o responsável pelo monitoramento da aquisição dos equipamentos e materiais permanentes adquiridos e sua destinação. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 16)

Art. 663. O ente federativo beneficiário do incentivo financeiro de que trata este Capítulo estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 17)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados nos termos deste Capítulo; e (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 17, I)

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 17, II)

Art. 664. Os equipamentos e materiais permanentes adquiridos serão inseridos no SCNES no prazo até 90 (noventa) dias contado da data de seu recebimento pelo ente federativo beneficiário, conforme a lista de códigos e equipamentos cadastráveis no sistema. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 18)

Art. 665. Os preços de aquisição dos equipamentos e materiais permanentes serão obrigatoriamente inseridos pelos entes federativos na aba correspondente ao projeto aprovado no Sistema de Propostas e Projetos do Fundo Nacional de Saúde, disponível no endereço eletrônico www.fns.saude.gov.br, no prazo até 90 (noventa) dias contado da data de seu recebimento pelo ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 19)

Art. 666. Os recursos financeiros de que trata este Capítulo não serão destinados ao financiamento da aquisição de equipamentos e materiais permanentes custeados por meio de políticas e programas definidos em outros atos normativos do Ministério da Saúde que contenham previsão específica de aquisição de equipamentos e materiais permanentes. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 20)

Art. 667. Os repasses de recursos financeiros ainda devidos pelo Ministério da Saúde em virtude dos projetos já formalizados por meio da portaria de que trata o art. 3º da Portaria nº 2.198/GM/MS, de 17 de setembro de 2009, continuarão produzindo efeitos conforme as regras daquela Portaria. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 21)

Art. 668. Os recursos financeiros para execução do disposto neste Capítulo são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar as ações orçamentárias vinculadas ao Plano Pluria-

nual vigente, em consonância com o cadastro de ações disponível no Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP) do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 22)

Seção I

Da Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis para o SUS (RENEM)

Art. 669. Para fins deste Capítulo, consideram-se equipamentos e materiais permanentes aqueles incorporados pela RENEM. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 2º)

Art. 670. A RENEM é a relação de equipamentos e materiais permanentes considerados financiáveis pelo Ministério da Saúde por meio de propostas de projetos de órgãos e entidades públicas e privadas sem fins lucrativos vinculadas à rede assistencial do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 3º)

§ 1º A RENEM contém as configurações e acessórios permitidos, os preços de referência e outras informações relacionadas aos equipamentos e materiais permanentes financiáveis e pode ser acessada no Portal da Saúde, por meio do endereço eletrônico www.fns.saude.gov.br/sigem. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os equipamentos e materiais da RENEM, bem como suas configurações permitidas, buscam proporcionar condições básicas para que os órgãos e entidades, públicas e privadas, vinculadas ao SUS possam realizar de forma segura e eficaz o atendimento à população. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 3º, § 2º)

Seção II

Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde (SOMASUS)

Art. 671. Fica instituído o Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde (SOMASUS), com o objetivo de auxiliar gestores e técnicos na elaboração de projetos de investimentos em infraestrutura na área de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2481/2007, Art. 1º)

Art. 672. A Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde adotará as providências necessárias para a plena estruturação e manutenção do SOMASUS. (Origem: PRT MS/GM 2481/2007, Art. 2º)

Seção III

Do Programa de Cooperação Técnica (PROCOT)

Art. 673. Fica criado, no âmbito do Ministério da saúde, o Programa de Cooperação Técnica (PROCOT). (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 4º)

Art. 674. O PROCOT é um Programa de Cooperação Técnica do Ministério da Saúde junto ao mercado brasileiro de equipamentos médico-hospitalares que contempla: (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 5º)

I - a divulgação por meio do Portal da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível pelo endereço eletrônico www.portal.saude.gov.br, de empresas consideradas como potenciais fornecedoras dos equipamentos e materiais permanentes da RENEM; (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 5º, I)

II - a apresentação dos equipamentos aos técnicos do Ministério da Saúde na forma de palestras técnicas e visitas a hospitais referenciados; e (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 5º, II)

III - a participação de empresas em consultas de especificações técnicas de materiais permanentes e equipamentos. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 5º, III)

Art. 675. Os objetivos principais do PROCOT são: (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 6º)

I - a obtenção criteriosa e padronizada de informações técnico-econômicas fidedignas para subsidiar as análises de custo-efetividade, custo-benefício e compatibilidade custo-tecnologia em equipamentos médico-hospitalares; (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 6º, I)

II - referenciar a elaboração de especificações técnicas de equipamentos para compras centralizadas e descentralizadas no SUS; (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 6º, II)

III - otimizar e realizar com máxima precisão a emissão de pareceres técnicos pelo Ministério da Saúde, proporcionando maior celeridade na liberação dos recursos financeiros e melhor aproveitamento da sua utilização; (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 6º, III)

IV - criar oportunidades para que as empresas possam, através de palestras técnicas e visitas técnicas a hospitais referenciados, realizar a apresentação de seus produtos aos técnicos do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 6º, IV)

V - subsidiar as atualizações do Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde (SOMASUS), de que trata a Seção II do Capítulo I do Título VII. (Origem: PRT MS/GM 3134/2013, Art. 6º, V)

Seção IV

Do Plano de Fornecimento de Equipamentos Odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESFSB)

Art. 676. Fica criado, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica - Saúde Bucal, o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESFSB) implantadas a partir da competência outubro de 2009. (Origem: PRT MS/GM 2372/2009, Art. 1º)

§ 1º Os equipamentos a serem fornecidos compreendem um equipo odontológico completo (composto por uma cadeira odontológica, um equipo odontológico, uma unidade auxiliar odontológica, um refletor odontológico e um mocho) e um kit de peças de mão (composto por um micromotor, uma peça reta, um contra-ângulo e uma caneta de alta rotação). (Origem: PRT MS/GM 2372/2009, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Os equipos odontológicos e os kits de peças de mão deverão ser instalados para uso exclusivo das equipes de Saúde Bucal, não podendo haver destinação para quaisquer outros fins. (Origem: PRT MS/GM 2372/2009, Art. 1º, § 2º)

§ 3º As novas ESFSB a receberem a doação do equipamento serão identificadas através do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 2372/2009, Art. 1º, § 3º)

Art. 677. O Ministério da Saúde cederá os referidos equipamentos mediante instrumento oficial denominado Termo de Doação aos Municípios, conforme diretrizes e parâmetros gerais estabelecidos pela Seção IV do Capítulo I do Título VII. (Origem: PRT MS/GM 2372/2009, Art. 2º)

§ 1º Em caso de constatação, pelo Ministério da Saúde, pelos órgãos de controle externo ou pelas Secretarias Estaduais de Saúde, quanto a não-utilização do bem doado para fins e formas a que se propõe, será promovida a revogação parcial ou total desse Termo, estando reservado o direito de reclamar a restituição dos bens doados, podendo realocá-los em outra instituição ou Município, a critério da Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Básica -, sem direito de indenização ao donatário. (Origem: PRT MS/GM 2372/2009, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os gestores deverão providenciar a adequação visual da Unidade de Saúde que receber o equipamento, segundo o Manual de Inserção de Logotipo, disponibilizado pelo Ministério da Saúde no endereço eletrônico www.saude.gov.br/bucal. (Origem: PRT MS/GM 2372/2009, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Recomenda-se que o recurso para investimento das equipes de Saúde Bucal, nas Unidades Básicas de Saúde, referente às Portarias nº 648/GM e nº 650/GM, ambas de 28 de março de 2006, seja destinado, além do definido nessas Portarias, à aquisição dos itens relacionados na lista de instrumentais e materiais permanentes odontológicos constantes do Anexo LVII , de acordo com a necessidade do atendimento. (Origem: PRT MS/GM 2372/2009, Art. 2º, § 3º)

Art. 678. Os recursos orçamentários objeto desta Seção correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.8730 - Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada e 10.301.2015.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde (PO 0001). (Origem: PRT MS/GM 2372/2009, Art. 3º)

Seção V

Do Apoio Financeiro a Estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional

Art. 679. Ficam Apoiados financeiramente os municípios e o Distrito Federal na estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional para um diagnóstico nutricional e alimentar adequado e humanizado, por meio do provimento de equipamentos adequados para esse fim. (Origem: PRT MS/GM 2975/2011, Art. 1º)

Parágrafo Único. Os equipamentos antropométricos a serem adquiridos pelos municípios e Distrito Federal devem observar, quando aplicável, a capacidade destes, de modo que permitam o diagnóstico da obesidade mórbida. (Origem: PRT MS/GM 2975/2011, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 680. Os valores a serem transferidos para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional, são os seguintes: (Origem: PRT MS/GM 2975/2011, Art. 2º)

I - R$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais) por polo de academia da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2975/2011, Art. 2º, I)

II - R$ 3.000,00 (três mil reais) por unidade básica de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2975/2011, Art. 2º, II)

§ 1º Caso o custo da estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional seja superior ao valor definido, os recursos adicionais serão complementados pelo próprio município, pelo Distrito Federal ou pelo estado. (Origem: PRT MS/GM 2975/2011, Art. 2º, § 1º)

§ 2º A execução do objeto deverá ocorrer no prazo de até 12 (doze) meses, contados a partir da data do recebimento dos recursos. Não havendo execução total ou parcial do objeto no prazo estabelecido, os recursos deverão ser restituídos ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), no prazo máximo de 30 (trinta) dias, acrescidos dos respectivos rendimentos. (Origem: PRT MS/GM 2975/2011, Art. 2º, § 2º)

Art. 681. Os recursos para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional serão repassados na modalidade fundo a fundo, em parcela única anual, observando que: (Origem: PRT MS/GM 2975/2011, Art. 3º)

I - a transferência dos recursos aos municípios e Distrito Federal para as Academias de Saúde observará as disposições da Portaria de Consolidação nº 5; e (Origem: PRT MS/GM 2975/2011, Art. 3º, I)

II - a transferência dos recursos aos municípios e Distrito Federal para as Unidades de Saúde observará a estratificação definida pelo PMAQ-AB, iniciando-se pelo estrato 1, conforme Manual Instrutivo do programa estabelecido na Portaria de Consolidação nº 5. (Origem: PRT MS/GM 2975/2011, Art. 3º, II)

§ 1º Os recursos transferidos serão movimentados sob a fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de controle interno do Poder Executivo e pelo Tribunal de Contas da União, conforme o disposto no art. 3º do Decreto nº 1.232, de 1994; (Origem: PRT MS/GM 2975/2011, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A comprovação da aplicação dos recursos transferidos será analisada com base no relatório de gestão previsto na Lei nº 8.142, de 1990, no Decreto nº 1.651, de 1995, e na Portaria de Consolidação nº 1; e (Origem: PRT MS/GM 2975/2011, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O Sistema Nacional de Auditoria, com fundamento nos relatórios de gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos, nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 1.232, de 1994. (Origem: PRT MS/GM 2975/2011, Art. 3º, § 3º)

Art. 682. O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição/Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, publicará Manual Orientador referente aos equipamentos antropométricos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data de publicação da Portaria nº 2975/GM/MS, de 14 de dezembro de 2011. (Origem: PRT MS/GM 2975/2011, Art. 4º)

Art. 683. Os recursos orçamentários alusivos à presente Seção são parte integrante do Bloco de Financiamento de Investimento do SUS e devem onerar o Programa de Trabalho 10.306.1214.8735.0001 - Alimentação e Nutrição para a Saúde, respeitado o limite orçamentário de despesa de capital desse Programa. (Origem: PRT MS/GM 2975/2011, Art. 5º)

CAPÍTULO II

DA CONSTRUÇÃO E AMPLIAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Seção I

Da Construção de Unidades Básicas de Saúde nos Municípios pela Unidade Federativa Estadual com Recursos de Emendas Parlamentares

Art. 684. Fica definido que os estados poderão solicitar incentivo para construção de Unidade Básica de Saúde (UBS), mediante utilização de recursos alocados no orçamento da União na forma de emenda individual ou coletiva. (Origem: PRT MS/GM 2825/2012, Art. 1º)

Art. 685. A solicitação e execução do investimento, após sua habilitação, deverá seguir os parâmetros e prescrições normativas desta Seção e na disciplina pertinente ao Componente Construção do Programa de Requalificação de UBS desta Portaria. (Origem: PRT MS/GM 2825/2012, Art. 2º)

Art. 686. As propostas de construção deverão ser notificadas para a CIB, e conter termo de compromisso do gestor municipal de manutenção e operação da unidade após a sua edificação, incluindo a adequada alocação de recursos humanos, nos termos da Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 2825/2012, Art. 3º)

Parágrafo Único. O termo de compromisso deverá ser assinado pelo gestor estadual e municipal e deverá prever se após a conclusão da edificação haverá cessão de uso ou doação para o ente federativo municipal. (Origem: PRT MS/GM 2825/2012, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 687. Para pleitear a habilitação ao incentivo financeiro, o Estado deve cadastrar a proposta no Sistema de Cadastro de Propostas Fundo a Fundo, disponível no endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde - www.fns.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 2825/2012, Art. 4º)

Art. 688. O Ministério da Saúde, após análise e aprovação das propostas publicará portaria específica habilitando o Estado ao recebimento do incentivo financeiro. (Origem: PRT MS/GM 2825/2012, Art. 5º)

Art. 689. Fica estabelecido que, uma vez publicada a portaria de habilitação, o repasse dos recursos financeiros para investimento deverá ser realizado pelo FNS ao Fundo Estadual de Saúde, na forma abaixo definida: (Origem: PRT MS/GM 2825/2012, Art. 6º)

I - primeira parcela, equivalente a 10% do valor total aprovado; após a publicação da portaria específica de habilitação; (Origem: PRT MS/GM 2825/2012, Art. 6º, I)

II - segunda parcela, equivalente a 65% do valor total aprovado; mediante a apresentação da respectiva ordem de início de serviço, assinada por profissional habilitado no Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA), e autorizado pelo Departamento de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2825/2012, Art. 6º, II)

III - terceira parcela, equivalente a 25% do valor total aprovado; após a conclusão da edificação da unidade, e a apresentação do respectivo atestado, assinado por profissional habilitado pelo CREA, ratificado pelo gestor local e autorizado pelo Departamento de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 2825/2012, Art. 6º, III)

Parágrafo Único. Em caso da não aplicação dos recursos ou do descumprimento, por parte do Estado, das metas propostas e compromissos assumidos, os respectivos recursos deverão ser devolvidos ao FNS, acrescidos de correção prevista em lei, cuja determinação decorrerá das fiscalizações promovidas pelos órgãos de controle interno, compreendendo os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), em cada nível de gestão, e a Controladoria Geral da União (CGU). (Origem: PRT MS/GM 2825/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 690. Fica definido que o prazo para a execução e conclusão da construção da nova UBS será de 24 meses a partir do recebimento da 1ª parcela sendo que o período máximo para a elaboração do projeto e o processo licitatório a obra não poderá ultrapassar 9 (nove) meses. (Origem: PRT MS/GM 2825/2012, Art. 7º)

§ 1º As informações de execução das obras deverão ser inseridas no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB) com previsão de penalidades ao proponente em caso da não alimentação do Sistema a cada 30 (trinta) dias. (Origem: PRT MS/GM 2825/2012, Art. 7º, § 1º)

§ 2º O estado e/ou o município deverá informar o início, andamento, conclusão e posteriores manutenções preventivas da obra, incluindo-se documentos e informações requeridas pelo Sistema de Monitoramento do Programa de Requalificação das UBS, no endereço eletrônico http://dab.saude.gov.br/sistemas/sismob, como condição para continuar no Programa e receber eventuais novos recursos. (Origem: PRT MS/GM 2825/2012, Art. 7º, § 2º)

Art. 691. Os recursos orçamentários, de que trata esta Seção, farão parte do Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde e correrão exclusivamente por conta de recursos de emendas individuais e coletivas, na modalidade 30 - transferências a Estados e Distrito Federal, ao Programa de Trabalho 10.301.2015.8581.(Origem: PRT MS/GM 2825/2012, Art. 8º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300605

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Seção II

Da Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais no âmbito do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) aos Estados e aos Municípios da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense

Art. 692. Fica instituído o Componente Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) no âmbito do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) aos estados e aos municípios da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense. (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 1º)

§ 1º O Componente Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) tem como objetivo permitir o repasse de incentivos financeiros, como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) para desempenho de suas atividades. (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 1º, § 1º)

§ 2º As UBSF construídas no âmbito deste Componente deverão, obrigatoriamente, ser identificadas de acordo com os padrões visuais constantes do Título IX da Portaria de Consolidação nº 1, que institui a programação visual padronizada das Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 1º, § 2º)

Art. 693. Fica estabelecido que o valor máximo dos incentivos financeiros a ser destinados pelo Ministério da Saúde para o financiamento da construção de cada UBSF é de R$ 1.889.450,00 (um milhão, oitocentos e oitenta e nove mil quatrocentos e cinquenta reais). (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1355/2015)

§ 1º Caso o custo da construção da UBSF seja superior ao repasse a ser efetuado pelo Ministério da Saúde, conforme definido no caput deste artigo, a diferença deverá correr por conta do estado e/ou município. (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Caso o custo da construção da UBSF seja inferior ao incentivo repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença no valor poderá ser utilizada pelo estado e/ou município para o acréscimo qualitativo na estrutura da embarcação. (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 2º, § 2º)

Art. 694. Para pleitear a habilitação ao incentivo financeiro de que trata esta Seção, o ente federativo deverá, inicialmente, acessar o endereço eletrônico www.saude.gov.br/dab para obter o formato de pré-proposta, a qual após a finalização deverá ser encaminhada à respectiva CIB para validação. (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 3º)

Parágrafo Único. No cadastramento da pré-proposta, os estados e/ou municípios: (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 3º, Parágrafo Único)

I - deverão demostrar a necessidade da construção da UBSF, através de justificativa que contenha informações, tais como: número de comunidades ribeirinhas e habitantes a serem beneficiados pela UBSF, percentual da população rural (ribeirinha) em que o acesso e elas se dá apenas por meio fluvial, distância das comunidades beneficiadas da sede do município, densidade demográfica e PIB per capita do município; e (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 3º, Parágrafo Único, I)

II - deverão informar se farão adesão ao projeto de referência ofertado pelo DAB/SAS/MS ou se apresentarão projeto próprio para construção da embarcação. (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 3º, Parágrafo Único, II)

Art. 695. Após a validação de que trata o art. 694, as respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) deverão enviar ao Ministério da Saúde, especificamente ao Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), a listagem das propostas contempladas. (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 4º)

Art. 696. Ao Ministério da Saúde compete aprovar, total ou parcialmente, a listagem das propostas recebidas, utilizando-se, para fins de autorização e priorização, os seguintes critérios: municípios ou região dos municípios com elevada proporção de população em extrema pobreza e/ou número absoluto ou proporção de população rural (ribeirinha) beneficiada pela UBSF, baixa densidade demográfica, valor do PIB per capita. (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 5º)

Art. 697. Após análise e aprovação da lista de propostas de que trata o art. 696, o Ministério da Saúde publicará ato normativo específico habilitando o estado ou município ao recebimento do incentivo financeiro previsto no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 6º)

Art. 698. Fica definido que o estado ou o município, no cadastramento da pré-proposta, poderá optar pelo: (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 7º)

I - projeto de referência disponibilizado pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 7º, I)

II - projeto de referência disponibilizado pelo Ministério da Saúde com adequações em conformidade às necessidades do proponente, validado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA); e (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 7º, II)

III - projeto próprio assinado por profissional habilitado pelo CREA. (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 7º, III)

§ 1º Nas situações indicadas nos incisos II e III deste artigo, as projetos ficarão sujeitos à avaliação técnica e aprovação do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde/MS. (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 7º, § 1º)

§ 2º A UBSF deverá contar, no mínimo, com área física e distribuição de ambientes estabelecidos na Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 7º, § 2º)

Art. 699. O estado ou município, caso opte pelo projeto ofertado pelo Ministério da Saúde, poderá: (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 8º)

I - receber o recurso para viabilização da construção da UBSF; ou (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 8º, I)

II - receber a doação da embarcação de referência pelo Ministério da Saúde, a qual dependerá da respectiva disponibilidade administrativa e financeira. (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 8º, II)

Art. 700. Fica estabelecido que, uma vez publicada a portaria de habilitação, o repasse dos incentivos financeiros aos municípios que optarem pela situação prevista no art. 699, I será realizado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) ao Fundo Estadual de Saúde ou Fundo Municipal de Saúde, na forma abaixo definida: (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 9º)

I - primeira parcela, equivalente a 30% do valor total aprovado: após a publicação da portaria específica de habilitação; (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 9º, I)

II - segunda parcela, equivalente a 60% do valor total aprovado: mediante a apresentação do projeto da embarcação, conforme o art. 698, e da ordem de início de serviço devidamente inserida no SISMOB; e (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 9º, II)

III - terceira parcela, equivalente a 10% do valor total aprovado: mediante emissão de parecer técnico-favorável pelo DAB/SAB/MS após certificação de conclusão da embarcação. (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 9º, III)

§ 1º Com o término da construção da Unidade Básica de Saúde Fluvial, o estado e/ou município assumirá a manutenção preventiva do referido estabelecimento de saúde como condição para continuar no Programa e receber eventuais novos recursos. (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Como condição para continuar no Programa e receber eventuais novos recursos, estado e/ou município deverá informar, no âmbito do Componente Construção do Programa de Requalificação das UBS ou quaisquer outros que forem instituídos dos quais esteja participando, o início, andamento, conclusão e posteriores manutenções preventivas da obra, incluindo-se informações referentes ao projeto, contratação, localização geográfica, fotos correspondentes às etapas de execução da obra e demais informações requeridas pelo Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://dab.saude.gov.br/sistemas/sismob/. (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 9º, § 2º)

§ 3º O município será responsável pela permanente e contínua atualização das informações no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), no mínimo, uma vez a cada trinta dias, responsabilizando-se, ainda pela veracidade e qualidade dos dados fornecidos. (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 9º, § 3º)

§ 4º Caso o gestor de saúde responsável não providencie a regularização da alimentação e/ou atualização das informações no SISMOB por 60 (sessenta) dias consecutivos, proceder-se-á à suspensão dos recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para execução do respectivo programa ou estratégia, e implicará, também, na suspensão do repasse de recursos financeiros de outros programas/estratégias financiados pelo Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, as quais perdurarão até o saneamento da mencionada irregularidade. (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 9º, § 4º)

§ 5º O monitoramento de que trata este artigo não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 9º, § 5º)

§ 6º Em caso da não aplicação dos incentivos ou do descumprimento por parte do município das metas propostas e dos compromissos assumidos, os respectivos incentivos deverão ser devolvidos ao FNS, acrescidos da correção prevista em lei, cuja determinação decorrerá das fiscalizações promovidas pelos órgãos de controle interno, compreendendo os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), em cada nível de gestão, e a Controladoria Geral da União (CGU). (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 9º, § 6º)

§ 7º Em caso de inoperância do SISMOB, o Projeto, a Ordem de Início de Serviço e as fotos correspondentes às etapas de execução da obra das propostas habilitadas na modalidade fundo a fundo deverão ser entregues por meio de ofício assinado pelo Gestor local ao Departamento de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 9º, § 7º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 330/2015)

Art. 701. Ficam definidos os seguintes prazos máximos, a contar da data de repasse da primeira parcela, para a execução e conclusão da construção da UBSF dos projetos habilitados a partir de 2013: (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 10)

I - até 9 (nove) meses para a apresentação do projeto e inserção da ordem de início de serviço no SISMOB; (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 10, I)

II - até 18 (dezoito) meses para a conclusão da obra e devida informação no SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 10, II)

Parágrafo Único. Na hipótese de descumprimento dos prazos definidos nos incisos I e II deste artigo, os incentivos repassados para financiamento da construção da UBS deverão ser devolvidos ao FNS, acrescidos da correção prevista em lei, cuja determinação decorrerá das fiscalizações promovidas pelos órgãos de controle interno, compreendendo os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), em cada nível de gestão, e a Controladoria Geral da União (CGU). (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 702. Ficam definidos que os recursos orçamentários, de que trata esta Seção, farão parte do Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde e que correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.8581.0001 - Ação: Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 290/2013, Art. 11)

Seção III

Do Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Art. 703. Esta Seção define o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 1º)

Subseção I

Do Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde para Propostas Habilitadas a partir de 2013

(Origem: PRT MS/GM 340/2013, CAPÍTULO I)

Art. 704. O Componente Construção do Programa de Requalificação de UBS tem como objetivo permitir o repasse de incentivos financeiros para a construção de UBS municipais e distritais como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica para desempenho de suas ações. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 2º)

Art. 705. As UBS construídas no âmbito deste Componente obrigatoriamente serão identificadas de acordo com os padrões visuais constantes do Título IX da Portaria de Consolidação nº 1, que institui a programação visual padronizada das Unidades de Saúde do SUS. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 3º)

Art. 706. Ficam definidos 4 (quatro) Portes de UBS a serem financiadas por meio do Componente Construção: (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 4º)

I - UBS Porte I: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 1 (uma) Equipe de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 1 (uma) Equipe de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 4º, I)

II - UBS Porte II: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 2 (duas) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 2 (duas) Equipes de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 4º, II)

III - UBS Porte III: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 3 (três) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 3 (três) Equipes de Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 4º, III)

IV - UBS Porte IV: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 4 (quatro) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 4 (quatro) Equipes de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 4º, IV)

Parágrafo Único. As UBS contarão, no mínimo, com área física e quantidade dos ambientes descritos no Anexo XXV , conforme o seu respectivo porte. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 4º, Parágrafo Único) (com redação dada pela PRT MS/GM 1903/2013)

Art. 707. O valor dos incentivos financeiros a serem destinados pelo Ministério da Saúde para o financiamento da construção de cada UBS, de acordo com seu respectivo Porte, é de: (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 5º)

I - UBS Porte I: R$ 408.000,00 (quatrocentos e oito mil reais); (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 5º, I)

II - UBS Porte II: R$ 512.000,00 (quinhentos e doze mil reais); (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 5º, II)

III - UBS Porte III: R$ 659.000,00 (seiscentos e cinquenta e nove mil reais); e (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 5º, III)

IV - UBS Porte IV: R$ 773.000,00 (setecentos e setenta e três mil reais). (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 5º, IV)

§ 1º Caso o custo final da construção da UBS seja superior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores deverá ser custeada por conta do próprio município ou Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Caso o custo final da construção da UBS seja inferior ao incentivo repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença no valor dos recursos poderá ser utilizada pelo município ou Distrito Federal para o acréscimo quantitativo de ações de construção dirigidas exclusivamente à mesma UBS contemplada. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 5º, § 2º)

Art. 708. Para pleitear habilitação ao financiamento previsto no Componente Construção, o município ou o Distrito Federal deverá cadastrar sua proposta perante o Ministério da Saúde por meio do endereço eletrônico www.fns.saude.gov.br, incluindo-se as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 6º)

I - localização da UBS a ser construída, com endereço completo; (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 6º, I)

II - coordenada geográfica do local da construção através de ferramenta disponibilizada no sistema de cadastro da proposta; (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 6º, II)

III - certidão de registro emitida pelo cartório de registro de imóveis competente ou, alternativamente, por termo de doação de forma irretratável e irrevogável por, no mínimo, 20 (vinte) anos ao município ou Distrito Federal conforme documentação exigida em lei como hábil à prova de propriedade e ocupação regular do imóvel ou, ainda, mediante declaração comprobatória da condição de terreno público; (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 6º, III)

IV - fotografia do terreno; (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 6º, IV)

V - Porte da UBS a ser construída (Porte I, II, III ou IV); e (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 6º, V)

VI - comunidades a serem beneficiadas e número de habitantes a serem assistidos nesta UBS. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 6º, VI)

Art. 709. O Ministério da Saúde selecionará as propostas cadastradas levando em consideração os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 7º)

I - entes federativos incluídos no Programa Minha Casa Minha Vida; (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 7º, I)

II - entes federativos ou região dos municípios com elevada proporção de população em extrema pobreza; e (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 7º, II)

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

III - desempenho do ente federativo na execução das obras do Programa de Requalificação de UBS. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 7º, III)

Art. 710. Após análise e aprovação da proposta, o Ministério da Saúde editará portaria específica de habilitação do ente federativo contemplado para o recebimento do financiamento previsto no Componente Construção. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 8º)

Art. 711. Uma vez publicada a portaria de habilitação de que trata o art. 710, o repasse dos incentivos financeiros para investimento de que trata esta Seção será realizado pelo Fundo Nacional de Saúde ao fundo de saúde do ente federativo beneficiário, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 9º)

I - primeira parcela, equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, após a publicação da portaria específica de habilitação; (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 9º, I)

II - segunda parcela, equivalente a 60% (sessenta por cento) do valor total aprovado, mediante a inserção no Sistema de Monitoramento de Obras do Ministério da Saúde (SISMOB): (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 9º, II)

a) da respectiva Ordem de Início de Serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA) ou Conselho de Arquitetura e Urbanismo (CAU), ratificada pelo gestor local e encaminhada à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) através de oficio; (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 9º, II, a)

b) das fotos correspondentes às etapas de execução da obra; e (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 9º, II, b)

c) das demais informações requeridas pelo SISMOB; (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 9º, II, c)

III - terceira parcela, equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, após a conclusão da edificação da unidade e a inserção no SISMOB: (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 9º, III)

a) do respectivo atestado de conclusão da edificação da unidade, assinado por profissional habilitado pelo CREA ou CAU, ratificado pelo gestor local e encaminhado à CIB através de oficio; e (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 9º, III, a)

b) das fotos correspondentes às etapas de execução e à conclusão da obra; e (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 9º, III, b)

c) das demais informações requeridas pelo SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 9º, III, c)

§ 1º O repasse da segunda e terceiras parcelas de que tratam os incisos II e III do "caput" apenas ocorrerá após aprovação pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), dos dados inseridos no SISMOB pelo ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O SISMOB encontra-se disponível para acesso por meio do endereço eletrônico http://dab.saude.gov.br/sistemas/sismob/. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 9º, § 2º)

§ 3º As fotos a serem inseridas no SISMOB deverão estar em conformidade com o "Manual de Orientações Básicas para Fotografar as Obras de Reforma, Ampliação e Construção de UBS", cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico http://dab.saude.gov.br/sistemas/sismob/documentos.php. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 9º, § 3º)

§ 4º O proponente poderá solicitar ao DAB/SAS/MS a alteração do local de construção da nova UBS no prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da data de recebimento da 1ª parcela estabelecida no inciso I do "caput", desde que atendidos, ainda, os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 9º, § 4º)

I - apresentação no SISMOB dos novos dados de localização da UBS a ser construída, para verificação de enquadramento aos critérios utilizados para a seleção de propostas; e (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 9º, § 4º, I)

II - apresentação no SISMOB da certidão de registro emitida pelo cartório de registro de imóveis competente ou, alternativamente, por termo de doação de forma irretratável e irrevogável por, no mínimo, 20 (vinte) anos ao município ou Distrito Federal conforme documentação exigida em lei como hábil à prova de propriedade e ocupação regular do imóvel da nova localização ou, ainda, mediante declaração comprobatória da condição de terreno público. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 9º, § 4º, II)

Art. 712. Os entes federativos que forem contemplados com financiamento previsto nos termos desta Seção ficam sujeitos ao cumprimento dos seguintes prazos para execução e conclusão das obras e efetivo início de funcionamento das unidades: (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 10)

I - 9 (nove) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para a emissão da Ordem de Início de Serviço e sua inserção no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), cujo acesso encontra-se disponível por meio do endereço eletrônico http://dab.saude.gov.br/sistemas/sismob/; (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 10, I)

II - 18 (dezoito) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para emissão do Atestado de Conclusão de Edificação da Unidade e sua inserção no SISMOB; e (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 10, II)

III - 90 (noventa) dias após o pagamento da terceira parcela para o início do funcionamento da unidade. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 10, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 1903/2013)

Art. 713. O Distrito Federal e os municípios são responsáveis pela contínua atualização das informações no SISMOB no mínimo uma vez a cada 60 (sessenta) dias, responsabilizando-se, ainda, pela veracidade e qualidade dos dados fornecidos, quais sejam: (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 11)

I - informações relativas ao estabelecimento, ao imóvel, ao projeto e à contratação; (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 11, I)

II - informações relativas à execução física da obra, incluindo-se fotos; e (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 11, II)

III - informações relativas à conclusão da obra, incluindo-se fotos. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 11, III)

Parágrafo Único. Na hipótese de inexistência de modificação das informações descritas neste artigo até 60 (sessenta) dias após a última inserção de dados, o ente federativo ainda assim fica obrigado a acessar o SISMOB para registro dessa atividade pelo próprio sistema informatizado. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 714. Caso o SISMOB não seja acessado e atualizado pelo menos uma vez durante um período de 60 (sessenta) dias consecutivos pelo ente federativo beneficiário, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) providenciará a suspensão do repasse a ele de recursos financeiros do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de outros programas ou estratégias instituídos e financiados, por meio do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), pelo Ministério da Saúde. Parágrafo único. Regularizada a causa que ensejou a suspensão do repasse de recursos financeiros de que trata o "caput", o Fundo Nacional de Saúde providenciará a regularização das transferências dos recursos. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 12)

Art. 715. Na hipótese de descumprimento dos prazos definidos no art. 712, incisos I e II , o ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 13)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados no âmbito do programa; e (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 13, I)

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 13, II)

Art. 716. O monitoramento de que trata esta Subseção não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 14)

Art. 717. Com o término da construção da UBS, o município ou o Distrito Federal assumirá a manutenção preventiva do referido estabelecimento de saúde pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos como condição para continuar no Programa de Requalificação de UBS e, depois desse prazo, para receber eventuais novos recursos financeiros. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 15)

Art. 718. Como condição para continuar no Programa e receber eventuais novos recursos financeiros, o município ou Distrito Federal informará, no âmbito do Componente Construção do Programa de Requalificação das UBS ou quaisquer outros que forem instituídos dos quais esteja participando, o início, andamento, conclusão e posteriores manutenções preventivas da obra, incluindo-se dados referentes ao projeto, contratação, localização geográfica, fotos anterior ao inicio da obra, fotos correspondentes às etapas de execução da obra e demais informações requeridas pelo SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 16)

Art. 719. O ente federativo que estiver em situação de irregularidade nos termos dos arts. 714 e 715 poderá participar do processo de seleção de novas propostas para obter financiamento de que trata esta Seção, porém, para estar apto à habilitação, deverá estar com todas as obras de construção, reforma e ampliação de UBS de que trata o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) já contempladas com recursos federais em curso, monitoradas e com informações atualizadas no SISMOB até o mês anterior à publicação da respectiva lista pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) contendo as propostas habilitadas, inclusive com inserção da Ordem de Início de Serviço das propostas de construção habilitadas no período de 2009 a 2012. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 17)

Subseção II

Das Regras Aplicáveis aos Projetos Habilitados no Âmbito do Plano Nacional de Implantação de UBS até 2012

(Origem: PRT MS/GM 340/2013, CAPÍTULO II)

Art. 720. Os entes federativos que tiveram projetos habilitados até o ano de 2012 no âmbito do Plano Nacional de Implantação de UBS com financiamento previsto nos termos na disciplina pertinente ao Componente Construção do Programa de Requalificação de UBS da Portaria de Consolidação nº 6, seguirão as regras previstas nesta Subseção. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 18)

Art. 721. O Plano Nacional de Implantação de UBS tem por objetivo criar mecanismos que possibilitem o financiamento da construção de UBS como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica para desempenho de suas ações e estimular a implantação de novas equipes. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 19)

Art. 722. O Plano Nacional de Implantação de UBS é constituído por 2 (dois) Componentes definidos em conformidade com o quantitativo populacional de cada município, com base no Censo Demográfico da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 20)

I - Componente I: implantação de UBS em municípios com população até 50.000 (cinquenta mil) habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 20, I)

II - Componente II: implantação de UBS em municípios com população maior que 50.000 (cinquenta mil) habitantes. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 20, II)

Parágrafo Único. As UBS construídas no âmbito deste Plano serão obrigatoriamente identificadas de acordo com os padrões visuais constantes do Título IX da Portaria de Consolidação nº 1, que institui a programação visual padronizada das Unidades de Saúde do SUS. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 20, Parágrafo Único)

Art. 723. O Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde é composto de incentivo financeiro que financia 2 (dois) Portes de UBS: (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 21)

I - UBS Porte I: UBS destinada e apta a abrigar 1 (uma) Equipe de Atenção Básica com número de profissionais compatível a 1 (uma) Equipe de Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 21, I)

II - UBS Porte II: UBS destinada e apta abrigar, no mínimo, 2 (duas) Equipes de Atenção Básica com número de profissionais compatível com no mínimo a 2 (duas) Equipes de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 21, II)

Parágrafo Único. As UBS contarão, no mínimo, respectivamente para o Porte I e Porte II com área física e distribuição de ambientes estabelecidos conforme estabelecido no Anexo XXVI . (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 724. Os valores dos recursos financeiros a serem destinados pelo Ministério da Saúde para o incentivo à construção de cada UBS, de acordo com seu respectivo Porte, é de: (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 22)

I - UBS Porte I: R$ 200.000,00 (duzentos mil reais); e (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 22, I)

II - UBS Porte II: entre R$ 266.666,67 (duzentos e sessenta e seis mil, seiscentos e sessenta e seis reais e sessenta e sete centavos) e R$ 1.200.000,00 (um milhão e duzentos mil reais), a depender do número de equipes a serem abrigadas nas unidades a serem construídas. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 22, II)

§ 1º Caso o custo final da construção da UBS seja superior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores deverá ser custeada por conta do próprio município ou Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 22, § 1º)

§ 2º Caso o custo final da construção da UBS seja inferior ao incentivo repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença no valor dos recursos poderá ser utilizada pelo município ou Distrito Federal para o acréscimo quantitativo de ações de construção dirigidas exclusivamente à mesma UBS contemplada. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 22, § 2º)

Art. 725. A utilização das UBS seguirá os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 23)

I - Componente I do Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 23, I)

a) município com a cobertura de Saúde da Família igual ou superior a 70% (setenta por cento): poderá utilizar a UBS para instalação de Equipe de Atenção Básica já existente ou para nova Equipe de Atenção Básica a ser implantada; e (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 23, I, a)

b) município com a cobertura de Saúde da Família menor que 70% (setenta por cento): somente poderá utilizar a UBS para instalação de nova Equipe de Atenção Básica a ser implantada; e (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 23, I, b)

II - Componente II do Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 23, II)

a) município com a cobertura de Saúde da Família igual ou superior a 50% (cinquenta por cento): poderá utilizar a UBS para instalação de Equipes de Atenção Básica já existentes ou para novas Equipes de Atenção Básica a serem implantadas; e (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 23, II, a)

b) município com a cobertura de Saúde da Família menor que 50% (cinquenta por cento): somente poderá utilizar a UBS para instalação de novas Equipes de Atenção Básica a serem implantadas. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 23, II, b)

Art. 726. O repasse dos recursos financeiros para os projetos habilitados no âmbito do Plano Nacional de Implantação de UBS com financiamento previsto nos termos na disciplina pertinente ao Componente Construção do Programa de Requalificação de UBS da Portaria de Consolidação nº 6, será realizado pelo Fundo Nacional de Saúde ao respectivo Fundo Municipal de Saúde ou ao Fundo de Saúde do Distrito Federal na forma abaixo definida: (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 24)

I - primeira parcela, equivalente a 10% (dez por cento) do valor total aprovado, a ser repassada após a publicação da portaria específica de habilitação; (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 24, I)

II - segunda parcela, equivalente a 65% (sessenta e cinco por cento) do valor total aprovado, mediante a inserção da respectiva Ordem de Início de Serviço no Sistema de Cadastro de Propostas Fundo a Fundo disponível no endereço eletrônico http://www.fns.saude.gov.br, assinada por profissional habilitado pelo CREA ou CAU, ratificada pelo gestor local e encaminhada à CIB através de oficio, e posterior aprovação pelo Ministério da Saúde, por meio do DAB/SAS/MS; e (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 24, II)

III - terceira parcela, equivalente a 25% (vinte e cinco por cento) do valor total aprovado, após a conclusão da edificação da unidade e a inserção do respectivo atestado no Sistema de Cadastro de Propostas Fundo a Fundo disponível no endereço eletrônico http://www.fns.saude.gov.br, assinado por profissional habilitado pelo CREA ou CAU, ratificado pelo gestor local e encaminhado à CIB através de oficio, e posterior aprovação pelo Ministério da Saúde, por meio do DAB/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 24, III)

§ 1º Para recebimento da segunda e terceira parcelas de que tratam os incisos II e III do "caput", o ente federativo beneficiário também deverá inserir as fotos correspondentes às etapas de execução e à conclusão da obra no SISMOB, além de outras informações requeridas por meio desse sistema. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 24, § 1º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300607

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

§ 2º As fotos a serem inseridas no SISMOB de que trata o § 1º deverão estar em conformidade com o "Manual de Orientações Básicas para Fotografar as Obras de Reforma, Ampliação e Construção de UBS", cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico http://dab.saude.gov.br/sistemas/sismob/documentos.php.(Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 24, § 2º)

§ 3º Há a possibilidade de alteração do endereço especificado na proposta de construção de UBS no âmbito do Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde mediante análise e aprovação prévia do Ministério da Saúde, desde que tal solicitação seja realizada antes do início da obra e consequentemente do recebimento da segunda parcela constante do inciso II do "caput". (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 24, § 3º)

Art. 727. Os entes federativos que tiveram projetos habilitados até o ano de 2012 com financiamento previsto nos termos da Portaria nº 2.226/GM/MS, de 2009, ficam sujeitos ao cumprimento dos seguintes prazos para execução e conclusão das obras e efetivo início de funcionamento das unidades: (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 25)

I - 6 (seis) meses, a contar da data de publicação da Portaria nº 340/GM/MS, de 4 de março de 2013, para a emissão da Ordem de Início de Serviço e sua inserção no Sistema de Cadastro de Proposta do Fundo Nacional de Saúde, cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico www.fns.saude.gov.br; (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 25, I)

II - 18 (dezoito) meses, a contar da data de publicação da Portaria nº 340/GM/MS, de 4 de março de 2013, para emissão do Atestado de Conclusão de Edificação da Unidade e sua inserção no Sistema de Cadastro de Proposta do Fundo Nacional de Saúde cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico www.fns.saude.gov.br; e (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 25, II)

III - 90 (noventa) dias após o pagamento da terceira parcela para o início do funcionamento da unidade. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 25, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 1903/2013)

Art. 728. O Distrito Federal e os municípios são responsáveis pela contínua atualização das informações no SISMOB no mínimo uma vez a cada 60 (sessenta) dias, responsabilizando-se, ainda, pela veracidade e qualidade dos dados fornecidos, quais sejam: (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 26)

I - informações relativas ao estabelecimento, ao imóvel, ao projeto e à contratação; (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 26, I)

II - informações relativas à execução física da obra, incluindo-se fotos; e (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 26, II)

III - informações relativas à conclusão da obra, incluindo-se fotos. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 26, III)

Parágrafo Único. Na hipótese de inexistência de modificação das informações descritas neste artigo até 60 (sessenta) dias após a última inserção de dados, o ente federativo ainda assim fica obrigado a acessar o SISMOB para registro dessa atividade pelo próprio sistema informatizado. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 26, Parágrafo Único)

Art. 729. Caso o SISMOB não seja acessado e atualizado pelo menos uma vez durante um período de 60 (sessenta) dias consecutivos pelo ente federativo beneficiário, a SAS/MS providenciará a suspensão do repasse a ele de recursos financeiros do Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde, do Programa de Requalificação de UBS e de outros programas ou estratégias instituídos e financiados, por meio do PAC, pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 27)

Parágrafo Único. Regularizada a causa que ensejou a suspensão do repasse de recursos financeiros de que trata o "caput", o Fundo Nacional de Saúde providenciará a regularização das transferências dos recursos. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 27, Parágrafo Único)

Art. 730. Na hipótese de descumprimento dos prazos definidos no art. 727, incisos I e II , o ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 28)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, se os mencionados recursos foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde até 31 de dezembro de 2012 para o respectivo fundo de saúde e não executados ou executados total ou parcialmente em objeto diverso ao originalmente pactuado; (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 28, I)

II - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde a partir de 1º de janeiro de 2013 para o respectivo fundo de saúde e não executados no âmbito do programa; e (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 28, II)

III - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde a partir de 1º de janeiro de 2013 para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 28, III)

Art. 731. O monitoramento de que trata esta Subseção não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 29)

Art. 732. Com o término da construção da UBS, o município ou o Distrito Federal assumirá a manutenção preventiva do referido estabelecimento de saúde pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos como condição para continuar no Plano Nacional de Implantação de UBS e, depois desse prazo, para receber eventuais novos recursos financeiros referentes ao Programa de Requalificação de UBS. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 30)

Art. 733. Como condição para continuar no Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde e receber eventuais novos recursos financeiros, o município ou Distrito Federal informará, no âmbito do referido Plano e do Componente Construção do Programa de Requalificação das UBS ou quaisquer outros que forem instituídos dos quais esteja participando, o início, andamento, conclusão e posteriores manutenções preventivas da obra, incluindo-se dados referentes ao projeto, contratação, localização geográfica, fotos anterior ao inicio da obra, fotos correspondentes às etapas de execução da obra e demais informações requeridas pelo SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 31)

Art. 734. O ente federativo que estiver em situação de irregularidade nos termos dos arts. 729 e 730 poderá participar do processo de seleção de novas propostas para obter financiamento do Componente Construção do Programa de Requalificação das UBS, porém, para estar apto à habilitação, deverá estar com todas as obras de construção, reforma e ampliação de UBS de que trata, no que couber, o Plano Nacional de Implantação de UBS e o Programa de Requalificação de UBS já contempladas com recursos federais em curso, monitoradas e com informações atualizadas no SISMOB até o mês anterior à publicação da respectiva lista pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) contendo as propostas habilitadas, inclusive com inserção da Ordem de Início de Serviço das propostas de construção habilitadas no período de 2009 a 2012. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 32) (com redação dada pela PRT MS/GM 1345/2013)

Subseção III

Disposições Finais

(Origem: PRT MS/GM 340/2013, CAPÍTULO III)

Art. 735. Os recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades de que tratam esta Seção são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, na parte relativa ao Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho: (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 33)

I - 10.301.2015.12L5.0001 - Ação: Construção e Ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS); e (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 33, I)

II - 10.301.2015.8581 - Ação: Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Art. 33, II)

Seção IV

Do Componente Ampliação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Art. 736. Esta Seção define o Componente Ampliação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 1º)

Art. 737. O Programa de Requalificação de UBS tem como objetivo prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica para desempenho de suas ações por meio do financiamento das UBS implantadas em território nacional. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 2º)

Subseção I

Das Regras Aplicáveis aos Projetos Habilitados no Componente Ampliação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde a partir de 2013

(Origem: PRT MS/GM 339/2013, CAPÍTULO I)

Art. 738. O Componente Ampliação é definido pela quantidade e tipos de ambiente da UBS, obedecidos os regramentos estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 3º)

Parágrafo Único. Serão financiadas ampliações de UBS implantadas em imóvel próprio do município ou Distrito Federal ou a ele cedido por outro ente federativo, que possua documentação regular e que tenha metragem inferior a 153,24 m² (cento e cinquenta e três metros quadrados e vinte e quatro centímetros quadrados) ou, desde que seja ampliada a oferta de serviços, metragem superior a 153,24 m² (cento e cinquenta e três metros quadrados e vinte e quatro centímetros quadrados). (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 739. O Ministério da Saúde publicará periodicamente ato normativo específico para definição do total de recursos financeiros destinados ao Componente Ampliação a serem repassados por estado ou Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 4º)

Parágrafo Único. Serão adotados como critérios de prioridade para definição do montante de recursos de que trata o "caput" o percentual de população em situação de extrema pobreza, o Produto Interno Bruto (PIB) "per capita" da respectiva unidade da Federação e a necessidade de intervenções com base nos diagnósticos de infraestrutura disponíveis no Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 740. Para pleitear a habilitação no Componente Ampliação, inicialmente o ente federativo deverá cadastrar sua proposta perante o Ministério da Saúde, por meio do endereço eletrônico http://www.fns.saude.gov.br, para fins de cálculo do valor do montante de recursos financeiros correspondentes à ampliação da(s) respectivas unidade(s) básica(s) de saúde e obtenção do formato da pré-proposta, a qual após a finalização será encaminhada pelo ente federativo interessado à respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para validação. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 5º)

§ 1º Na pré-proposta de que trata o "caput", a ser enviada pelos estados e municípios à CIB, deverá ser incluído o Plano de Ampliação de Unidades Básicas de Saúde, composto pelas ações, metas e responsabilidades de cada ente federativo. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Para os fins do disposto no art. 740, § 1º , ao Distrito Federal compete apresentar a pré-proposta ao Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF). (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 5º, § 2º)

Art. 741. Após a validação de que trata o art. 740, as CIB e o CGSES/DF deverão enviar ao Ministério da Saúde, especificamente ao Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), a listagem das propostas contempladas dos entes federados com os respectivos valores pactuados. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 6º)

Art. 742. Ao Ministério da Saúde compete aprovar, total ou parcialmente, a listagem das propostas recebidas e seus respectivos valores, utilizando-se em sua avaliação, para fins de autorização e priorização, os mesmos critérios destacados no art. 739, contudo relativos apenas aos municípios. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 7º)

Parágrafo Único. O Ministério da Saúde selecionará as propostas recebidas levando em consideração os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 7º, Parágrafo Único)

I - entes federativos ou região dos municípios com elevada proporção de população em extrema pobreza; e (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 7º, Parágrafo Único, I)

II - desempenho do ente federativo na execução das obras do Programa de Requalificação de UBS. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 7º, Parágrafo Único, II)

Art. 743. Após análise e aprovação da lista de propostas de que trata o art. 742, o Ministério da Saúde publicará ato normativo específico de habilitação do município ou do Distrito Federal para o recebimento do incentivo financeiro previsto no Componente Ampliação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 8º)

Art. 744. Os valores dos recursos financeiros a serem destinados pelo Ministério da Saúde para o incentivo à ampliação de cada UBS respeitarão o valor mínimo de R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) e o valor máximo de R$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais). (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 9º)

§ 1º Caso o custo final da ampliação da UBS seja superior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores deverá ser custeada por conta do próprio município ou Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Caso o custo final da ampliação da UBS seja inferior ao incentivo repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença no valor dos recursos poderá ser utilizada pelo município ou Distrito Federal para o acréscimo quantitativo de ações de ampliação dirigidas exclusivamente à mesma UBS contemplada. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 9º, § 2º)

Art. 745. Uma vez publicado o ato normativo de habilitação de que trata o art. 743, o repasse dos recursos financeiros para investimento será realizado pelo Fundo Nacional de Saúde ao respectivo Fundo Municipal de Saúde ou ao Fundo de Saúde do Distrito Federal na forma abaixo definida: (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 10)

I - primeira parcela: equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, a ser repassada após a publicação da Portaria específica de habilitação; e (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 10, I)

II - segunda parcela, equivalente a 80% (oitenta por cento) do valor total aprovado, mediante a inserção no Sistema de Monitoramento de Obras do Ministério da Saúde (SISMOB): (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 10, II)

a) da respectiva Ordem de Início de Serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA) ou Conselho de Arquitetura e Urbanismo (CAU), devidamente ratificada pelo gestor local e encaminhada à CIB através de ofício; (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 10, II, a)

b) das fotos correspondentes às etapas de execução da obra; e (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 10, II, b)

c) das demais informações requeridas pelo SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 10, II, c)

§ 1º O repasse da segunda parcela de que trata o inciso II do "caput" apenas ocorrerá após aprovação pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), dos dados inseridos no SISMOB pelo ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 10, § 1º)

§ 2º O SISMOB encontra-se disponível para acesso por meio do endereço eletrônico http://dab.saude.gov.br/sistemas/sismob/. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 10, § 2º)

§ 3º As fotos a serem inseridas no SISMOB deverão estar em conformidade com o "Manual de Orientações Básicas para Fotografar as Obras de Reforma, Ampliação e Construção de UBS", cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico http://dab.saude.gov.br/sistemas/sismob/documentos.php. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 10, § 3º)

Art. 746. Os entes federativos que forem contemplados com financiamento previsto nos termos desta Seção a partir do ano de 2013 ficam sujeitos ao cumprimento dos seguintes prazos para execução e conclusão das obras: (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 11)

I - 9 (nove) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para a emissão da Ordem de Início de Serviço e sua inserção no SISMOB, cujo acesso encontra-se disponível por meio do endereço eletrônico http://dab.saude.gov.br/sistemas/sismob/; e (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 11, I)

II - 18 (dezoito) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para conclusão da obra e devida informação no SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 11, II)

Art. 747. O Distrito Federal e os municípios são responsáveis pela contínua atualização das informações no SISMOB no mínimo uma vez a cada 60 (sessenta) dias, responsabilizando-se, ainda, pela veracidade e qualidade dos dados fornecidos, quais sejam: (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 12)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300608

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

I - informações relativas ao estabelecimento, ao imóvel, ao projeto e à contratação; (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 12, I)

II - informações relativas à execução física da obra, incluindo-se fotos; e (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 12, II)

III - informações relativas à conclusão da obra, incluindo-se fotos. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 12, III)

Parágrafo Único. Na hipótese de inexistência de modificação das informações descritas neste artigo até 60 (sessenta) dias após a última inserção de dados, o ente federativo ainda assim fica obrigado a acessar o SISMOB para registro dessa atividade pelo próprio sistema informatizado. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 12, Parágrafo Único)

Art. 748. Caso o SISMOB não seja acessado e atualizado pelo menos uma vez durante um período de 60 (sessenta) dias consecutivos pelo ente federativo beneficiário, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) providenciará a suspensão do repasse a ele de recursos financeiros do Programa de Requalificação de UBS e de outros programas ou estratégias instituídos e financiados, por meio do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 13)

Parágrafo Único. Regularizada a causa que ensejou a suspensão do repasse de recursos financeiros de que trata o "caput", o Fundo Nacional de Saúde providenciará a regularização das transferências dos recursos. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 749. Na hipótese de descumprimento dos prazos definidos no art. 746, o ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 14)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados no âmbito do programa; e (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 14, I)

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 14, II)

Art. 750. O monitoramento de que trata esta Seção não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 15)

Art. 751. Com o término da ampliação da UBS, o município ou o Distrito Federal assumirá a manutenção preventiva do referido estabelecimento de saúde pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos como condição para continuar no Programa de Requalificação de UBS. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 16) (com redação dada pela PRT MS/GM 725/2014)

Art. 752. Como condição para continuar apto ao financiamento e receber eventuais novos recursos financeiros, o ente federativo beneficiário deverá informar, no âmbito do Componente Ampliação do Programa de Requalificação das UBS ou quaisquer outros que forem instituídos dos quais esteja participando, o início, andamento, conclusão e posteriores manutenções preventivas da obra, incluindo-se dados referentes ao projeto, contratação, localização geográfica, fotos anteriores ao inicio da obra, fotos correspondentes às etapas de execução da obra e demais informações requeridas pelo SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 17)

Art. 753. O ente federativo que estiver em situação de irregularidade, nos termos dos arts. 748 e 749 , poderá participar do processo de seleção de novas propostas para obter financiamento de que trata o Componente Ampliação, porém, para estar apto à habilitação, deverá estar com todas as obras de ampliação, reforma e construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS) já contempladas com recursos federais em curso, monitoradas e com informações atualizadas no SISMOB até o mês anterior à publicação pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) da respectiva lista contendo as propostas habilitadas, inclusive com inserção da Ordem de Início de Serviço das propostas de ampliação habilitadas no ano de 2012. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 18) (com redação dada pela PRT MS/GM 1345/2013)

§ 1º Para fins do disposto no art. 753, as obras de ampliação de UBS em curso são aquelas custeadas com incentivo financeiro previsto nesta Seção e na Portaria nº 2.394/GM/MS, de 11 de outubro de 2011. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 18, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1345/2013)

§ 2º Para fins do disposto no art. 753, as obras em curso de ampliação de UBS são aquelas custeadas com incentivo financeiro previsto nesta Seção e na Portaria nº 2.394/GM/MS, de 11 de outubro de 2011. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 18, § 2º)

Subseção II

Das Regras Aplicáveis aos Projetos Habilitados no Âmbito do Componente Ampliação do Programa de Requalificação de UBS até 2012

(Origem: PRT MS/GM 339/2013, CAPÍTULO II)

Art. 754. Os entes federativos que tiveram projetos habilitados até o ano de 2012 no âmbito do Componente Ampliação com financiamento previsto nos termos da Portaria nº 2.394/GM/MS, de 2011, seguirão as regras previstas nesta Subseção. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 19)

Art. 755. Os recursos financeiros percebidos no âmbito do Componente Ampliação com financiamento previsto nos termos da Portaria nº 2.394/GM/MS, de 2011, serão aplicados conforme quantidade e tipos de ambiente da UBS, obedecidos os regramentos estabelecidos pela ANVISA e pela Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 20)

Parágrafo Único. Os recursos financeiros devem ser aplicados em UBS implantadas em imóvel próprio do município ou Distrito Federal ou a ele cedido por outro ente federativo, que possua documentação regular e que tenha metragem inferior a 153,24 m² (cento e cinquenta e três metros quadrados e vinte e quatro centímetros quadrados) ou, desde que seja ampliada a oferta de serviços, metragem superior a 153,24 m² (cento e cinquenta e três metros quadrados e vinte e quatro centímetros quadrados). (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 20, Parágrafo Único)

Art. 756. Os valores dos recursos financeiros a serem destinados pelo Ministério da Saúde para o incentivo à ampliação de cada UBS respeitarão o valor mínimo de R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) e o valor máximo de R$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais). (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 21)

§ 1º Caso o custo final da ampliação da UBS seja superior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores deverá ser custeada por conta do próprio município ou Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 21, § 1º)

§ 2º Caso o custo final da ampliação da UBS seja inferior ao incentivo repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença no valor dos recursos poderá ser utilizada pelo município ou Distrito Federal para o acréscimo quantitativo de ações de ampliação dirigidas exclusivamente à mesma UBS contemplada. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 21, § 2º)

Art. 757. O repasse dos recursos financeiros será realizado pelo Fundo Nacional de Saúde ao respectivo fundo municipal de saúde ou ao Fundo de Saúde do Distrito Federal na forma abaixo definida: (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 22)

I - primeira parcela, equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, a ser repassada após a publicação da portaria específica de habilitação; e (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 22, I)

II - segunda parcela, equivalente a 80% (oitenta por cento) do valor total aprovado, mediante a inserção da respectiva Ordem de Início de Serviço no SISMOB, assinada por profissional habilitado pelo CREA ou CAU, devidamente ratificada pelo gestor local e encaminhada à CIB através de ofício e posterior aprovação pelo Ministério da Saúde, por meio do DAB/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 22, II)

§ 1º Para recebimento da segunda parcela de que trata o inciso II do "caput", o ente federativo beneficiário também deverá inserir as fotos correspondentes às etapas de execução e à conclusão da obra no SISMOB, além de outras informações requeridas por meio desse sistema. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 22, § 1º)

§ 2º As fotos a serem inseridas no SISMOB de que trata o § 1º deverão estar em conformidade com o "Manual de Orientações Básicas para Fotografar as Obras de Reforma, Ampliação e Construção de UBS", cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico http://dab.saude.gov.br/sistemas/sismob/documentos.php.(Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 22, § 2º)

Art. 758. Os entes federativos que tiveram projetos habilitados até o ano de 2012 com financiamento previsto nos termos da Portaria nº 2.394/GM/MS, de 2011, ficam sujeitos ao cumprimento dos seguintes prazos para execução e conclusão das obras: (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 23)

I - 6 (seis) meses, a contar da data de publicação da Portaria nº 339/GM/MS, de 04 de março de 2013, para a emissão da Ordem de Início de Serviço e sua inserção no SISMOB; e (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 23, I)

II - 18 (dezoito) meses, a contar da data de publicação da Portaria nº 339/GM/MS, de 04 de março de 2013, para conclusão da obra e devida informação no SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 23, II)

Art. 759. O Distrito Federal e os municípios são responsáveis pela contínua atualização das informações no SISMOB no mínimo uma vez a cada 60 (sessenta) dias, responsabilizando-se, ainda, pela veracidade e qualidade dos dados fornecidos, quais sejam: (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 24)

I - informações relativas ao estabelecimento, ao imóvel, ao projeto e à contratação; (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 24, I)

II - informações relativas à execução física da obra; e (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 24, II)

III - informações relativas à conclusão da obra. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 24, III)

Parágrafo Único. Na hipótese de inexistência de modificação das informações descritas neste artigo até 60 (sessenta) dias após a última inserção de dados, o ente federativo ainda assim fica obrigado a acessar o SISMOB para registro dessa atividade pelo próprio sistema informatizado. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 24, Parágrafo Único)

Art. 760. Caso o SISMOB não seja acessado e atualizado pelo menos uma vez durante um período de 60 (sessenta) dias consecutivos pelo ente federativo beneficiário, a SAS/MS providenciará a suspensão do repasse a ele de recursos financeiros do Programa de Requalificação de UBS e de outros programas ou estratégias instituídos e financiados, por meio do PAC, pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 25)

Parágrafo Único. Regularizada a causa que ensejou a suspensão do repasse de recursos financeiros de que trata o "caput", o Fundo Nacional de Saúde providenciará a regularização das transferências dos recursos. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 25, Parágrafo Único)

Art. 761. Na hipótese de descumprimento dos prazos definidos no art. 758, o ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 26)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, se os mencionados recursos foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde até 31 de dezembro de 2012 para o respectivo fundo de saúde e não executados ou executados total ou parcialmente em objeto diverso ao originalmente pactuado; (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 26, I)

II - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde a partir de 1º de janeiro de 2013 para o respectivo fundo de saúde e não executados no âmbito do programa; e (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 26, II)

III - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde a partir de 1º de janeiro de 2013 para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 26, III)

Art. 762. O monitoramento de que trata esta Seção não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 27)

Art. 763. Com o término da ampliação da UBS, o município ou o Distrito Federal assumirá a manutenção preventiva do referido estabelecimento de saúde pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos como condição para continuar no Programa de Requalificação de UBS. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 28) (com redação dada pela PRT MS/GM 725/2014)

Art. 764. Como condição para continuar apto ao financiamento e receber eventuais novos recursos financeiros, o ente federativo beneficiário deverá informar, no âmbito do Componente Ampliação do Programa de Requalificação das UBS ou quaisquer outros que forem instituídos dos quais esteja participando, o início, andamento, conclusão e posteriores manutenções preventivas da obra, incluindo-se dados referentes ao projeto, contratação, localização geográfica, fotos anteriores ao inicio da obra, fotos correspondentes às etapas de execução da obra e demais informações requeridas pelo SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 29)

Art. 765. O ente federativo que estiver em situação de irregularidade nos termos dos arts. 760 e 761 poderá participar do processo de seleção de novas propostas para obter financiamento de que trata o Componente Ampliação, porém, para estar apto à habilitação, deverá estar com todas as obras de ampliação, reforma e construção de UBS já contempladas com recursos federais em curso, monitoradas e com informações atualizadas no SISMOB até o mês anterior à publicação pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) da respectiva lista contendo as propostas habilitadas, inclusive com inserção da Ordem de Início de Serviço das propostas de ampliação habilitadas no ano de 2012. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 30) (com redação dada pela PRT MS/GM 1345/2013)

§ 1º Para fins do disposto no art. 765, as obras de ampliação de UBS em curso são aquelas custeadas com incentivo financeiro previsto nesta Seção e na Portaria nº 2.394/GM/MS, de 11 de outubro de 2011. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 30, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1345/2013)

§ 2º Para fins do disposto no art. 765, as obras em curso de ampliação de UBS são aquelas custeadas com incentivo financeiro previsto nesta Seção e na Portaria nº 2.394/GM/MS, de 11 de outubro de 2011. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 30, § 2º)

Subseção III

Disposições Finais

(Origem: PRT MS/GM 339/2013, CAPÍTULO III)

Art. 766. As UBS ampliadas no âmbito deste Componente obrigatoriamente serão identificadas de acordo com os padrões visuais constantes do Título IX da Portaria de Consolidação nº 1, que institui a programação visual padronizada das Unidades de Saúde do SUS. (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 31)

Art. 767. Os recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades de que tratam esta Seção são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, na parte relativa ao Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho: (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 32)

I - 10.301.2015.12L5.0001 - Ação: Construção e Ampliação de Unidades Básicas de Saúde - UBS; e (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 32, I)

II - 10.301.2015.8581 - Ação: Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde (Origem: PRT MS/GM 339/2013, Art. 32, II)

CAPÍTULO III

Da Construção, Ampliação e Aquisição de Material Permanente para as Centrais de Rede de Frio

Seção I

Das Disposições Gerais

(Origem: PRT MS/GM 1429/2014, CAPÍTULO I)

Art. 768. Este Capítulo estabelece procedimentos e critérios para o repasse de recursos financeiros de investimento, pelo Ministério da Saúde, destinado ao fomento e ao aprimoramento das condições de funcionamento da Rede de Frio, no âmbito dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 1º)

Art. 769. Os recursos financeiros de que trata este Capítulo se destinam à construção, ampliação e à aquisição de material permanente para as Centrais de Rede de Frio e à aquisição de unidade móvel para o transporte de imunobiológicos no âmbito da Rede de Frio. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 2º)

Art. 770. Para fins do disposto neste Capítulo, consideram-se as seguintes definições: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 3º)

I - Rede de Frio: sistema dotado de estrutura física e técnico-administrativa, orientado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), por meio de normatização (coordenação), planejamento, avaliação e financiamento, visando à manutenção adequada da Cadeia de Frio; (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 3º, I)

II - Cadeia de Frio: processo logístico da Rede de Frio para conservação dos imunobiológicos, incluindo-se as etapas de rece-

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

bimento, armazenamento, distribuição e transporte, de forma oportuna e eficiente, para assegurar a preservação de suas características originais; (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 3º, II)

III - Central de Rede de Frio (CRF): unidade componente da Rede de Frio, composta por estrutura física, equipamentos, profissionais, metodologia e processos apropriados ao funcionamento da Cadeia de Frio, com atuação em âmbito estadual, distrital, regional e municipal, conforme as seguintes definições: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 3º, III)

a) Central de Rede de Frio Estadual (CRF Estadual): unidade componente da Rede de Frio, localizada nos estados, geralmente situada nas capitais, que atende às suas Centrais de Rede de Frio Regionais ou às Centrais de Rede de Frio Municipais, a depender da conformação estrutural da Rede de Frio em âmbito estadual;(Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 3º, III, a)

b) Central de Rede de Frio Regional (CRF Regional): unidade componente da Rede de Frio, subordinada à CRF Estadual, situada em município estratégico que atende a um agrupamento de municípios, instituída e delimitada pela direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) em articulação com as direções municipais do SUS correspondentes, visando favorecer à cadeia de frio; e (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 3º, III, b)

c) Central de Rede de Frio Municipal (CRF Municipal): unidade componente da Rede de Frio, localizada no âmbito do município e que atende o próprio município. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 3º, III, c)

IV - Central de Rede de Frio Nova (CRF Nova): unidade componente da Rede de Frio a ser construída com os recursos financeiros de investimento de que trata este Capítulo; (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 3º, IV)

V - Central de Rede de Frio Ampliada (CRF Ampliada): unidade componente da Rede de Frio já existente a ser ampliada, com acréscimo de área, com os recursos financeiros de investimento de que trata este Capítulo; (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 3º, V)

VI - Central de Rede de Frio Estruturada (CRF Estruturada): unidade componente da Rede de Frio estruturada em conformidade com as orientações previstas no Manual de Rede de Frio, sem pendências relativas à construção e/ou ampliação, para a qual o ente federativo interessado poderá pleitear exclusivamente recursos financeiros para aquisição de material permanente e unidade móvel; (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 3º, VI)

VII - unidade móvel: veículo destinado ao transporte, utilizado na Rede de Frio, tais como furgão, pick-up climatizada, caminhão baú refrigerado, veículos aquáticos e empilhadeira; e (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 3º, VII)

VIII - gestor: Chefe do Poder Executivo estadual, do Distrito Federal ou municipal; Secretário de Saúde estadual, do Distrito Federal ou municipal. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 3º, VIII)

Seção II

Dos Recursos Financeiros de Investimento

(Origem: PRT MS/GM 1429/2014, CAPÍTULO II)

Art. 771. A elegibilidade do ente federativo para pleitear o recebimento dos recursos financeiros de investimento, de que trata este Capítulo, será avaliada com base nos seguintes critérios de gradação, respectivamente: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 4º)

I - necessidade de investimentos nas CRF estaduais, nas CRF regionais e na CRF do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 4º, I)

II - necessidade de investimentos nas CRF municipais localizadas nas 26 (vinte seis) capitais e no Distrito Federal; e (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 4º, II)

III - necessidade de investimentos em CRF municipal distinta das indicadas no inciso II do "caput" e que seja considerada de interesse estratégico, aprovadas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com o objetivo de promover a qualidade, a oferta e a eficiência no transporte dos imunobiológicos e dos insumos. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 4º, III)

Art. 772. A definição dos entes federativos que serão contemplados com os recursos financeiros de que trata este Capítulo está condicionada à disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde e aos seguintes critérios de prioridade: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 5º)

I - necessidade de adequação da CRF para armazenamento dos imunobiológicos do PNI; (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 5º, I)

II - necessidade de expansão da capacidade de armazenamento da CRF; e (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 5º, II)

III - necessidade de manutenção da qualidade dos produtos de imunizações transportados na Rede. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 5º, III)

Art. 773. Para pleitear habilitação ao recebimento dos recursos financeiros de que trata este Capítulo, os gestores dos entes federativos interessados deverão submeter as respectivas propostas, devidamente homologadas pela CIB, à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), obedecendo aos critérios definidos nos arts. 771 e 772 e àqueles fixados para cada espécie de investimento, nos termos deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 6º)

Parágrafo Único. As propostas serão submetidas à SVS/MS, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de publicação da Portaria nº 1429/GM/MS, de 03 de julho de 2014, obedecendo-se aos seguintes formatos padrões: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 6º, Parágrafo Único)

I - proposta de projeto de investimento em construção e ampliação - Sistema de Monitoramento de Obras: http://dabgerenciador.homologacao.saude.gov.br/sistemas/sismob/; e (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 6º, Parágrafo Único, I)

I - proposta de projeto de investimento em aquisição de material permanente e unidade móvel - Sistema de Cadastro de Pro posta Fundo a Fundo: http://aplicacao.saude.gov.br/proposta/loginEntidade.jsf. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 6º, Parágrafo Único, II)

Art. 774. A relação dos entes federativos habilitados ao recebimento dos recursos financeiros de que trata este Capítulo será divulgada por meio de ato do Ministro de Estado da Saúde, publicado no prazo de até 60 (sessenta) dias, contado do último dia do prazo para apresentação das propostas. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 7º)

Subseção I

Da Construção e Ampliação de CRF Nova e CRF Ampliada

(Origem: PRT MS/GM 1429/2014, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 775. Os recursos financeiros para construção e ampliação de CRF serão definidos com base nos seguintes portes de CRF: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 8º)

I - Porte I: estrutura simplificada que possui área de armazenamento de imunobiológicos com sala de equipamentos de refrigeração composta por câmara(s) refrigerada(s); (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 8º, I)

II - Porte II: estruturada com área de armazenamento de imunobiológicos composta por câmara(s) frigorífica(s) de até 50m3; e (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 8º, II)

III - Porte III: estruturada com área de armazenamento de imunobiológicos composta por câmara(s) frigorífica(s) com capacidade igual ou superior a 50m3. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 8º, III)

Parágrafo Único. Os portes de CRF definidos nos incisos I, II e III do "caput" observarão as orientações definidas no Informe Técnico que versa sobre procedimentos e critérios para o repasse de recursos financeiros para o fomento e o aprimoramento das Centrais de Rede de Frio, constante no endereço eletrônico http://pni.datasus.gov.br/Download/informetecnico.pdf. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 776. Para a habilitação prevista no art. 774, o ente federativo interessado que pleitear recursos financeiros para CRF Nova e/ou CRF Ampliada também deverá encaminhar proposta que atenda aos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 9º)

I - compromisso do respectivo gestor de prover a CRF com equipe técnica de gestão na unidade, pessoal técnico e de apoio administrativo, capacitados e em quantidade suficiente para o adequado funcionamento da unidade; (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 9º, I)

II - cópia integral do projeto arquitetônico da CRF, contendo memorial descritivo e cronograma físico-financeiro e demonstração do atendimento às regras definidas no Informe Técnico que versa sobre procedimentos e critérios para o repasse de recursos financeiros para fomento e aprimoramento das Centrais de Rede de Frio, disponível no endereço eletrônico: http://pni.datasus.gov.br/Download/informetecnico.pdf; (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 9º, II)

III - o detalhamento técnico das propostas, conforme gradação prevista no art. 775; (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 9º, III)

IV - declaração do gestor que ateste possuir a documentação comprobatória da ocupação pacífica e regular do terreno, bem como o exercício pleno dos poderes inerentes à propriedade, à posse e ao uso do imóvel onde será implantada ou ampliada a CRF; e (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 9º, IV)

V - atender as exigências requeridas pelo Sistema de Monitoramento de Obras do Ministério da Saúde (SISMOB). (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 9º, V)

Art. 777. O valor dos recursos financeiros destinados a CRF Nova observará os portes definidos no art. 775 e a seguinte gradação: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 10)

I - Porte I: até R$ 1.100.000,00 (um milhão e cem mil reais); (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 10, I)

II - Porte II: até R$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais); e (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 10, II)

III - Porte III: até R$ 2.500.000,00 (dois milhões e quinhentos mil reais). (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 10, III)

Art. 778. O valor dos recursos financeiros destinados a CRF Ampliada observará os portes definidos no art. 775 e a seguinte gradação: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 11)

I - Porte I: até R$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais); (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 11, I)

II - Porte II: até R$ 600.000,00 (seiscentos mil reais); e (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 11, II)

III - Porte III: até R$ 900.000,00 (novecentos mil reais). (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 11, III)

Art. 779. Após o ato específico de habilitação de que trata o art. 774, o valor dos recursos financeiros para CRF Nova será repassado pelo Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiário em 3 (três) parcelas, na forma definida a seguir: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 12)

I - primeira parcela, equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, será repassada após a publicação da portaria específica de habilitação; (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 12, I)

II - segunda parcela, equivalente a 70% (setenta por cento) do valor total aprovado, será repassada após autorização da SVS/MS, mediante inserção no SISMOB das seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 12, II)

a) ordem de início do serviço, assinada pelo gestor local e por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia e Agronomia (CREA) ou Conselho de Arquitetura e Urbanismo (CAU); (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 12, II, a)

b) das fotos correspondentes ao terreno e à evolução da obra; e (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 12, II, b)

c) das demais informações requeridas pelo SISMOB; (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 12, II, c)

III - terceira parcela, equivalente a 10% (dez por cento) do valor total aprovado, será repassada após nova autorização da SVS/MS, após a conclusão da edificação da central e a inserção no SISMOB de: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 12, III)

a) documento comprobatório da conclusão da edificação da unidade, assinado por profissional habilitado pelo CREA ou CAU e pelo gestor responsável; (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 12, III, a)

b) das fotos correspondentes às etapas de execução e à conclusão da obra; e (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 12, III, b)

c) das demais informações requeridas pelo SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 12, III, c)

§ 1º O repasse das parcelas de que tratam os incisos I, II e III do "caput" apenas ocorrerá após aprovação da SVS/MS, mediante comprovação documental requerida e inserção dos dados no SISMOB pelo ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 12, § 1º)

§ 2º As fotos a serem inseridas no SISMOB deverão estar em conformidade com o "Manual de Orientações Básicas para fotografar as obras de Construção e Ampliação da CRF", cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico: http://dabgerenciador.ho mologacao.saude.gov.br/sistemas/sismob/documentos.php.(Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 12, § 2º)

Art. 780. Após o ato específico de habilitação de que trata o art. 774, o valor dos recursos financeiros para CRF Ampliada será repassado pelo Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiário em 2 (duas) parcelas, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 13)

I - primeira parcela, equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, será repassada após a publicação da portaria específica de habilitação; e (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 13, I)

II - segunda parcela, equivalente a 80% (oitenta por cento) do valor total aprovado, será repassada após autorização da SVS/MS, mediante inserção no SISMOB das seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 13, II)

a) ordem de início do serviço, assinada pelo gestor local e por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia e Agronomia (CREA) ou Conselho de Arquitetura e Urbanismo (CAU); (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 13, II, a)

b) das fotos correspondentes às etapas de execução e à conclusão da obra; e (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 13, II, b)

c) das demais informações requeridas pelo SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 13, II, c)

§ 1º Após a conclusão da ampliação, deverá ser apresentado documento comprobatório da conclusão da ampliação da CRF, assinado por profissional habilitado pelo CREA ou CAU e pelo gestor responsável; (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 13, § 1º)

§ 2º O repasse da segunda parcela de que trata o inciso II do "caput" apenas ocorrerá após aprovação da SVS/MS, mediante comprovação documental requerida e inserção dos dados no SISMOB pelo ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 13, § 2º)

§ 3º As fotos a serem inseridas no SISMOB deverão estar em conformidade com o "Manual de Orientações Básicas para fotografar as obras de Construção e Ampliação da CRF", cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico: http://dabgerenciador.homologacao.saude.gov.br/sistemas/sismob/documentos.php.(Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 13, § 3º)

Subseção II

Dos Prazos para Conclusão da Obra e Início do Funcionamento da CRF Nova e da CRF Ampliada

(Origem: PRT MS/GM 1429/2014, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 781. Os entes federativos que forem contemplados com financiamento para construção e ampliação de CRF ficam sujeitos ao cumprimento dos seguintes prazos para execução e conclusão das obras e início do efetivo funcionamento da unidade: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 14)

I - no caso de CRF Nova: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 14, I)

a) 9 (nove) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para apresentar os documentos necessários ao recebimento da segunda parcela do incentivo financeiro; (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 14, I, a)

b) 18 (dezoito) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para conclusão da obra; e (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 14, I, b)

c) 90 (noventa) dias, a contar da data do pagamento dos recursos relativos à terceira parcela do incentivo financeiro, para início do funcionamento da unidade. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 14, I, c)

II - no caso de CRF Ampliada: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 14, II)

a) 9 (nove) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para apresentar os documentos necessários ao recebimento da segunda parcela do incentivo financeiro; (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 14, II, a)

b) 18 (dezoito) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para conclusão da obra; e (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 14, II, b)

c) 90 (noventa) dias, após a conclusão da obra, para início do funcionamento da unidade. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 14, II, c)

§ 1º Os documentos exigidos nos termos dos incisos I e II do "caput" são aqueles previstos na Subseção I da Seção II do Capítulo III do Título VII e para a qual foi habilitado o ente federativo para recebimento e aplicação do incentivo financeiro. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 14, § 1º)

§ 2º O cumprimento dos prazos de que tratam os incisos I e II do "caput" independe da necessidade de recebimento de eventuais outras parcelas referentes ao incentivo financeiro em execução. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 14, § 2º)

Art. 782. Os estados, o Distrito Federal e os municípios são responsáveis pela contínua atualização das informações no SISMOB no mínimo a cada 60 (sessenta) dias, responsabilizando-se, ainda, pela veracidade e qualidade dos dados fornecidos, quais sejam: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 15)

I - informações relativas ao estabelecimento, ao imóvel, ao projeto e à contratação; (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 15, I)

II - informações relativas à execução física da obra, incluindo-se fotos; e (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 15, II)

III - informações relativas à conclusão da obra, incluindo-se fotos. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 15, III)

Parágrafo Único. Ainda que não haja modificação das informações descritas neste artigo até 60 (sessenta) dias após a última inserção de dados, o ente federativo fica obrigado a acessar o SISMOB para registro dessa atividade pelo próprio sistema informatizado. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 783. Caso o SISMOB não seja acessado e atualizado pelo ente federativo beneficiário pelo menos uma vez durante o período de 60 (sessenta) dias consecutivos, a SVS/MS providenciará a suspensão do repasse dos recursos financeiros de ampliação e construção de CRF. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 16)

Parágrafo Único. Regularizada a causa que ensejou a suspensão do repasse de recursos financeiros de que trata o "caput", o Fundo Nacional de Saúde providenciará a regularização das transferências dos recursos. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 16, Parágrafo Único)

Art. 784. Na hipótese de descumprimento dos prazos definidos no art. 781, a SVS/MS notificará o gestor de saúde, para que, em até 15 (quinze) dias, apresente justificativa. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 17)

§ 1º A SVS/MS terá 15 (quinze) dias para analisar a justificativa apresentada e cientificar o interessado quanto à sua manifestação, a qual poderá ser de: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 17, § 1º)

I - aceitação da justificativa; ou (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 17, § 1º, I)

II - não aceitação da justificativa. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 17, § 1º, II)

§ 2º Em caso de aceitação da justificativa, será concedido o prazo de 30 (trinta) dias, improrrogável, para que o gestor de saúde efetive a medida considerada em situação irregular por descumprimento de prazo para sua execução. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 17, § 2º)

§ 3º Em caso de não aceitação ou de não apresentação da justificativa pelo gestor de saúde, a SVS/MS elaborará relatório circunstanciado com descrição dos fatos ocorridos e a indicação das eventuais irregularidades na execução do programa e o encaminhará ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) para realização de auditoria. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 17, § 3º)

Subseção III

Da Aquisição de Material Permanente e de Unidade Móvel para o Transporte de Imunobiológicos

(Origem: PRT MS/GM 1429/2014, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 785. O valor dos recursos financeiros destinados à aquisição de material permanente para CRF observará a seguinte gradação: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 18)

I - CRF com câmara frigorífica: até R$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais); e (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 18, I)

II - CRF sem câmara frigorífica: até R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais). (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 18, II)

Art. 786. O valor dos recursos financeiros destinados à aquisição de unidade móvel a ser utilizado na Rede de Frio observará a seguinte gradação: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 19)

I - transporte aquático: até R$ 40.000,00 (quarenta mil reais) por unidade; (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 19, I)

II - furgão: até R$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) por unidade; (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 19, II)

III - pick-up: até R$ 200.000,00 (duzentos mil reais) por unidade; (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 19, III)

IV - caminhão baú refrigerado: até R$ 300.000,00 (trezentos mil reais) por unidade; e (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 19, IV)

V - empilhadeira: até R$ 100.000,00 (cem mil reais) por unidade. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 19, V)

Art. 787. A submissão das propostas de projetos para aquisição de material permanente e unidade móvel, de que tratam os arts. 786 e 787 , observará: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 20)

I - as orientações definidas no Informe Técnico que versa sobre procedimentos e critérios para o repasse de recursos financeiros para fomento e aprimoramento das Centrais de Rede de Frio, disponível no endereço eletrônico http://pni.datasus.gov.br/Download/informetecnico.pdf; (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 20, I)

II - a lista de equipamentos e materiais permanentes financiáveis pelo Ministério da Saúde, descrita na Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM); (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 20, II)

III - as informações relativas aos equipamentos e materiais permanentes cadastrados na RENEM, disponíveis para consulta no Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) no endereço eletrônico: http://fns.saude.gov.br/visao/pesquisarEquipamentos.jsf; e (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 20, III)

IV - as exigências requeridas pelo Sistema de Cadastro de Propostas Fundo a Fundo. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 20, IV)

Art. 788. Para a habilitação prevista no art. 774, o ente federativo interessado que pleitear recursos financeiros destinados à aquisição de material permanente ou unidade móvel deverá encaminhar proposta que atenda aos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 21)

I - no caso de aquisição de material permanente: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 21, I)

a) declaração de efetivo funcionamento da CRF estruturada conforme modelo no Anexo LXXV ; (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 21, I, a)

b) laudo técnico, assinado por profissional devidamente habilitado pelo CREA, que ateste a existência de Grupo Gerador em pleno funcionamento ou dimensionamento do Grupo Gerador com capacidade para suportar os equipamentos existentes e/ou pleiteados; e (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 21, I, b)

c) declaração de execução dos recursos repassados para fomento e aprimoramento da Rede de Frio em exercícios anteriores, conforme modelo constante no Anexo LXXVI . (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 21, I, c)

II - no caso de aquisição de unidade móvel: (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 21, II)

a) declaração de efetivo funcionamento da CRF estruturada conforme modelo constante no Anexo LXXV ; (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 21, II, a)

b) documento com informações relativas à distribuição periódica dos imunobiológicos armazenados da CRF estruturada ou planejamento da CRF nova, incluindo a frequência de distribuição, a quantidade mensal de doses por central atendida do mês de maior demanda do ano anterior à submissão do projeto, a identificação da (s) central (s) atendida (s)/beneficiada e a distância da origem ao destino, conforme modelo constante no Anexo LXXVII ; e (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 21, II, b)

c) declaração de execução dos recursos repassados para fomento e aprimoramento da Rede de Frio nos exercícios de 2012 e 2013, conforme modelo constante no Anexo LXXVI . (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 21, II, c)

Art. 789. O valor dos recursos financeiros para aquisição de material permanente e unidade móvel será repassado pelo Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiário em parcela única. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 22)

Art. 790. Será de responsabilidade dos estados, do Distrito Federal e dos municípios a manutenção dos equipamentos permanentes e unidade móvel adquiridos para a garantia do pleno funcionamento da CRF. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 23)

Seção III

Da Avaliação e do Monitoramento

(Origem: PRT MS/GM 1429/2014, CAPÍTULO III)

Art. 791. Os recursos financeiros transferidos serão movimentados sob fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de controle interno do Poder Executivo e pelo Tribunal de Contas da União conforme disposto no art. 3º do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 24)

Art. 792. O monitoramento de que trata este Capítulo não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 25)

Art. 793. O Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com fundamento nos relatórios de gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 1.232, de 1994. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 26)

Art. 794. Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobra de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 27)

Art. 795. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, distrital e municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 28)

Art. 796. Nos casos em que for verificado que os recursos financeiros transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde foram executados, total ou parcialmente, em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 29)

Seção IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 1429/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 797. Caso o custo final da construção, ampliação, aquisição de material permanente e/ou unidade móvel seja superior ao incentivo repassado pelo Ministério da Saúde, a diferença resultante correrá por conta dos entes federativos beneficiários e, em caso de financiamento conjunto entre estado e município, deverá ser pactuado na CIB. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 30)

Art. 798. Para os fins do disposto neste Capítulo, ao Distrito Federal competem os direitos e obrigações reservados aos estados e aos municípios. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 31)

Art. 799. Os recursos financeiros para a execução das atividades de que trata este Capítulo são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.305.2015.20YE.0001 - Imunobiológicos para Prevenção e Controle de Doenças (PO 0002). (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 32)

Art. 800. A SVS/MS disponibilizará manual instrutivo "Manual de Rede de Frio do ProgramaNacional de Imunizações" com orientações técnicas sobre o disposto neste Capítulo, cujo conteúdo encontra-se disponível no endereço eletrônico http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rede_frio4ed.pdf. (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Art. 33)

CAPÍTULO IV

DAS REGRAS E OS CRITÉRIOS REFERENTES AOS INCENTIVOS FINANCEIROS DE INVESTIMENTO PARA CONSTRUÇÃO DE POLOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

Art. 801. Fica instituído incentivo financeiro de investimento para a construção de polos do Programa Academia da Saúde, nos termos do art. 19 da Portaria de Consolidação nº 5, nos seguintes valores: (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 7º)

I - Modalidade Básica: R$ 80.000,00 (oitenta mil reais); (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 7º, I)

II - Modalidade Intermediária: R$ 100.000,00 (cem mil reais); e (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 7º, II)

III - Modalidade Ampliada: R$ 180.000,00 (cento e oitenta mil reais). (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 7º, III)

Art. 802. Para pleitear a habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de investimento para a construção de polos do Programa Academia da Saúde, o município ou Distrito Federal cadastrará a proposta para construção de polo por meio do Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), com acesso disponível no endereço eletrônico http://dab2.saude.gov.br/sistemas/sismob/, onde incluirá os documentos e as informações requeridas no ato do cadastramento. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 8º)

Art. 803. Após a análise e em caso de aprovação da proposta, o Ministro de Estado da Saúde editará ato específico de habilitação do ente federativo contemplado para o recebimento do incentivo financeiro de investimento para a construção de polos do Programa Academia da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 9º)

Art. 804. Uma vez publicado o ato específico de habilitação de que trata o art. 803, o repasse do incentivo financeiro de investimento para a construção de polos do Programa Academia da Saúde será realizado pelo Fundo Nacional de Saúde ao fundo de saúde do ente federativo habilitado, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 10)

I - primeira parcela, equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, a ser repassado após a publicação da portaria específica de habilitação de que trata o art. 803; (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 10, I)

II - segunda parcela, equivalente a 60% (sessenta por cento) do valor total aprovado, a ser repassada mediante a inserção no SISMOB: (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 10, II)

a) da respectiva Ordem de Início de Serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA) ou Conselho de Arquitetura e Urbanismo (CAU) e pelo gestor local; (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 10, II, a)

b) do ofício encaminhado à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou ao Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) com informações sobre o início da obra do polo; (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 10, II, b)

c) das fotos e dos percentuais de obra correspondentes à etapa de execução da obra; e (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 10, II, c)

d) das demais informações requeridas pelo SISMOB; e (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 10, II, d)

III - terceira parcela, equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, a ser repassada após conclusão da edificação e mediante a inserção no SISMOB: (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 10, III)

a) do respectivo atestado de conclusão da obra, assinado por profissional habilitado pelo CREA ou CAU e pelo gestor local; (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 10, III, a)

b) do ofício encaminhado à CIB ou ao CGSES/DF com informação sobre a conclusão da obra; (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 10, III, b)

c) das fotos e dos percentuais de obra correspondentes às etapas de execução e de conclusão da obra; e (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 10, III, c)

d) das demais informações requeridas pelo SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 10, III, d)

§ 1º O repasse da segunda e terceira parcelas de que tratam os incisos II e III do "caput", respectivamente, apenas ocorrerá após aprovação pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), dos dados inseridos no SISMOB pelo ente federativo habilitado. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 10, § 1º)

§ 2º As fotos a serem inseridas no SISMOB deverão estar em conformidade com o "Manual de Orientações Básicas para Fotografar as Obras de Reforma, Ampliação e Construção de UBS", cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico http://dab.saude.gov.br/sistemas/sismob/documentos.php. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 10, § 2º)

Art. 805. Os entes federativos contemplados com o incentivo financeiro de investimento para a construção de polos do Programa Academia da Saúde ficam sujeitos ao cumprimento dos seguintes prazos para execução e conclusão da construção do polo do Programa Academia da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 11)

I - 9 (nove) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para apresentar os documentos necessários ao recebimento da segunda parcela do incentivo financeiro; e (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 11, I)

II - 18 (dezoito) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para emissão do Atestado de Conclusão da Edificação do polo do Programa Academia da Saúde e sua inserção no SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 11, II)

§ 1º Na hipótese de descumprimento dos prazos definidos no "caput", a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) notificará o gestor de saúde para que, em até 15 (quinze) dias, apresente justificativa. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 11, § 1º)

§ 2º A SAS/MS terá 60 (sessenta) dias para analisar a justificativa apresentada pelo gestor e dar ciência ao interessado quanto à sua manifestação, a qual poderá ser de: (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 11, § 2º)

I - aceitação da justificativa; ou (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 11, § 2º, I)

II - não aceitação da justificativa. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 11, § 2º, II)

§ 3º Em caso de aceitação da justificativa, será concedido prazo de 30 (trinta) dias improrrogáveis para que o gestor de saúde regularize a execução da obra e o funcionamento do Programa Academia da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 11, § 3º)

§ 4º Em caso de não aceitação ou de não apresentação da justificativa pelo gestor de saúde, a SAS/MS elaborará relatório circunstanciado com descrição dos fatos ocorridos e a indicação das eventuais irregularidades na execução do Programa e o encaminhará ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) para realização de auditoria. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 11, § 4º)

Art. 806. A contar da data do pagamento da terceira parcela do incentivo financeiro de investimento para a construção de polos do Programa Academia da Saúde, o ente federativo terá 90 (noventa) dias para solicitar o incentivo financeiro de custeio dos polos do Programa Academia da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1707/2016, Art. 12)

TÍTULO VIII

DO FINANCIAMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO

CAPÍTULO I

DO FINANCIAMENTO DA REDE CEGONHA

Seção I

Das Disposições Gerais

Art. 807. A Rede Cegonha será financiada com recursos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, cabendo à União, por meio do Ministério da Saúde, o aporte dos seguintes recursos, conforme memória de cálculo no Anexo LVIII : (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 10)

I - Financiamento do componente Pré-Natal: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 10, I)

a) 100% (cem por cento) de custeio dos novos exames do pré-natal (Anexo 2 do Anexo II da Portaria de Consolidação nº 3) a ser repassado em duas parcelas fundo a fundo, sendo a primeira parcela calculada de acordo com a estimativa de gestantes e repassada mediante apresentação do Plano de Ação Regional acordado no CGR. A segunda parcela, repassada seis meses após a primeira, será calculada de acordo com o número de gestantes cadastradas e com os resultados dos exames verificados em tempo oportuno. A partir deste momento, os repasses serão mensais proporcionalmente ao número de gestantes acompanhadas. O sistema de informação que possibilitará o acompanhamento da gestante será o SISPRENATAL; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 10, I, a)

b) 100% (cem por cento) do fornecimento de kits para as UBS (Anexo 3 do Anexo II da Portaria de Consolidação nº 3), kits para as gestantes (Anexo 4 do Anexo II da Portaria de Consolidação nº 3) e kits para parteiras tradicionais (Anexo 5 do Anexo II da Portaria de Consolidação nº 3); 100% das usuárias do SUS com ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o pré-natal e 100% das usuárias do SUS com ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o local de ocorrência do parto, de acordo com a regulamentação que será publicada em portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 10, I, b)

II - Financiamento do componente Parto e Nascimento: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 10, II)

a) recursos para a construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, e recursos para reformas voltadas para a adequação da ambiência em serviços que realizam partos, de acordo com os parâmetros estabelecidos na RDC nº 36 da ANVISA, devendo estes recursos ser repassados de acordo com as normas do Sistema de Contratos e Convênios/SICONV/MS e do Sistema de Gestão Financeira e de Convênios/GESCON/MS. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 10, II, a)

b) recursos para a compra de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, Centros de Parto Normal, e ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto, devendo estes recursos serem repassados fundo a fundo. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 10, II, b)

c) 100% (cem por cento) do custeio para Centros de Parto Normal, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 10, II, c)

d) 100% (cem por cento) do custeio para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 10, II, d)

e) 100% (cem por cento) de custeio do Leito Canguru, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 10, II, e)

f) 80% (oitenta por cento) de custeio para ampliação e qualificação dos leitos (UTI adulto e neonatal, e UCI neonatal), mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos ser repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 10, II, f)

g) 80% (oitenta por cento) de custeio para ampliação e qualificação dos leitos para Gestantes de Alto Risco/GAR, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos ser repassados aos serviços na forma de incentivo , de acordo com o cumprimento de metas. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 10, II, g)

§ 1º Será publicada portaria específica com a regulamentação para construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal e Casas de Gestante, Bebê e Puérpera; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 10, § 1º)

§ 2º As propostas de investimento deverão estar em concordância com os planos de ação de implementação da Rede Cegonha; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 10, § 2º)

§ 3º Os recursos financeiros previstos para construção, ampliação e reforma serão repassados, de forma regular e automática, em 3 (três) parcelas, sendo a primeira equivalente a 10% do valor total aprovado, após a habilitação do projeto; a segunda parcela, equivalente a 65% do valor total aprovado: mediante apresentação da respectiva ordem de início do serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA), ratificada pelo gestor local, encaminhada, para conhecimento, à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e autorizada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); e a terceira parcela, equivalente a 25% do valor total aprovado: após a conclusão da edificação da unidade, e a apresentação do respectivo atestado, assinado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA), ratificado pelo gestor local, encaminhado, para conhecimento, à CIB, e autorizado pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 10, § 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1516/2013)

§ 4º Os investimentos para a aquisição de equipamentos e materiais serão repassados após a conclusão da obra. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 10, § 4º)

§ 5º O financiamento previsto para o custeio dos leitos constantes no inciso II alínea g, deverá ser complementado no valor de 20% pelo estado e município, de acordo com a pactuação regional. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 10, § 5º)

§ 6º O número de leitos a ser financiado com os valores que constam no Anexo LVIII será calculado de acordo com parâmetros de necessidade por tipologia. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 10, § 6º)

§ 7º Os investimentos previstos no inciso II serão definidos na Fase 2 de operacionalização da Rede Cegonha, com envio, para conhecimento, do respectivo CGR, CIB e CGSES/DF. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 10, § 7º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1516/2013)

§ 8º O financiamento dos componentes, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico: Transporte e Regulação já constam na programação dos recursos existentes nos três níveis de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 10, § 8º)

§ 9º Todos os recursos de custeio terão variação em seus valores globais de acordo com os resultados da avaliação periódica estabelecida na Fase 4 de operacionalização da Rede Cegonha. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 10, § 9º)

§ 10. Após a qualificação do Componente Pré-Natal, descrito no art. 8º, IV do Anexo II da Portaria de Consolidação nº 3, o município fará jus ao incentivo de R$ 10,00 (dez reais) por gestante captada de acordo com o SISPRENATAL, em repasses mensais fundo a fundo; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 10, § 10)

§ 11. Após a certificação da Rede Cegonha o município fará jus ao incentivo anual de R$ 10,00 (dez reais) por gestantes captadas no ano de acordo com SISPRENATAL, mediante repasse fundo a fundo. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 10, § 11)

§ 12. Em caso da não aplicação dos recursos ou do descumprimento, por parte do beneficiário, dos compromissos de qualificação assumidos, os recursos de obras, reformas e equipamentos deverão ser imediatamente devolvidos ao Fundo Nacional de Saúde, acrescidos da correção prevista em lei, cuja determinação decorrerá das fiscalizações promovidas pelos órgãos de controle interno, compreendendo os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), em cada nível de gestão, e por órgãos de controle externo. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 10, § 12) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2351/2011)

Art. 808. Os recursos de financiamento da Rede Cegonha serão incorporados ao Limite Financeiro Global dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, conforme pactuação formalizada nos planos de ação regional e municipais. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 11)

Art. 809. Determinar que os recursos orçamentários referentes à Rede Cegonha corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade, 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade, 10.301.2015.20AD - Piso de Atenção Básica Variável e 10.301.2015.219A - Promoção Da Atenção Básica Em Saúde (PO 0001). (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 13)

Seção II

Do Apoio às Gestantes nos Deslocamentos para as Consultas de Pré-Natal e para o Local em que Será Realizado o Parto

Art. 810. Fica instituído benefício financeiro de até R$ 50,00 (cinquenta reais) no âmbito da Rede Cegonha para apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto. (Origem: PRT MS/GM 68/2012, Art. 1º)

Parágrafo Único. Farão jus ao benefício as gestantes cadastradas no Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para prevenção da Mortalidade Materna, nos termos desta Seção e da regulamentação aplicável ao referido sistema. (Origem: PRT MS/GM 68/2012, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 811. A concessão do benefício de que trata o art. 810 dependerá de requerimento da gestante, mediante o preenchimento de formulário-padrão a ser instituído pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 68/2012, Art. 2º)

Parágrafo Único. O formulário-padrão estará disponível para a gestante em qualquer unidade de saúde capacitada ao atendimento de gestantes para pré-natal nos Municípios que fazem parte da Rede Cegonha, instituída pela Portaria nº 1.459/GM/MS, de 2011. (Origem: PRT MS/GM 68/2012, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 812. O benefício de que trata o art. 810 será pago em até 2 (duas) parcelas, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 68/2012, Art. 3º)

I - a gestante que requerer o benefício e iniciar o pré-natal até a 16ª semana de gestação, com a realização de pelo menos uma consulta, receberá o incentivo da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 68/2012, Art. 3º, I)

a) R$ 25,00 (vinte e cinco reais) no mês seguinte à formulação do requerimento, para apoio no deslocamento para realização do pré-natal; (Origem: PRT MS/GM 68/2012, Art. 3º, I, a)

b) R$ 25,00 (vinte e cinco reais) na 30ª semana de gestação, para apoio no deslocamento para a realização do parto; e (Origem: PRT MS/GM 68/2012, Art. 3º, I, b)

II - a gestante que iniciar o pré-natal após a 16ª semana de gestação, com a realização de pelo menos uma consulta, receberá apenas uma parcela de R$ 25,00 (vinte e cinco reais) no mês subsequente ao da formulação do requerimento. (Origem: PRT MS/GM 68/2012, Art. 3º, II)

Parágrafo Único. O benefício de que trata o art. 810 será pago uma única vez em cada gestação, conforme requisitos estabelecidos no caput. (Origem: PRT MS/GM 68/2012, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 813. Os requerimentos formulados pelas gestantes serão consolidados mensalmente pelos Municípios e repassados ao Ministério da Saúde até o 5º dia útil do mês seguinte, por intermédio da transferência de informações pelo sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento das gestantes. (Origem: PRT MS/GM 68/2012, Art. 4º)

§ 1º Os Municípios interessados na instituição do benefício de que trata esta Portaria deverão aderir ao programa Rede Cegonha, instituído pela Portaria nº 1.459/GM/MS, de 2011, e implantar o Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para Prevenção da Mortalidade Materna em todas as unidades de saúde que realizam pré-natal, observado o regulamento do Ministério da Saúde sobre o tema. (Origem: PRT MS/GM 68/2012, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O Ministério da Saúde divulgará em seu endereço eletrônico, www.saude.gov.br, as orientações necessárias para a transferência de informações prevista no caput. (Origem: PRT MS/GM 68/2012, Art. 4º, § 2º)

Art. 814. O benefício de que trata o art. 810 será pago diretamente às beneficiárias ou a seus responsáveis legais pela Caixa Econômica Federal, por meio de cartão magnético, crédito em conta bancária ou qualquer outro meio que venha a ser disponibilizado. (Origem: PRT MS/GM 68/2012, Art. 5º)

§ 1º O Ministério da Saúde encaminhará a relação das gestantes beneficiadas à Caixa Econômica Federal até o 10º dia útil de cada mês, com todos os dados necessários à efetivação do pagamento. (Origem: PRT MS/GM 68/2012, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Recebida a relação prevista no § 1º, a Caixa Econômica Federal efetuará o pagamento às beneficiárias no prazo estabelecido no instrumento firmado com o Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 68/2012, Art. 5º, § 2º)

§ 3º No caso de beneficiárias que também estejam integradas ao Bolsa Família, o pagamento do benefício de que trata o art. 810 ocorrerá de forma integrada àquele programa. (Origem: PRT MS/GM 68/2012, Art. 5º, § 3º)

§ 4º O benefício de que trata o art. 810 poderá ser pago após o período de gestação em situações excepcionais decorrentes de problemas nos sistemas de informação ou de problemas relativos ao endereço das beneficiárias, desde que tenham sido regularmente observados os arts. 811 e 812 . (Origem: PRT MS/GM 68/2012, Art. 5º, § 4º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300612

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 815. O Ministério da Saúde publicará relação anual contendo os benefícios concedidos naquele período. (Origem: PRT MS/GM 68/2012, Art. 6º)

§ 1º A relação de que trata o caput será discriminada por Município, com informação do número de cada benefício pago e da respectiva ordem de pagamento. (Origem: PRT MS/GM 68/2012, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Não serão divulgados dados pessoais das gestantes beneficiadas. (Origem: PRT MS/GM 68/2012, Art. 6º, § 2º)

§ 3º O benefício concedido somente será incluído na listagem de que trata o caput após o desfecho da gravidez. (Origem: PRT MS/GM 68/2012, Art. 6º, § 3º)

Art. 816. Os recursos financeiros para o pagamento do benefício de que trata o art. 810 são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 68/2012, Art. 7º)

Seção III

Dos Incentivos Financeiros de Investimento, Custeio e Custeio Mensal de Centro de Parto Normal (CPN)

Art. 817. Os incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal de Centro de Parto Normal (CPN) se dividem em: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 11)

I - incentivo financeiro de custeio para reforma de área física de unidade de um estabelecimento hospitalar público para implantação de Centro de Parto Normal (CPN); (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 11, I)

II - incentivo financeiro de custeio para reforma de área física de unidade de um estabelecimento hospitalar privado sem fins lucrativos para implantação de CPN em atuação complementar ao SUS; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 11, II)

III - incentivo financeiro de investimento para ampliação de área física de estabelecimento hospitalar público para implantação de CPN; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 11, III)

IV - incentivo financeiro de investimento para aquisição de equipamentos e materiais permanentes a serem utilizados no CPN; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 11, IV)

V - incentivo financeiro de custeio mensal para funcionamento de CPN. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 11, V)

Subseção I

Do Incentivo Financeiro de Custeio para Reforma de Área Física de Unidade de um Estabelecimento Hospitalar Público para Implantação de CPN

(Origem: PRT MS/GM 11/2015, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 818. O valor do incentivo financeiro de custeio para reforma de área física de unidade de um estabelecimento hospitalar público para implantação de CPN é de, no máximo: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 12)

I - para CPN de 3 (três) quartos PPP: R$ 189.000,00 (cento e oitenta e nove mil reais); e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 12, I)

II - para CPN de 5 (cinco) quartos PPP: R$ 270.000,00 (duzentos e setenta mil reais). (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 12, II)

§ 1º A definição do valor do incentivo financeiro de custeio de que trata esta Seção, para cada solicitação, será efetuada considerando-se a área dos ambientes e serviços a serem executados na reforma. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 12, § 1º)

§ 2º Caso o custo final da reforma da unidade seja superior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores deverá ser custeada por conta do próprio ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 12, § 2º)

§ 3º Caso o custo final da reforma da unidade seja inferior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença no valor dos recursos poderá ser utilizada pelo ente federativo beneficiário para despesas de custeio exclusivamente no CPN contemplado. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 12, § 3º)

Art. 819. Para pleitear o incentivo financeiro de custeio de que trata esta Seção, o CPN e o estabelecimento hospitalar ao qual é vinculado deverão estar contemplados no Desenho Regional da Rede Cegonha, aprovado pela CIB ou CGSES/DF e pela Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres (CGSM/DAPES/SAS/MS).(Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 13)

Parágrafo Único. O estado, Distrito Federal ou município deverá cadastrar a proposta de habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Seção perante o Ministério da Saúde, por meio do Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), acessível pelo endereço eletrônico http://www.fns.saude.gov.br, incluindo os seguintes documentos e informações: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 13, Parágrafo Único)

I - localização do estabelecimento, com endereço completo, podendo ser incluindo fotografia e planta baixa ou croqui da unidade a ser reformada; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 13, Parágrafo Único, I)

II - certidão de registro emitida pelo cartório de registro de imóveis competente ou, alternativamente, termo de doação de forma irretratável e irrevogável por, no mínimo, 20 (vinte) anos ao estado, município ou Distrito Federal conforme documentação exigida em lei como hábil à prova de propriedade e ocupação regular do imóvel ou, ainda, mediante declaração comprobatória da condição de terreno público; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 13, Parágrafo Único, II)

III - demais informações requeridas pelo SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 13, Parágrafo Único, III)

Art. 820. Após análise e aprovação da proposta de que trata o art. 819 será editado ato específico do Ministro de Estado da Saúde para habilitação do ente federativo contemplado para o recebimento do incentivo financeiro de custeio previsto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 14)

Parágrafo Único. A análise de que trata o "caput" será realizada pelo DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 821. Uma vez publicada a portaria de habilitação de que trata o art. 820, o repasse do incentivo financeiro de custeio de que trata esta Seção será realizado pelo Fundo Nacional de Saúde ao fundo de saúde do ente federativo beneficiário, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 15)

I - primeira parcela, equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, repassada após a publicação da Portaria específica de habilitação; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 15, I)

II - segunda parcela, equivalente a 80% (oitenta por cento) do valor total aprovado, mediante a inserção no SISMOB: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 15, II)

a) da respectiva Ordem de Início de Serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA) ou Conselho de Arquitetura e Urbanismo (CAU), devidamente ratificada pelo gestor local e encaminhada à CIB através de ofício; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 15, II, a)

b) das demais informações requeridas pelo SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 15, II, b)

§ 1º O repasse da segunda parcela de que trata o inciso II do "caput" apenas ocorrerá após aprovação pelo Ministério da Saúde, por meio do DAPES/SAS/MS, dos dados inseridos no SISMOB pelo ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 15, § 1º)

§ 2º O SISMOB encontra-se disponível para acesso por meio do endereço eletrônico http://www.fns.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 15, § 2º)

Art. 822. Os estabelecimentos hospitalares públicos que forem contemplados com o incentivo financeiro previsto nesta Seção ficam sujeitos ao cumprimento dos seguintes prazos para execução e conclusão das obras e efetivo início de funcionamento das unidades: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 16)

I - 9 (nove) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para a emissão da Ordem de Início de Serviço e sua inserção no SISMOB; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 16, I)

II - 18 (dezoito) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para emissão do Atestado de Conclusão de Edificação da Unidade e sua inserção no SISMOB; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 16, II)

III - 90 (noventa) dias, após a inserção do Atestado de Conclusão de Edificação da Unidade no SISMOB, para solicitar a habilitação do CPN. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 16, III)

Art. 823. O ente federativo beneficiário é responsável pela contínua atualização das informações no SISMOB por, no mínimo, 1 (uma) vez a cada 60 (sessenta) dias, responsabilizando-se, ainda, pela veracidade e qualidade dos dados fornecidos, quais sejam: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 17)

I - informações relativas ao estabelecimento, ao imóvel, ao projeto e à contratação; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 17, I)

II - informações relativas à execução física da obra, incluindo-se fotos; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 17, II)

III - informações relativas à conclusão da obra, incluindo-se fotos. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 17, III)

Parágrafo Único. Na hipótese de inexistência de modificação das informações descritas neste artigo até 60 (sessenta) dias após a última inserção de dados, o estabelecimento hospitalar beneficiário ainda assim fica obrigado a acessar o SISMOB para registro dessa atividade pelo próprio sistema informatizado. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 17, Parágrafo Único)

Art. 824. O SISMOB deverá ser acessado e atualizado pelo menos uma vez durante um período de 60 (sessenta) dias consecutivos pelo ente federativo ou estabelecimento hospitalar beneficiário, para fins de monitoramento da execução da reforma de área física de unidade de um estabelecimento hospitalar público para implantação de CPN. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 18)

Art. 825. Caso verifique que não cumprirá qualquer dos prazos definidos no art. 822, incisos I e II , o ente federativo beneficiário encaminhará, em até 30 (trinta) dias antes do respectivo prazo final, expediente, devidamente justificado, com pedido de sua prorrogação à SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 19)

§ 1º A SAS/MS terá 15 (quinze) dias para analisar a justificativa apresentada e cientificar o interessado quanto à sua manifestação, a qual poderá ser de: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 19, § 1º)

I - aceitação da justificativa; ou (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 19, § 1º, I)

II - não aceitação da justificativa. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 19, § 1º, II)

§ 2º Em caso de aceitação da justificativa, será concedido prazo máximo de 3 (três) meses, improrrogável, para que o requerente cumpra o prazo disposto no art. 822, I. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 19, § 2º)

§ 3º Em caso de não aceitação ou de não apresentação da justificativa pelo ente federativo ou pelo estabelecimento hospitalar privado sem fins lucrativos beneficiário, a SAS/MS elaborará relatório circunstanciado com descrição dos fatos ocorridos e a indicação das eventuais irregularidades na execução do programa e o encaminhará ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) para realização de auditoria. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 19, § 3º)

Subseção II

Do Incentivo Financeiro de Custeio para Reforma de Área Física de Unidade de um Estabelecimento Hospitalar Privado Sem Fins Lucrativos para Implantação de CPN em Atuação Complementar ao SUS

(Origem: PRT MS/GM 11/2015, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 826. O valor do incentivo financeiro de custeio para reforma de área física de unidade de um estabelecimento hospitalar privado sem fins lucrativos para implantação de CPN em atuação complementar ao SUS é de, no máximo: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 20)

I - para CPN de 3 (três) quartos PPP: R$ 189.000,00 (cento e oitenta e nove mil reais); e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 20, I)

II - para CPN de 5 (cinco) quartos PPP: R$ 270.000,00 (duzentos e setenta mil reais). (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 20, II)

Parágrafo Único. A definição do valor do incentivo financeiro de custeio de que trata esta Seção, para cada solicitação, será efetuada considerando-se a área dos ambientes e serviços a serem executados na reforma. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 20, Parágrafo Único)

Art. 827. Para pleitear o incentivo financeiro de custeio de que trata esta Seção, o CPN e o estabelecimento hospitalar ao qual é vinculado deverão estar contemplados no Desenho Regional da Rede Cegonha, aprovado em CIB ou CGSES/DF e pela Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres (CGSM/DAPES/SAS/MS).(Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 21)

Parágrafo Único. O estabelecimento hospitalar deverá encaminhar a proposta de habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Seção ao Ministério da Saúde, por meio do no Sistema de Contratos e Convênios do Ministério da Saúde (SICONV/MS), que pode ser acessado pelo endereço eletrônico www.fns.saude.gov.br, incluindo os seguintes documentos e informações: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 21, Parágrafo Único)

I - localização do estabelecimento, com endereço completo, podendo incluir fotografia e planta baixa da unidade a ser reformada; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 21, Parágrafo Único, I)

II - declaração de capacidade técnica; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 21, Parágrafo Único, II)

III - demais informações requeridas pelo SICONV/MS. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 21, Parágrafo Único, III)

Art. 828. Uma vez aprovada a proposta apresentada, será editado ato específico do Ministro de Estado da Saúde com indicação do estabelecimento hospitalar apto ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para reforma de que trata esta Seção e respectivo valor contemplado. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 22)

Parágrafo Único. A análise de que trata o "caput" será realizada pelo DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 22, Parágrafo Único)

Art. 829. Os recursos do incentivo financeiro de custeio para reforma de que trata esta Seção serão repassados de acordo com as regras do SICONV/MS. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 23)

Subseção III

Do Incentivo Financeiro de Investimento para Ampliação de Área Física de Estabelecimento Hospitalar Público para Implantação de CPN

(Origem: PRT MS/GM 11/2015, CAPÍTULO III, Seção III)

Art. 830. O valor do incentivo financeiro de investimento para ampliação de área física de unidade de um estabelecimento hospitalar público para implantação de CPN é de, no máximo: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 24)

I - para CPN Intra-Hospitalar (CPNi) de 3 (três) ou 5 (cinco) quartos PPP: R$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais); e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 24, I)

II - para CPN Peri-Hospitalar (CPNp) de 5 (cinco) quartos PPP: R$ 540.000,00 (quinhentos e quarenta mil reais). (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 24, II)

§ 1º A definição do valor do incentivo financeiro de investimento de que trata esta Seção, para cada solicitação, será efetuada considerando-se a área dos ambientes e serviços a serem ampliados. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 24, § 1º)

§ 2º Caso o custo final da ampliação do estabelecimento seja superior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores deverá ser custeada por conta do próprio ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 24, § 2º)

§ 3º Caso o custo final da ampliação do estabelecimento seja inferior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença no valor dos recursos poderá ser utilizada pelo ente federativo beneficiário para despesas de capital exclusivamente no CPN contemplado. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 24, § 3º)

Art. 831. Para pleitear o incentivo financeiro de investimento de que trata esta Seção, o CPN e o estabelecimento hospitalar ao qual é vinculado deverão estar contemplados no Desenho Regional da Rede Cegonha, aprovado pela CIB ou CGSES/DF e pela CGSM/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 25)

Parágrafo Único. O estado, Distrito Federal ou município deverá cadastrar a proposta de habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Seção perante o Ministério da Saúde, por meio do SISMOB, acessível pelo endereço eletrônico http://www.fns.saude.gov.br, incluindo os seguintes documentos e informações: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 25, Parágrafo Único)

I - localização do estabelecimento, com endereço completo, incluindo fotografia e planta baixa ou croqui da área a ser ampliada; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 25, Parágrafo Único, I)

II - certidão de registro emitida pelo cartório de registro de imóveis competente ou, alternativamente, termo de doação de forma irretratável ou cessão de uso por, no mínimo, 20 (vinte) anos, ao estado, município ou Distrito Federal, conforme documentação exigida em lei como hábil à prova de propriedade e ocupação regular do imóvel ou, ainda, mediante declaração comprobatória da condição de terreno público; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 25, Parágrafo Único, II)

III - demais informações requeridas pelo SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 25, Parágrafo Único, III)

Art. 832. Após análise e aprovação da proposta de que trata o art. 822, II, será editado ato específico do Ministro de Estado da Saúde para habilitação do ente federativo contemplado para o recebimento do financiamento previsto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 26)

Parágrafo Único. A análise de que trata o "caput" será realizada pelo DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 26, Parágrafo Único)

Art. 833. Uma vez publicada a portaria de habilitação de que trata o art. 832, o repasse do incentivo financeiro de investimento para ampliação de que trata esta Seção será realizado pelo Fundo Nacional de Saúde ao fundo de saúde do ente federativo beneficiário, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 27)

I - primeira parcela, equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, repassada após a publicação da portaria específica de habilitação; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 27, I)

II - segunda parcela, equivalente a 80% (oitenta por cento) do valor total aprovado, mediante a inserção no SISMOB: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 27, II)

a) da respectiva Ordem de Início de Serviço, assinada por profissional habilitado pelo CREA e devidamente ratificada pelo gestor local e encaminhada à CIB através de ofício; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 27, II, a)

b) das demais informações requeridas pelo SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 27, II, b)

§ 1º O repasse da segunda parcela de que trata o inciso II do "caput" apenas ocorrerá após aprovação, pelo Ministério da Saúde, por meio do DAPES/SAS/MS, dos dados inseridos no SISMOB pelo ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 27, § 1º)

§ 2º O SISMOB encontra-se disponível para acesso por meio do endereço eletrônico http://www.fns.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 27, § 2º)

Art. 834. Os estabelecimentos hospitalares públicos que forem contemplados com o incentivo financeiro previsto nesta Seção ficam sujeitos ao cumprimento dos seguintes prazos para execução e conclusão das obras e efetivo início de funcionamento das unidades: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 28)

I - 9 (nove) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para a emissão da Ordem de Início de Serviço e sua inserção no SISMOB, cujo acesso encontra-se disponível por meio do endereço eletrônico http://dab.saude.gov.br/sistemas/sismob/; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 28, I)

II - 18 (dezoito) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para emissão do Atestado de Conclusão de Edificação da Unidade e sua inserção no SISMOB; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 28, II)

III - 90 (noventa) dias, após a inserção do Atestado de Conclusão de Edificação da Unidade no SISMOB, para solicitar a habilitação do CPN. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 28, III)

Art. 835. O ente federativo beneficiário é responsável pela contínua atualização das informações no SISMOB por, no mínimo, 1 (uma) vez a cada 60 (sessenta) dias, responsabilizando-se, ainda, pela veracidade e qualidade dos dados fornecidos, quais sejam: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 29)

I - informações relativas ao estabelecimento, ao imóvel, ao projeto e à contratação; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 29, I)

II - informações relativas à execução física da obra, incluindo-se fotos; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 29, II)

III - informações relativas à conclusão da obra, incluindo-se fotos. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 29, III)

Parágrafo Único. Na hipótese de inexistência de modificação das informações descritas neste artigo até 60 (sessenta) dias após a última inserção de dados, o estabelecimento hospitalar beneficiário ainda assim fica obrigado a acessar o SISMOB para registro dessa atividade pelo próprio sistema informatizado. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 29, Parágrafo Único)

Art. 836. O SISMOB deverá ser acessado e atualizado pelo menos uma vez durante um período de 60 (sessenta) dias consecutivos pelo ente federativo ou estabelecimento hospitalar beneficiário, para fins de monitoramento da execução da ampliação da área física de estabelecimento hospitalar público para implantação de CPN.(Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 30)

Art. 837. Caso verifique que não cumprirá qualquer dos prazos definidos no art. 834, incisos I e II o ente federativo beneficiário encaminhará, em até 30 (trinta) dias antes do prazo final, expediente, devidamente justificado, com pedido de sua prorrogação à SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 31)

§ 1º A SAS/MS terá 15 (quinze) dias para analisar a justificativa apresentada e cientificar o interessado quanto à sua manifestação, a qual poderá ser de: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 31, § 1º)

I - aceitação da justificativa; ou (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 31, § 1º, I)

II - não aceitação da justificativa. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 31, § 1º, II)

§ 2º Em caso de aceitação da justificativa, será concedido prazo de 3 (três) meses, improrrogável, para que o requerente cumpra o prazo disposto no art. 834, incisos I e II . (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 31, § 2º)

§ 3º Em caso de não aceitação ou de não apresentação da justificativa pelo ente federativo beneficiário, a SAS/MS elaborará relatório circunstanciado com descrição dos fatos ocorridos e a indicação das eventuais irregularidades na execução do programa e o encaminhará ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) para realização de auditoria. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 31, § 3º)

Subseção IV

Do Incentivo Financeiro de Investimento para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes a Serem Utilizados no CPN

(Origem: PRT MS/GM 11/2015, CAPÍTULO III, Seção IV)

Art. 838. O valor do incentivo financeiro de investimento para aquisição de equipamentos e materiais permanentes a serem utilizados no CPN é de, no máximo: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 32)

I - R$ 100.000,00 (cem mil reais) para CPN com 3 (três) quartos pré-parto, parto e puerpério (PPP); e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 32, I)

II - R$ 165.000,00 (cento e sessenta e cinco mil reais) para CPN com 5 (cinco) quartos PPP. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 32, II)

Parágrafo Único. A definição do valor do incentivo financeiro de investimento para aquisição de equipamentos e materiais permanentes, para cada solicitação, será efetuada considerando-se os bens a serem adquiridos, conforme a documentação comprobatória constante da proposta de que trata o art. 839. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 32, Parágrafo Único)

Art. 839. O ente federativo ou o estabelecimento hospitalar privado sem fins lucrativos interessado no recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Seção deverá encaminhar proposta ao Ministério da Saúde, para análise e aprovação, contendo Resolução da CIB ou do CGSES/DF que inclua o CPN no Desenho Regional da Rede Cegonha. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 33)

§ 1º As propostas de que trata o "caput" serão encaminhadas ao Ministério da Saúde, quando cabível: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 33, § 1º)

I - pelo Sistema de Pagamento do Ministério da Saúde (SISPAG/MS); ou (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 33, § 1º, I)

II - pelo SICONV/MS. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 33, § 1º, II)

§ 2º O acesso aos sistemas de que trata o § 1º encontra-se disponível no portal do Fundo Nacional de Saúde, no endereço www.fns.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 33, § 2º)

Art. 840. Uma vez aprovada a proposta de que trata o art. 839, será editado ato específico do Ministro de Estado da Saúde com indicação do ente federativo ou estabelecimento hospitalar privado sem fins lucrativos apto ao recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Seção e respectivo valor contemplado. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 34)

Parágrafo Único. Caso o custo final da aquisição dos equipamentos pleiteados seja superior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores deverá ser custeada por conta do próprio ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 34, Parágrafo Único)

Art. 841. Os recursos do incentivo financeiro de investimento para aquisição de equipamentos e material permanente de que trata esta Seção serão repassados em parcela única, de acordo com as regras, no que for pertinente, do SISPAG/MS e do SICONV/MS. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 35)

Parágrafo Único. No caso de estabelecimentos hospitalares públicos, os recursos serão repassados do Fundo Nacional de Saúde ao fundo de saúde do ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 35, Parágrafo Único)

Subseção V

Do Incentivo Financeiro de Custeio Mensal para Funcionamento do CPN

(Origem: PRT MS/GM 11/2015, CAPÍTULO III, Seção V)

Art. 842. O incentivo financeiro de custeio mensal para funcionamento de 1 (um) CPNp é de: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 36)

I - R$ 60.000,00 (sessenta mil reais), para CPNp com 3 (três) quartos PPP; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 36, I)

II - R$ 100.000,00 (cem mil reais), para CPNp com 5 (cinco) quartos PPP. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 36, II)

Art. 843. O incentivo financeiro de custeio mensal para funcionamento de 1(um) CPNi Tipo I é de: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 37)

I - R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), para CPNi Tipo I com 3 (três) quartos PPP; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 37, I)

II - R$ 80.000,00 (oitenta mil reais), para CPNi Tipo I com 5 (cinco) quartos PPP. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 37, II)

Art. 844. O incentivo financeiro de custeio mensal para funcionamento de 1 (um) CPNi Tipo II é de: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 38)

I - R$ 40.000,00 (quarenta mil reais), para CPNi Tipo II com 3 (três) quartos PPP; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 38, I)

II - R$ 70.000,00 (setenta mil reais), para CPNi Tipo II com 5 (cinco) quartos PPP. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 38, II)

Art. 845. Ato do Ministro de Estado da Saúde autorizará o repasse dos recursos do incentivo financeiro de que trata esta Seção às unidades habilitadas como CPN. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 39)

§ 1º Os recursos do incentivo financeiro de que trata esta Seção serão repassados pelo Fundo Nacional de Saúde, na modalidade fundo a fundo, aos fundos de saúde estaduais, do Distrito Federal e municipal. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 39, § 1º)

§ 2º A manutenção do repasse do incentivo financeiro de que trata esta Seção ficará condicionada ao cumprimento dos requisitos de constituição e habilitação da unidade do estabelecimento hospitalar como CPNi tipo I, CPNi tipo II ou CPNp, nos termos do Capítulo II do Título II do Anexo II da Portaria de Consolidação nº 3.(Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 39, § 2º)

Art. 846. As despesas de custeio mensal do CPN são de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 40)

Parágrafo Único. A complementação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio mensal dos CPN é de responsabilidade conjunta dos estados e dos municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva CIB. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 40, Parágrafo Único)

Seção IV

Dos Incentivos Financeiros para Ampliação, Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes e Reforma da Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) e o Incentivo Financeiro de Custeio para Estabelecimentos Hospitalares de Referência em Atenção à Gestação de Alto Risco

Art. 847. As novas construções ou reformas de estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco no âmbito do SUS com financiamento pelo Ministério da Saúde, nos termos desta Seção, ficam condicionadas ao cumprimento dos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 24)

I - implantação da Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), conforme disciplinado no art. 36 do Anexo II da Portaria de Consolidação nº 3; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 24, I)

II - implantação do Centro de Parto Normal (CPN) conforme diretrizes da Rede Cegonha. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 24, II)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos hospitalares com projetos de construção concluídos ou construções ainda não finalizadas até a data de publicação da Portaria nº 1020/GM/MS, de 29 de maio de 2013 não terão a obrigatoriedade de contar com CGBP e CPN para solicitação de habilitação como estabelecimento de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 1 ou Tipo 2. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 24, Parágrafo Único)

Art. 848. No caso de CGBP já existente e que solicite apenas o repasse do incentivo financeiro de custeio mensal, as condições de estrutura física serão avaliadas individualmente pela Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGHOSP/DAHU/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 25)

Art. 849. Fica instituído incentivo financeiro de investimento para ampliação de CGBP nos seguintes valores: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 26)

I - ampliação de CGBP para 10 (dez) usuárias: R$ 238.500,00 (duzentos e trinta e oito mil e quinhentos reais); (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 26, I)

II - ampliação de CGBP para 15 (quinze) usuárias: R$ 343.125,00 (trezentos e quarenta e três mil cento e vinte e cinco reais); e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 26, II)

III - ampliação de CGBP para 20 (vinte) usuárias: R$ 447.750,00 (quatrocentos e quarenta e sete mil setecentos e cinquenta reais). (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 26, III)

Parágrafo Único. O incentivo financeiro de investimento de que trata este artigo será repassado na forma do art. 807, § 3º da Rede Cegonha. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 26, Parágrafo Único)

Art. 850. Fica redefinido o incentivo financeiro de investimento para aquisição de equipamentos e materiais permanentes para CGBP, nos seguintes valores: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 27)

I - CGBP com 15 (quinze) ou 10 (dez) camas: R$ 40.000,00 (quarenta mil reais); e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 27, I)

II - CGBP com 20 (vinte) camas: R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais). (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 27, II)

Parágrafo Único. O incentivo financeiro de investimento de que trata este artigo será repassado em parcela única, após aprovação pela CGHOSP/DAHU/SAS/MS do projeto encaminhado pelo gestor de saúde interessado. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 27, Parágrafo Único)

Art. 851. Fica redefinido o incentivo financeiro de custeio destinado à reforma de CGBP, nos seguintes valores: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 28)

I - reforma de CGBP para 10 (dez) usuárias: R$ 143.100,00 (cento e quarenta e três mil e cem reais); (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 28, I)

II - reforma de CGBP para 15 (quinze) usuárias: R$ 205.875,00 (duzentos e cinco mil oitocentos e setenta e cinco reais); e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 28, II)

III - reforma de CGBP para 20(vinte) usuárias: R$ 268.650,00 (duzentos e sessenta e oito mil seiscentos e cinquenta reais). (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 28, III)

Parágrafo Único. O incentivo financeiro de custeio de que trata este artigo será repassado em parcela única, após aprovação pela CGHOSP/DAHU/SAS/MS do projeto encaminhado pelo gestor de saúde interessado. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 28, Parágrafo Único)

Art. 852. Fica instituído incentivo financeiro de custeio para estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco habilitados nos Tipos 1 e 2, na forma de custeio diferenciado para os seguintes procedimentos: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 29)

I - parto normal em gestação de alto risco; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 29, I)

II - parto cesariano em gestação de alto risco; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 29, II)

III - tratamento de intercorrências clínicas na gravidez; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 29, III)

IV - tratamento de complicações relacionadas predominantemente ao puerpério. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 29, IV)

Parágrafo Único. O valor do custeio diferenciado está definido no Anexo LXII . (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 29, Parágrafo Único)

Art. 853. O incentivo financeiro de custeio referente aos leitos obstétricos para gestação de alto risco seguirá a previsão dos itens Q e R do Anexo LVIII , que tratam, respectivamente, do custeio de novos leitos para gestantes de alto risco e do custeio de leitos para gestantes de alto risco já existentes. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 30)

Parágrafo Único. Os leitos obstétricos para gestação de alto risco deverão ser alocados nos estabelecimentos hospitalares habilitados como referência em Atenção à Gestação de Alto Risco. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 30, Parágrafo Único)

Art. 854. O incentivo financeiro de custeio mensal para CGBP habilitada fica redefinido conforme os seguintes valores: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 31)

I - CGBP com 10 (dez) camas (dois ou três quartos): R$ 20.000,00 (vinte mil reais); (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 31, I)

II - CGBP com 15 (quinze) camas (três ou quatro quartos): R$ 30.000,00 (trinta mil reais); e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 31, II)

III - CGBP com 20 (vinte) camas (quatro ou cinco quartos): R$ 60.000,00(sessenta mil reais). (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 31, III)

§ 1º O incentivo de custeio redefinido neste artigo poderá ser utilizado para o pagamento de locação de imóvel para o funcionamento da CGBP. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 31, § 1º)

§ 2º Após 180 (cento e oitenta dias) de funcionamento, a CGBP deverá contar com ocupação média mensal superior a 50% (cinquenta por cento) de sua capacidade, sob pena do valor do incentivo financeiro de custeio mensal ser reduzido em 30% (trinta por cento). (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 31, § 2º)

§ 3º O repasse do incentivo financeiro de custeio mensal será suspenso se a ocupação média mensal se mantiver inferior a 50% (cinquenta por cento) da capacidade da CGBP nos 3 (três) meses subsequentes à efetivação da redução de que trata o § 2º. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 31, § 3º)

§ 4º O repasse do incentivo de custeio redefinido neste artigo será suspenso caso a CGBP não cumpra o estabelecido no Anexo II da Portaria de Consolidação nº 3 ou quando o gestor de saúde local não repasse os recursos relativos à CGBP ao estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 31, § 4º)

Art. 855. Para fins de acompanhamento e controle da aplicação dos recursos repassados por meio do Fundo Nacional de Saúde, ficam estabelecidos os seguintes prazos máximos a serem cumpridos pelos entes federativos beneficiários: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 32)

I - 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da liberação do incentivo financeiro, para conclusão da reforma e/ou ampliação da CGBP e para aquisição de equipamentos; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 32, I)

II - 90 (noventa) dias após a conclusão da reforma e/ou ampliação para início do efetivo funcionamento da CGBP reformada e/ou ampliada. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 32, II)

§ 1º Caso sejam descumpridos quaisquer dos prazos definidos neste artigo, os entes federativos beneficiários deverão encaminhar, no prazo de 30 (trinta) dias do término dos citados prazos, as justificativas ao Ministério da Saúde, especialmente à CGHOSP/DAHU/SAS/MS, para análise. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 32, § 1º)

§ 2º Caso aceitas as justificativas, o Ministério da Saúde poderá prorrogar o prazo de que trata o inciso I do caput por até cento e oitenta dias e o prazo de que trata o inciso II do caput por até 90 (noventa) dias. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 32, § 2º)

§ 3º Caso não haja apresentação de justificativas pelos entes federativos beneficiários ou o Ministério da Saúde não aceite as que forem apresentadas, o ente federativo beneficiário estará sujeito, no que for pertinente, à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, ou ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 32, § 3º)

§ 4º O monitoramento de que trata este artigo não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 32, § 4º)

Art. 856. Além do disposto no art. 855, caberá aos órgãos de controle interno, especialmente ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA), o monitoramento da correta aplicação dos recursos oriundos dos incentivos financeiros previstos nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 33)

Art. 857. Os recursos financeiros para a execução do disposto nesta Seção são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 36)

I - 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 36, I)

II - 10.302.2015.20R4 - Apoio à Implementação da Rede Cegonha. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 36, II)

CAPÍTULO II

DO FINANCIAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Seção I

Do Financiamento do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências

Art. 858. As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência localizadas nas unidades hospitalares estratégicas poderão apresentar, ao Ministério da Saúde, projeto para readequação física e tecnológica, no valor de até R$ 3.000.000,00 (três milhões de reais), na forma do Anexo LXIII . (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 7º)

§ 1º A readequação física pode se dar por reforma ou por ampliação. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 7º, § 1º)

§ 2º O objetivo do projeto de readequação física e tecnológica das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência será a adequação da ambiência, com vistas a viabilizar a qualificação da assistência, observados os pressupostos da Política Nacional de Humanização e das normas da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA).(Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 7º, § 2º)

Art. 859. As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência localizadas nas unidades hospitalares estratégicas poderão receber incentivo de custeio diferenciado de acordo com a tipologia descrita no Anexo 2 do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3, observados os seguintes limites: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 8º)

I - as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos classificados como Hospital Geral receberão R$ 100.000,00 (cem mil reais), como incentivo de custeio mensal; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 8º, I)

II - as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos classificados como Hospital Especializado Tipo I receberão R$ 200.000,00 (duzentos mil reais), como incentivo de custeio mensal; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 8º, II)

III - as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos classificados como Hospital Especializado Tipo II receberão R$ 300.000,00 (trezentos mil reais), como incentivo de custeio mensal. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 8º, III)

Art. 860. O requerimento do incentivo previsto no art. 859 observará o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 9º)

I - apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde, para fins de comprovação do enquadramento da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência e da unidade hospitalar estratégica; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 9º, I)

II - deferimento, pelo Ministério da Saúde, do incentivo de custeio diferenciado a ser pago à Porta de Entrada Hospitalar de Urgência; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 9º, II)

III - início do repasse, pelo Ministério da Saúde, do incentivo financeiro de custeio diferenciado aos fundos de saúde, que repassarão os valores aos prestadores de serviço hospitalares. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 9º, III)

Art. 861. As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência serão consideradas qualificadas ao se adequarem aos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 10)

I - estabelecimento e adoção de protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e de procedimentos administrativos no hospital; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 10, I)

II - implantação de processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 10, II)

III - articulação com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e com outros serviços da rede de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 10, III)

IV - submissão da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência à Central Regional de Regulação de Urgência, à qual caberá coordenar os fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 10, IV)

V - equipe multiprofissional compatível com o porte da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 10, V)

VI - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como "diarista", utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 10, VI)

VII - implantação de mecanismos de gestão da clínica, visando à: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 10, VII)

a) qualificação do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 10, VII, a)

b) eficiência de leitos; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 10, VII, b)

c) reorganização dos fluxos e processos de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 10, VII, c)

d) implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 10, VII, d)

VIII - garantia de retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede de Atenção às Urgências em sua região, mediante o fornecimento de procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias, conforme previsto no Plano de Ação Regional;(Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 10, VIII)

IX - garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 10, IX)

X - realização do contrarreferenciamento responsável dos usuários para os serviços da rede, fornecendo relatório adequado, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica ou de referência. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 10, X)

§ 1º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência deverão se qualificar em um prazo máximo de 06 (seis) meses após o início do repasse do incentivo de custeio diferenciado, previsto pelo art. 859, ou em um prazo de 12 (doze) meses após o recebimento do incentivo de investimento para adequação da ambiência, previsto pelo art. 858. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 10, § 1º)

§ 2º Em caso de inobservância dos prazos previstos no § 1º deste artigo, o repasse do incentivo financeiro será cancelado, devendo ser restituído todo o valor recebido. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 10, § 2º)

§ 3º Uma vez cancelado o incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido com a qualificação integral, demonstrado o cumprimento de todos os requisitos deste artigo, caso em que o incentivo voltará a ser pago a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 10, § 3º)

§ 4º O incentivo financeiro de custeio diferenciado de que trata o art. 859 continuará a ser repassado aos fundos de saúde e, em seguida, aos prestadores de serviço hospitalares, mediante o cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos neste artigo e das metas pactuadas entre os gestores e os prestadores de serviços hospitalares, de acordo com as normas estabelecidas no Anexo 2 do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 10, § 4º)

§ 5º Para a avaliação e o acompanhamento dos critérios de qualificação dispostos neste artigo, será realizada visita técnica à unidade, em parceria com o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 10, § 5º)

§ 6º O Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e os representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências farão o acompanhamento e monitoramento semestral do cumprimento dos requisitos e critérios previstos nos arts. 859 e 861 e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 10, § 6º)

Art. 862. As instituições hospitalares, públicas ou privadas, que disponibilizarem leitos de retaguarda às Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, por meio da organização de enfermarias clínicas, estarão aptas a receber custeio diferenciado, no valor de R$ 300,00 (trezentos reais) por diária do leito novo ou qualificado.(Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 12)

Art. 863. Para solicitação do custeio diferenciado para leitos de retaguarda de clínica médica, descrito no art. 862, será observado o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 13)

I - apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde, para fins de comprovação da necessidade de abertura dos leitos de clínica médica de acordo com os parâmetros da Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 13, I)

II - solicitação de habilitação dos novos leitos de clínica médica ou dos leitos já existentes como "leitos de clínica médica qualificados"; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 13, II)

III - deferimento, pelo Ministério da Saúde, do incentivo de custeio diferenciado a ser pago aos novos leitos de clínica médica ou àqueles já existentes; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 13, III)

IV - início do repasse, pelo Ministério da Saúde, do incentivo financeiro de custeio diferenciado aos fundos de saúde, que repassarão os valores aos prestadores de serviços hospitalares. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 13, IV)

Art. 864. As enfermarias clínicas de retaguarda serão consideradas qualificadas quando atenderem aos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 14)

I - estabelecimento e adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 14, I)

II - equipe de médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem compatível com o porte da enfermaria clínica de retaguarda, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 14, II)

III - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como "diarista", utilizando-se prontuário único, compartilhado por toda a equipe; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 14, III)

IV - implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho e implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 14, IV)

V - articulação com os Serviços de Atenção Domiciliar da Região de Saúde, quando couber; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 14, V)

VI - garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 14, VI)

VII - garantia do desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 14, VII)

VIII - submissão da enfermaria clínica à auditoria do gestor local; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 14, VIII)

IX - regulação integral pelas Centrais de Regulação de Leitos; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 14, IX)

X - taxa de ocupação média mínima de 85% (oitenta e cinco por cento); e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 14, X)

XI - Média de Permanência de, no máximo, 10 (dez) dias de internação. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 14, XI)

§ 1º As enfermarias clínicas de retaguarda deverão se qualificar em um prazo máximo de 6 (seis) meses após o início do repasse do incentivo de custeio diferenciado previsto pelo art. 862. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 14, § 1º)

§ 2º Em caso de inobservância dos prazos previstos no § 1º deste artigo, o repasse do incentivo financeiro será cancelado, devendo ser restituído todo o valor recebido. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 14, § 2º)

§ 3º Uma vez cancelado o incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido com a qualificação integral, demonstrado o cumprimento de todos os requisitos deste artigo, caso em que o incentivo voltará a ser pago a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 14, § 3º)

§ 4º O incentivo financeiro de custeio diferenciado de que trata o art. 862 continuará a ser repassado aos fundos de saúde e, em seguida, aos prestadores de serviço hospitalares, mediante o cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos neste artigo e das metas pactuadas entre os gestores e os prestadores de serviços hospitalares. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 14, § 4º)

§ 5º Para a avaliação e o acompanhamento dos critérios de qualificação dispostos neste artigo, será realizada visita técnica à unidade, em parceria com o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 14, § 5º)

§ 6º O Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e os representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências farão o acompanhamento e monitoramento semestral do cumprimento dos requisitos e critérios previstos neste artigo e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 14, § 6º)

Art. 865. Os leitos de enfermaria clínica já existentes e disponíveis para o SUS, especificamente para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências, poderão ser qualificados, conforme requisitos do art. 864, para receber o mesmo custeio diferenciado definido para os leitos novos, observada a seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 15)

I - nos hospitais públicos, estaduais, distrital e municipais, será possível a qualificação de 1 (um) leito de enfermaria clínica já disponível para o SUS para cada 2 (dois) leitos novos disponibilizados para o SUS, especificamente para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 15, I)

II - nos hospitais privados, conveniados ou contratados pelo SUS, será possível a qualificação de 1 (um) leito de enfermaria clínica já disponível para o SUS para cada 1 (um) leito novo disponibilizado para o SUS, especificamente para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 15, II)

Art. 866. As instituições hospitalares, públicas ou privadas conveniadas ou contratadas ao SUS, que disponibilizarem leitos de terapia intensiva específicos para retaguarda às Portas de Entrada Hospitalares de Urgência poderão apresentar ao Ministério da Saúde projeto para adequação física e tecnológica, no valor de até R$ 100.000,00 (cem mil reais) por leito novo. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 19)

§ 1º A readequação física pode se dar por reforma, ampliação ou aquisição de equipamentos. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 19, § 1º)

§ 2º O objetivo do projeto de readequação física e tecnológica das UTI será a adequação do ambiente, com vistas à qualificação da assistência, com observância dos pressupostos da Política Nacional de Humanização e das normas da ANVISA. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 19, § 2º)

Art. 867. Para solicitação do recurso de investimento previsto no art. 866, será observado o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 20)

I - apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde, para fins de comprovação da necessidade de abertura de novos leitos de terapia intensiva, de acordo com os parâmetros da Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 20, I)

II - apresentação de proposta no endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde, de acordo com as normas de cooperação técnica e financeira por meio de convênios ou contratos de repasse. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 20, II)

Art. 868. As instituições hospitalares que disponibilizarem novos leitos de UTI, específicos para retaguarda às Portas de Entrada Hospitalares de Urgências, ou que qualificarem os leitos já existentes farão jus a custeio diferenciado do leito de UTI, no valor de R$ 800,00 (oitocentos reais) por diária de leito. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 21)

Parágrafo Único. A diferença entre o valor real da diária do leito de UTI e o repasse do recurso federal por leito deverá ser custeada por estados e municípios, na forma pactuada na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 869. As instituições hospitalares que possuem Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e disponibilizarem leitos de UTI já existentes poderão qualificar até 80% (oitenta por cento) dos seus leitos de UTI, de acordo com os critérios estabelecidos no art. 872. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 22)

Art. 870. As instituições hospitalares que não possuem Portas de entrada Hospitalares de Urgência e disponibilizarem leitos de UTI já existentes poderão qualificar até 70% (setenta por cento) dos seus leitos de UTI, de acordo com os critérios estabelecidos no art. 872. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 23)

Art. 871. Para solicitação do custeio diferenciado para leitos de terapia intensiva, novos ou já existentes, descrito no art. 868, será observado o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 24)

I - apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde, para fins de comprovação da necessidade de abertura dos leitos de terapia intensiva de acordo com os parâmetros da Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002; e/ou (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 24, I)

II - solicitação de habilitação dos novos leitos de terapia intensiva ou dos leitos já existentes como "leitos de terapia intensiva qualificados"; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 24, II)

III - deferimento, pelo Ministério da Saúde, do incentivo de custeio diferenciado a ser pago aos leitos de terapia intensiva novos ou já existentes; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 24, III)

IV - início do repasse, pelo Ministério da Saúde, do incentivo financeiro de custeio diferenciado aos fundos de saúde, que repassarão os valores aos prestadores de serviços hospitalares. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 24, IV)

Art. 872. As UTI serão consideradas qualificadas quando atenderem aos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 25)

I - estabelecimento e adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 25, I)

II - equipe de UTI Tipo II ou III, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 25, II)

III - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, utilizando-se prontuário único compartilhado por toda equipe; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 25, III)

IV - implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho e a implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 25, IV)

V - garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 25, V)

VI - garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 25, VI)

VII - submissão à auditoria do gestor local; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 25, VII)

VIII - regulação integral pelas Centrais de Regulação; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 25, VIII)

IX - taxa de ocupação média mensal da unidade de, no mínimo, 90% (noventa por cento). (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 25, IX)

§ 1º As UTI deverão se qualificar em um prazo máximo de 6 (seis) meses após o início do repasse do incentivo de custeio diferenciado, previsto pelo art. 868, ou em um prazo de 12 (doze) meses após o recebimento do incentivo de investimento para adequação da ambiência, previsto pelo art. 866. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 25, § 1º)

§ 2º Em caso de inobservância dos prazos previstos no § 1º deste artigo, o repasse do incentivo financeiro será cancelado, devendo ser restituído todo o valor recebido. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 25, § 2º)

§ 3º Uma vez cancelado o incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido com a qualificação integral, demonstrado o cumprimento de todos os requisitos deste artigo, caso em que o incentivo voltará a ser pago a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 25, § 3º)

§ 4º O incentivo financeiro de custeio diferenciado de que trata o art. 868 continuará a ser repassado aos fundos de saúde e, em seguida, aos prestadores de serviços hospitalares, mediante o cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos neste artigo e das metas pactuadas entre os gestores e os prestadores de serviços hospitalares. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 25, § 4º)

§ 5º O Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e os representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências farão o acompanhamento e o monitoramento semestral dos leitos de UTI qualificados para o recebimento do custeio diferenciado, visando à verificação do cumprimento dos requisitos e critérios previstos neste artigo e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 25, § 5º)

Art. 873. Os recursos financeiros referentes ao Componente Hospitalar serão repassados seguindo as seguintes modalidades: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 26)

I - os recursos para reforma das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência serão repassados de acordo com as normas do Sistema de Contratos e Convênios do Ministério da Saúde (SICONV/MS) e do Sistema de Gestão Financeira e de Convênios do Ministério da Saúde (GESCON/MS); (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 26, I)

II - os recursos para a compra de equipamentos e materiais permanentes para as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e as unidades de UTI serão repassados fundo a fundo, utilizando-se um dos seguintes sistemas: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 26, II)

a) Sistema de Pagamento do Ministério da Saúde (SISPAG/MS); (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 26, II, a)

b) SICONV/MS; ou (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 26, II, b)

c) GESCON/MS; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 26, II, c)

III - os recursos de custeio serão repassados fundo a fundo. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 26, III)

§ 1º Em caso de não aplicação dos recursos ou do descumprimento, por parte do beneficiário, dos compromissos de qualificação assumidos, os recursos de obras, reformas e equipamentos e custeio serão imediatamente devolvidos ao FNS, acrescidos da correção monetária prevista em lei. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 26, § 1º)

§ 2º A devolução de recursos repassados será determinada nos relatórios de fiscalização dos órgãos de controle interno, incluídos todos os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), em cada nível de gestão, e também nos relatórios dos órgãos de controle externo. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 26, § 2º)

Art. 874. Os recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades de que tratam esta Seção são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho: 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade, 10.302.2015.8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde, 10.302.2015.8933 - Estruturação de Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial, 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade, 10.302.2015.8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde e 10.302.2015.8933 - Estruturação de Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 30)

Seção II

Do Financiamento para a Implantação do Componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências

Art. 875. Fica instituído incentivo financeiro de investimento para implantação de Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências no SUS no valor de R$ 100.000,00 (cem mil reais), a ser repassado pela União aos municípios responsáveis pela implantação. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 7º)

§ 1º O valor referido no caput deste artigo configura o valor máximo a ser repassado pelo Ministério da Saúde para implantação de uma SE, compreendendo a área física, mobiliário, materiais e equipamentos mínimos, conforme definido no art. 63 do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Caso o custo da implantação da SE seja superior ao incentivo repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença no valor dos recursos financeiros deverá ser custeada estados e municípios interessados, conforme pactuado na CIR e na CIB. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 7º, § 2º)

§ 3º O incentivo financeiro de que trata o caput deste artigo será repassado aos estados e municípios com propostas aprovadas e com as SE aptas ao recebimento de investimento pelo Ministério da Saúde, conforme o estabelecido no art. 878. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 7º, § 3º)

§ 4º Em caso de reforma de SE em serviços de saúde já existentes, o incentivo descrito no caput deste artigo será repassado, pelo Ministério da Saúde, a título de aquisição de equipamentos, materiais e mobiliários, cabendo ao município a contrapartida para reforma e estruturação física da SE. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 7º, § 4º)

Art. 876. O repasse do incentivo financeiro de investimento para implantação de Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências no SUS será realizado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) em parcela única após a publicação de portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 8º)

§ 1º Caberá aos órgãos de controle interno do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) e à Controladoria-Geral da União (CGU) o monitoramento da correta aplicação dos incentivos financeiros previstos nesta Seção e do cumprimento dos compromissos assumidos. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Em caso de irregularidades constatadas pelos órgãos definidos no §1º deste artigo, os recursos serão restituídos ao FNS, acrescidos de correção monetária prevista em lei. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 8º, § 2º)

Art. 877. Os estados e municípios que desejem receber o incentivo financeiro de que trata o art. 875, deverão submeter ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), proposta de implantação de SE. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 9º)

§ 1º A proposta de que trata o caput deste artigo será elaborada com base nas diretrizes estabelecidas pelo Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 9º, § 1º)

§ 2º A proposta deverá conter: (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 9º, § 2º)

I - o quantitativo populacional a ser coberto pela SE; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 9º, § 2º, I)

II - o compromisso formal do município de prover a SE com equipe mínima, conforme estabelecido no Anexo 9 do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3, sendo de responsabilidade dos gestores a definição de estratégias que visem garantir retaguarda médica, de enfermagem e de pessoal técnico, nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, possibilitando a estabilização de pacientes críticos/graves; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 9º, § 2º, II)

III - informação da existência, na área de cobertura da SE, de SAMU 192 habilitado; ou, na ausência deste, apresentação de termo de compromisso de implantação de SAMU 192 dentro do prazo de implantação da SE; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 9º, § 2º, III)

IV - informação sobre as grades de referência e contrarreferência pactuadas na Rede de Atenção à Saúde com as Unidades de Atenção Básica e/ou de Saúde da Família, bem como sobre os hospitais de retaguarda, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e o transporte sanitário, quando houver; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 9º, § 2º, IV)

V - garantia de cobertura de Atenção Básica de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) no Município sede da SE; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 9º, § 2º, V)

VI - garantia de retaguarda hospitalar, mediante a apresentação de termo de compromisso formalmente estabelecido pelas unidades de referência, em que estas aceitam ser referência e comprometem-se com o adequado acolhimento e atendimento dos casos encaminhados pelas Centrais de Regulação das Urgências de cada localidade; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 9º, § 2º, VI)

VII - adesão ao Pacto Pela Saúde ou compromisso sanitário existente ou a demonstração do processo de adesão em curso; e (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 9º, § 2º, VII)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300616

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

VIII - declaração do gestor responsável acerca da exclusividade de aplicação dos recursos financeiros repassados pela União para implantação da SE, garantindo a execução desses recursos para este fim. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 9º, § 2º, VIII)

§ 3º Em caso de inexistência do Componente SAMU 192, deverá ser garantido o transporte adequado ao quadro clínico do paciente, para remoção e garantia da continuidade da atenção, respeitado o art. 878. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 9º, § 3º)

§ 4º Para a verificação prevista no §4º deste artigo, a SAS/MS utilizará o Sistema de Pagamento (SISPAG), disponível no endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 9º, § 5º)

§ 5º Após a aprovação pela SAS/MS, caberá ao Ministério da Saúde publicar portaria específica que afirma a aptidão do proponente ao recebimento do incentivo financeiro. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 9º, § 6º)

§ 6º Após ser encaminhada, para conhecimento, à CIR e à CIB, a proposta será encaminhada à SAS/MS para avaliação e verificação dos documentos descritos no §2º deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 9º, § 4º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1516/2013)

Art. 878. Fica instituído incentivo financeiro para custeio mensal da SE, a título de participação do Ministério da Saúde, no valor de R$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais). (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 10)

§ 1º O incentivo mensal para custeio será de R$ 35.000,00 (trinta e cinco mil reais) para custeio das SE localizadas em municípios situados na região da Amazônia Legal, na região Nordeste e em regiões de extrema pobreza do Brasil, excetuando-se as regiões metropolitanas destas áreas; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 10, § 1º)

§ 2º A caracterização das regiões de extrema pobreza do Brasil observará os critérios definidos pela Presidência da República. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 10, § 2º)

§ 3º O repasse do incentivo mensal para custeio da SE está condicionado à habilitação da SE. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 10, § 3º)

§ 4º A habilitação dar-se-á por portaria específica do Ministério da Saúde, desde que comprovado o perfeito funcionamento da SE, com a apresentação da seguinte documentação: (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 10, § 4º)

I - declaração do gestor acerca da adequação da área física disponível para o funcionamento da SE, conforme Anexo 8 do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 10, § 4º, I)

II - descrição, pelo gestor, dos equipamentos, materiais e mobiliários instalados, conforme Anexo 8 do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 10, § 4º, II)

III - descrição, pelo gestor, da equipe que atuará junto à SE; e (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 10, § 4º, III)

IV - declaração da CIR confirmando o funcionamento efetivo da SE, conforme padrões mínimos exigidos para a área física, equipamentos e recursos humanos. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 10, § 4º, IV)

V - Alvará sanitário expedido pela Vigilância Sanitária local. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 10, § 4º, V)

§ 5º Uma vez habilitada a SE, o município responsável pelo seu funcionamento receberá o incentivo de custeio mensal diretamente do FNS, de forma regular e automática, para manutenção dos serviços efetivamente implantados e habilitados. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 10, § 5º)

§ 6º O recurso referido no §5º deverá compor o Bloco de Financiamento da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 10, § 6º)

§ 7º A complementação dos recursos necessários ao custeio das SE é de responsabilidade dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva CIB. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 10, § 7º)

§ 8º Caso haja redução da cobertura de Atenção Básica ofertada no município sede da SE por mais de 3 (três) meses consecutivos, ficará suspenso o repasse do incentivo de custeio mensal, instituído no caput deste artigo, até que se demonstre o retorno ao patamar de cobertura observado no momento da habilitação. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 10, § 8º)

§ 9º É obrigatória a inscrição da SE no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e a alimentação dos Sistemas de Informação do SUS (SIA/SUS e SIH/SUS) com os dados de produção de serviços das unidades habilitadas, ainda que não gere pagamento de procedimentos por produção. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 10, § 9º)

§ 10. A não-alimentação dos bancos de dados referidos no §9º deste artigo por 3 (três) meses consecutivos ou 4 (quatro) meses alternados implicará a suspensão do repasse do incentivo de custeio mensal estabelecido no caput deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 10, § 10)

Art. 879. Os recursos financeiros para o custeio das atividades de que tratam esta Seção são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, onerando o Programa de Trabalho 1220 - Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, nas seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 11)

I - 10.302.2015.8933 - Estruturação de Serviço de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial e 10.302.2015.8933 - Estruturação de Serviço de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 11, I)

II - 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade; e (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 11, II)

III - 10.302.2015.8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde e 10.302.2015.8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 11, III)

Seção III

Do Incremento Financeiro nos Componentes Serviços Hospitalares (SH) e Serviços Profissionais (SP)

Art. 880. Os estabelecimentos habilitados em Centros de Trauma Tipo I (34.01), Centros de Trauma Tipo II (34.02) e Centros de Trauma Tipo III (34.03) terão o incremento financeiro no valor de 80% (oitenta por cento) nos Componentes Serviços Hospitalares (SH) e Serviços Profissionais (SP) dos procedimentos listados no Anexo LXIV . (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 24)

§ 1º Os procedimentos do Anexo LXIV serão identificados com o atributo de incremento previsto no "caput" deste artigo no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos Medicamentos Órteses Próteses e Materiais Especiais (SIGTAP). (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 24, § 1º)

§ 2º Apenas os estabelecimentos hospitalares habilitados em Centros de Trauma farão jus ao recebimento do incremento financeiro a partir da competência seguinte ao da publicação da portaria de habilitação de que trata o art. 117 do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 24, § 2º)

§ 3º Para os procedimentos listados no Anexo LXIV somente será concedido incremento financeiro pelo SIH/SUS se no campo de Diagnóstico Principal da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) tiver registrado CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) pertencente ao Capítulo XIX e ter o registro no campo Caráter de Atendimento dos seguintes códigos: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 24, § 3º)

I - Código 02 - Urgência; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 24, § 3º, I)

II - Codigo 03 - Acidente no local de trabalho ou serviço da empresa; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 24, § 3º, II)

III - Código 04 - Acidente no trajeto para o trabalho; ou (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 24, § 3º, III)

IV - Código 05 - Outros tipos de acidente de trânsito de acordo com a Tabela Auxiliar de caráter de Atendimento do SIA/SIH/SUS. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 24, § 3º, IV)

§ 4º Os recursos financeiros para o custeio do incentivo de que trata esta Seção serão incorporados ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade dos estados e municípios, a partir da competência em que ocorrer a habilitação dos Centros de Trauma. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 24, § 5º)

Art. 881. Os estabelecimentos de saúde que estão habilitados nos termos do Capítulo IV do Título I do Livro II do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3 e que se habilitarem em Centros de Trauma nos termos de que trata o art. 97 do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3, terão nos procedimentos constantes no Anexo LXIV o valor cumulativo referente aos 2 (dois) incrementos financeiros. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 25)

Art. 882. Os estabelecimentos habilitados em Centro de Trauma, quando registrarem o procedimento 0415030013 - Tratamento Cirúrgico em Politraumatizado na AIH, e se o registro atender às regras do art. 880, § 3º , terão incremento financeiro de 80% (oitenta por cento) para todos os procedimentos principais registrados, sendo que no SIH/SUS a remuneração destes procedimentos deverá obedecer os percentuais no valor de Serviço Hospitalar (SH) de 100% (cem por cento), 100% (cem por cento), 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 50% (cinquenta por cento), respectivamente do primeiro ao quinto procedimento, e de 100% (cem por cento) do valor do Serviço Profissional (SP) conforme a regra vigente do SIH/SUS. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 26)

Art. 883. Os Centros de Trauma Tipos I, II e III que já compõem Planos de Ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) poderão fazer jus aos incentivos previstos no Título I do Livro II do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3, desde que cumpram os critérios de concessão dos respectivos incentivos financeiros. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 27)

Art. 884. Os recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades de que trata esta Seção são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade - Plano Orçamentário 000C - Rede de Urgência e Emergência. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 31)

Seção IV

Do Financiamento de Custeio de Unidades de Pronto Atendimento 24 Horas (UPA 24H) como Componente da Rede de Atenção às Urgências

Art. 885. A habilitação de UPA 24h para recebimento do recurso de custeio requer a apresentação dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 19)

I - declaração do gestor do efetivo funcionamento da UPA 24h, incluindo a informação da data de início do funcionamento; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 19, I)

II - declaração do gestor acerca dos equipamentos instalados na UPA 24h, nos termos da disciplina a que se refere o Título IV, do Livro II, do Anexo III, da Portaria de Consolidação nº 3, e das regras técnicas, conforme orientações do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 19, II)

III - escala dos profissionais integrantes da Equipe Assistencial Multiprofissional em atuação na UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 19, III)

IV - quantidade de profissionais médicos condizentes com a opção adotada nos arts. 889 e 890 , cadastrados no SCNES; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 19, IV)

V - número de cadastro da UPA 24h no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 19, V)

Parágrafo Único. Os documentos de que trata este artigo deverão ser apresentados ao Ministério da Saúde por meio do Sistema de Apoio à Implantação de Políticas em Saúde (SAIPS). (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 886. A habilitação para custeio de UPA 24h deverá observar o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 20)

I - análise e aprovação pela Coordenação-Geral de Urgência e Emergência (CGUE/DAHU/SAS/MS) da documentação apresentada no SAIPS; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 20, I)

II - publicação de portaria de habilitação para custeio mensal da UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 20, II)

§ 1º É facultado ao Ministério da Saúde a realização de visita técnica para verificação dos requisitos de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 20, § 1º)

§ 2º O repasse do recurso de custeio ocorrerá a partir da data da publicação da portaria específica de habilitação em custeio, e dar-se-á conforme os seus termos. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 20, § 2º)

Art. 887. A complementação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio mensal da UPA 24h é de responsabilidade conjunta dos estados e dos municípios beneficiários, em conformidade com a pactuação estabelecida na CIB, quando das definições da sua implantação. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 21)

Art. 888. Após a publicação da portaria de habilitação da UPA 24h, caberá ao Fundo Nacional de Saúde repassar o recurso ao respectivo fundo estadual de saúde, Fundo de Saúde do Distrito Federal ou fundo municipal de saúde. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 22)

Art. 889. Para o custeio da UPA 24h, o Ministério da Saúde repassará o valor mensal conforme a capacidade operacional de funcionamento, declarada no Termo de Compromisso de Funcionamento da Unidade, de acordo com o Anexo LXVIII . (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 23)

Parágrafo Único. A proporção de médicos por turno poderá ser adequada de acordo com a necessidade do gestor, desde que garanta o efetivo funcionamento nos termos do art. 74 do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3, sendo obrigatório o mínimo de um profissional médico por turno. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 23, Parágrafo Único)

Art. 890. Para o custeio da UPA 24h Ampliada, habilitada e qualificada, o Ministério da Saúde repassará o valor mensal conforme a capacidade operacional de funcionamento, declarada no Termo de Compromisso de Funcionamento da Unidade, de acordo com o Anexo LXV . (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 24)

Parágrafo Único. A proporção de médicos por turno poderá ser adequada de acordo com a necessidade do gestor, desde que garanta o efetivo funcionamento nos termos do art. 74 do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3, sendo obrigatório o mínimo de um profissional médico por turno. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 24, Parágrafo Único)

Art. 891. A manifestação referente à opção de funcionamento da UPA 24h, conforme os arts. 889 e 890 dar-se-á mediante a apresentação de Termo de Compromisso de Funcionamento da Unidade (o modelo será disponibilizado no endereço eletrônico da SAS/Ministério da Saúde) assinado pelo gestor e aprovado em resolução editada pela CIB respectiva. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 25)

Art. 892. O recurso de custeio mensal de UPA 24h Nova e UPA 24h Ampliada será acrescido em 30% (trinta por cento) em UPA 24h localizada em município situado na Amazônia Legal. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 26)

Art. 893. Na hipótese em que a opção de custeio implique a redução da capacidade operacional correspondente ao modelo no qual foi habilitada em investimento, o gestor deverá apresentar ao Ministério da Saúde a solicitação formal devidamente justificada e instruída com os documentos comprobatórios: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 27)

I - Adequação do Plano de Ação Regional de Atenção Integral às Urgências, ou outro instrumento que vier a substituí-lo, indicando a nova condição de funcionamento da UPA 24h com equipe médica reduzida, e os novos fluxos de atenção às urgências na região; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 27, I)

II - Termo de Compromisso de Funcionamento da UPA 24h, nas condições definidas na portaria de habilitação em custeio, pactuado e assinado pelo ente federados interessado, com aprovação do Conselho de Saúde respectivo e pela CIB, mediante resolução. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 27, II)

§ 1º A fim de julgar o pedido de redução da capacidade operacional, a área técnica avaliará a justificativa e os documentos encaminhados, podendo solicitar parecer jurídico (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 27, § 1º)

§ 2º Quanto às UPA 24h Novas e Ampliadas em funcionamento, com portaria de habilitação e/ou qualificação publicadas pelo Ministério da Saúde, poderá o gestor solicitar nova opção de custeio, desde que atendidas as condições previstas no presente artigo. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 27, § 2º)

§ 3º Para as UPA 24h Novas e Ampliadas em funcionamento, com processos formalizados e com parecer favorável da CGUE/DAHU/SAS/MS, tramitando com vistas à publicação de portaria, poderá o gestor solicitar nova opção de custeio, desde que atendidas as condições definidas no presente artigo. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 27, § 3º)

Art. 894. Nas situações em que a opção de custeio implique a ampliação da capacidade operacional correspondente ao modelo no qual foi habilitada em investimento, o gestor deverá apresentar ao Ministério da Saúde, a solicitação formal devidamente justificada e instruída com os documentos comprobatórios: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 28)

I - Plano de funcionamento da UPA 24h contemplando a

descrição da capacidade instalada, abarcando espaço físico, equipamentos, mobiliário, e Equipe Assistencial Multiprofissional, adequada à nova capacidade operacional proposta; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 28, I)

II - Adequação do Plano de Ação Regional de Atenção Integral às Urgências, ou outro instrumento que vier a substituí-lo, indicando a nova condição de funcionamento da UPA 24h e os novos fluxos de atenção às urgências na região; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 28, II)

III - Termo de Compromisso de Funcionamento da UPA 24h, nas condições definidas na portaria de habilitação em custeio, e monitoramento do plano proposto, pactuado e assinado pelo ente federado interessado, com aprovação do Conselho de Saúde respectivo e pela CIB, mediante resolução. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 28, III)

§ 1º A fim de julgar o pedido de ampliação da capacidade operacional, a área técnica avaliará a justificativa e os documentos encaminhados, podendo solicitar parecer jurídico. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 28, § 1º)

§ 2º Quanto às UPA 24h Novas e Ampliadas em funcionamento, com portaria de habilitação e/ou qualificação publicadas pelo Ministério da Saúde, poderá o gestor solicitar nova opção de custeio, desde que atendidas as condições previstas no presente artigo. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 28, § 2º)

§ 3º Para as UPA 24h Novas e Ampliadas em funcionamento, com processos formalizados e com parecer favorável da CGUE/DAHU/SAS/MS, tramitando com vistas à publicação de portaria, poderá o gestor solicitar nova opção de custeio, desde que atendidas as condições definidas no presente artigo. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 28, § 3º)

§ 4º Excepcionalmente, para suprir o aumento da demanda, levando-se em conta a sazonalidade loco-regional, o ente federativo interessado deverá oficializar para o Ministério da Saúde proposta de aumento de capacidade de atendimento instalado, de acordo com o estabelecido nos arts. 889, 890 e 891 . A referida proposta deverá conter um novo Termo de Compromisso de Funcionamento da Unidade, que justifique o quantitativo e o período de duração de variação sazonal da população do território, sendo que a proposta deverá ser previamente pactuada na CIB para posterior avaliação e aprovação do Ministério da Saúde. A avaliação do Ministério da Saúde levará em conta a disponibilidade orçamentária para tal. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 28, § 4º)

Art. 895. O repasse de incentivo financeiro de custeio mensal para UPA 24h Ampliada condiciona-se à publicação de portaria de qualificação do estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 32)

Art. 896. No caso de descumprimento dos requisitos a que se refere o Título IV, do Livro II, do Anexo III, da Portaria de Consolidação nº 3, verificado por meio de visita técnica a qualquer tempo, ou de comunicação dos órgãos de controle interno e externo, o Ministério da Saúde, poderá suspender o repasse do recurso de custeio. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 41)

§ 1º O recurso de custeio poderá ser reestabelecido caso seja comprovada ao Ministério da Saúde a regularização da situação que ensejou a suspensão do repasse de recursos financeiros de que trata o caput. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 41, § 1º)

§ 2º O Ministério da Saúde não arcará com os valores correspondentes aos meses em que o custeio permaneceu suspenso em decorrência do descumprimento da disciplina a que se refere o Título IV, do Livro II, do Anexo III, da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 41, § 2º)

Art. 897. Os recursos financeiros para a execução das atividades de que trata esta Seção são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 46)

I - O Programa de Trabalho 2015 - Aperfeiçoamento do SUS, na Ação 10.302.2015.8933 - Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 46, III)

II - O Programa de Trabalho 2015 - Aperfeiçoamento do SUS, na Ação 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 46, IV)

Art. 898. Quanto às habilitações ou qualificações anteriores à data da publicação da Portaria nº 10/GM/MS, de 03 de janeiro de 2017, serão mantidos os recursos de custeio vigentes, não necessitando de novas publicações, desde que cumpridos os requisitos estabelecidos na disciplina a que se refere o Título IV, do Livro II, do Anexo III, da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 48)

Seção V

Do Financiamento de Investimento de Unidades de Pronto Atendimento 24 Horas (UPA 24h) como Componente da Rede de Atenção às Urgências

Art. 899. As UPA 24h habilitadas em investimento até 31 de dezembro de 2014 mantêm a classificação em portes I, II, e III, para o fim específico de conclusão do financiamento do investimento aprovado, sem prejuízo da concessão do custeio, na forma prevista nos arts. 889 e 890 , e nos termos do Anexo 10 do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 13)

Parágrafo Único. A definição dos portes da UPA 24h, prevista no quadro acima, poderá variar de acordo com a realidade loco regional, levando-se em conta a sazonalidade apresentada por alguns tipos de afecções, como, por exemplo, o aumento de demanda por doenças respiratórias verificado na clínica pediátrica e na clínica de adultos/idosos durante o inverno, dentre outras. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 900. O recurso de investimento destinado à UPA 24h, em processo de financiamento e com portaria de habilitação publicada, regula-se conforme os seus portes e a gradação, nos termos do Anexo 11 do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 14)

Parágrafo Único. Caso o custo final da edificação, aquisição de mobiliário e/ou equipamentos seja superior ao valor de investimento repassado pelo Ministério da Saúde, a diferença resultante será de responsabilidade do gestor e deverá estar em consonância com o pactuado na Comissão Intergestores Bipartite - CIB. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 901. Para as UPA 24h habilitadas até 4 de março de 2013, excepcionalmente, o ente federado poderá apresentar proposta para aquisição de equipamentos e mobiliários, que deverá conter os documentos exigidos neste Título e declaração de que os recursos financeiros transferidos ao ente federado interessado: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 15)

I - foram ou serão integralmente utilizados na obra da UPA 24h, sem qualquer saldo financeiro do valor repassado pelo Ministério da Saúde destinado à aquisição de equipamentos para a UPA 24h; ou (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 15, I)

II - foram ou serão utilizados para a realização da obra, com saldo financeiro do valor repassado pelo Ministério da Saúde insuficiente para a aquisição dos equipamentos necessários destinados ao funcionamento da UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 15, II)

§ 1º A aprovação da proposta de que trata o caput deverá observar os limites definidos no art. 901. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 15, § 1º)

§ 2º A proposta aprovada terá a sua formalização efetivada pelo Ministério da Saúde mediante edição de portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 15, § 2º)

§ 3º A aprovação da proposta ficará vinculada à disponibilidade orçamentária da União. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 15, § 3º)

Art. 902. Os recursos de investimento para UPA 24h que se encontrem em processo de financiamento, cuja portaria de habilitação tenha sido publicada, serão repassados pelo Fundo Nacional de Saúde ao respectivo fundo estadual de saúde, Fundo de Saúde do Distrito Federal ou fundo municipal de saúde em parcelas, na forma definida no Anexo LXVII . (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 16)

I - a primeira parcela será repassada após a publicação da portaria específica; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 16, I)

II - a segunda parcela será transferida após inserção no endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde dos seguintes documentos e informações, bem como da emissão de parecer técnico favorável pelo Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 16, II)

a) ordem de início do serviço, assinada pelo gestor e por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia e Agronomia (CREA) ou Conselho de Arquitetura e Urbanismo (CAU); (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 16, II, a)

b) fotos correspondentes às etapas de execução da obra; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 16, II, b)

c) informações requeridas no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 16, II, c)

III - a terceira parcela será repassada após a conclusão da edificação da UPA 24h, nos termos da alínea b, I, art. 73 da Lei nº 8666/1993, a inserção no endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde dos seguintes documentos, bem como da emissão parecer técnico favorável pelo Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 16, III)

a) termo definitivo de recebimento da obra da UPA 24h, assinado pelo responsável técnico da obra e pelo gestor; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 16, III, a)

b) fotos correspondentes às etapas de execução e à conclusão da obra; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 16, III, b)

c) demais informações requeridas no endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 16, III, c)

§ 1º Após a conclusão da obra de ampliação da UPA 24h, o gestor deverá inserir o atestado de conclusão da obra no SISMOB, disponível no endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 16, § 1º)

§ 2º O gestor é responsável pela contínua atualização das informações da UPA 24h no SISMOB, disponível no endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, responsabilizando-se, ainda, pela veracidade e qualidade dos dados fornecidos. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 16, § 2º)

§ 3º Atendidos os requisitos do inciso III e respectivas alíneas, fica considerado concluído o objeto para fins do incentivo financeiro de investimento repassado de que trata a Seção V do Capítulo II do Título VIII. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 16, § 3º)

Art. 903. Em situações excepcionais, quando requerido pelo ente federado beneficiário, mediante avaliação técnica da CGUE/DAHU/SAS/MS e existindo disponibilidade orçamentária, a UPA 24h Nova habilitada para recebimento do recurso de investimento, já em processo de financiamento e com portaria publicada, poderá sofrer mudança de porte e a UPA 24h Ampliada habilitada para recebimento do recurso de investimento poderá sofrer mudança de metragem, desde que devidamente atendidos os requisitos previstos na disciplina a que se refere o Título IV, do Livro II, do Anexo III, da Portaria de Consolidação nº 3 para o novo porte ou mudança de metragem, a disponibilidade orçamentária e a aprovação pela Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 17)

§ 1º Na hipótese prevista no caput, a diferença a maior ou a menor no valor do recurso de investimento decorrente da mudança de porte da UPA 24h Nova será compensada no repasse da parcela seguinte do recurso de investimento devido. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 17, § 1º)

§ 2º No caso da UPA 24h Ampliada, caso ocorra mudança de metragem no projeto original, haverá novo cálculo do recurso de investimento com base na nova metragem e a diferença a maior ou a menor do valor será compensada no repasse da parcela seguinte do recurso de investimento, existindo disponibilidade orçamentária.(Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 17, § 2º)

§ 3º Na hipótese antecedente, o ente federado beneficiário terá o prazo de 9 (nove) meses para a finalização da construção, a contar da data do efetivo repasse dessa parcela. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 17, § 3º)

§ 4º Em situações em que o novo valor de recurso de investimento, resultante da nova metragem referente à ampliação da UPA 24h Ampliada, for menor do que o repassado na 1ª parcela, o ente federado deverá devolver o recurso de investimento devido. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 17, § 4º)

§ 5º O total da nova metragem referida no § 2º não poderá ultrapassar o valor total do recurso de investimento previsto para cada porte de UPA 24h Ampliada. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 17, § 5º)

§ 6º A alteração de porte apenas poderá ocorrer na etapa de ação preparatória, sendo vedada na situação de obra em execução. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 17, § 6º)

Art. 904. A definição do valor do recurso de investimento para a UPA 24h Ampliada considerará a área a ser ampliada e deverá atender ao estabelecido pela ANVISA, bem como aos regulamentos técnicos de projetos e às legislações específicas para construções e estruturas físicas de estabelecimentos assistenciais de saúde.(Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 18)

Art. 905. Os entes federados contemplados com recurso de investimento para UPA 24h, cuja obra se encontra em processo de financiamento em conformidade com a portaria respectiva publicada, ficam sujeitos ao cumprimento dos seguintes prazos para execução e conclusão das obras e início do efetivo funcionamento da UPA 24h: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 34)

I - no caso de UPA 24h Nova: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 34, I)

a) 9 (nove) meses, a contar da data da transferência da primeira parcela do recurso de investimento ao respectivo Fundo de Saúde, para apresentar os documentos necessários ao recebimento da segunda parcela; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 34, I, a)

b) 18 (dezoito) meses, a contar da data da transferência da segunda parcela do recurso de investimento no respectivo Fundo de Saúde, para conclusão da obra; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 34, I, b)

c) 90 (noventa) dias, a contar da data da transferência do recurso de investimento relativo à terceira parcela, para início do funcionamento da UPA 24h Nova. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 34, I, c)

II - no caso de UPA 24h Ampliada: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 34, II)

a) 9 (nove) meses, a contar da data da transferência da primeira parcela do recurso de investimento para o respectivo Fundo de Saúde, para apresentar os documentos necessários ao recebimento da segunda parcela; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 34, II, a)

b) 18 (dezoito) meses, a contar da data da transferência da primeira parcela do recurso de investimento, para conclusão da obra; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 34, II, b)

c) 90 (noventa) dias, após a inserção do atestado de conclusão da obra, para dar continuidade ou reiniciar o funcionamento da UPA 24h Ampliada. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 34, II, c)

Art. 906. Na hipótese de descumprimento dos prazos definidos no Anexo 6 do Anexo XX da Portaria de Consolidação nº 5, a CGUE/DAHU/SAS/MS notificará o respectivo gestor, para que, em 30 (trinta) dias, apresente justificativa do atraso com a respectiva documentação comprobatória. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 35)

§ 1º A CGUE/DAHU/SAS/MS terá 30 (trinta) dias para analisar a documentação apresentada e cientificar o interessado quanto à sua decisão, a qual poderá ser: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 35, § 1º)

I - aceitação da justificativa; ou (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 35, § 1º, I)

II - não aceitação da justificativa. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 35, § 1º, II)

§ 2º A justificativa apresentada pelo gestor deverá fixar novo prazo referente ao disposto no art. 905, e, em caso de seu descumprimento, a CGUE/DAHU/SAS/MS elaborará relatório circunstanciado acerca do fato e o encaminhará ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 35, § 2º)

§ 3º Em caso de não aceitação da justificativa, a CGUE/DAHU/SAS/MS poderá notificar o gestor solicitando informação adicional, a ser apresentada no prazo de 30 (trinta) dias, e, após esgotadas as vias administrativas, a CGUE/DAHU/SAS/MS elaborará relatório circunstanciado acerca do fato e o encaminhará ao DENASUS. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 35, § 3º)

Art. 907. Os pedidos de recurso de investimento apresentados ao Ministério da Saúde durante a vigência da Portaria 1.020/GM/MS, de 13 de maio de 2009, Portaria 1.171/GM/MS, de 5 de junho de 2012, e Portaria 342/GM/MS, de 4 de março de 2013, serão analisados conforme as regras desta Seção e da disciplina a que se refere o art. 70 do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 36)

Parágrafo Único. A UPA 24h financiada durante a vigência das portarias citadas e com prazos de construção expirados seguirão o

estabelecido no art. 905. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 36, Parágrafo Único)

Art. 908. Os recursos financeiros para a execução das atividades de que tratam esta Seção são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 46)

I - O Programa de Trabalho 2015 - Aperfeiçoamento do SUS, na Ação 10.302.2015.12L4 - Implantação, Construção e Ampliação de UPA 24hs de Pronto Atendimento - UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 46, I)

II - O Programa de Trabalho 2015 - Aperfeiçoamento do SUS, na Ação 10.302.2015.8535 - Estruturação de UPA 24hs de Atenção Especializada em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 46, II)

Art. 909. Os pedidos de recursos de investimento apresentados ao Ministério da Saúde durante a vigência da Portaria nº 1.020/GM/MS, de 13 de maio de 2009, da Portaria nº 1.171/GM/MS, de 5 de junho de 2012, e da Portaria nº 342/GM/MS, de 4 de março de 2013, serão analisados conforme as regras constantes nessas Portarias, o que não acarretará ônus ao ente federado beneficiário quanto aos financiamentos concedidos. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 47)

Seção VI

Dos Incentivos Financeiros de Investimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências

Art. 910. Fica instituído incentivo financeiro de investimento para construção de novas Centrais de Regulação das Urgências do Componente SAMU 192 ou para ampliação daquelas já existentes, na seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 12)

I - municípios com até 350.000 (trezentos e cinquenta mil) habitantes - R$ 216.000,00 (duzentos e dezesseis mil reais); (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 12, I)

II - municípios com 350.001 (trezentos e cinquenta mil e um) a 3.000.000 (três milhões) de habitantes - R$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil reais); e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 12, II)

III - municípios com população acima de 3.000.000 (três milhões) habitantes - R$ 440.000,00 (quatrocentos e quarenta mil reais). (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 12, III)

Parágrafo Único. O incentivo de que trata este artigo não poderá ser utilizado para construção ou ampliação de Centrais de Regulação das Urgências situadas em imóveis locados. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 12, Parágrafo Único)

Art. 911. Fica instituído incentivo financeiro de investimento para a aquisição de materiais e mobiliário para as Centrais de Regulação das Urgências, observados os valores estabelecidos no Anexo LXXIX . (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 13)

Art. 912. Fica instituído incentivo financeiro de investimento para a aquisição de equipamentos de tecnologia de Rede de Informática, segundo valores fixados no Anexo LXXX . (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 14)

Art. 913. O repasse dos incentivos financeiros instituídos nesta Seção ficará condicionado ao envio do respectivo detalhamento técnico para a CGUE/DAHU/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 15)

Parágrafo Único. O detalhamento técnico do componente SAMU 192 será encaminhado por meio do Sistema de Proposta de Projetos Fundo a Fundo, disponível no sitio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (www.fns.saude.gov.br). (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 914. O detalhamento técnico do componente SAMU 192 e sua Central de Regulação das Urgências deve ser aprovado pelos gestores do SUS na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), tendo como base as diretrizes estabelecidas no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e na regulamentação a que se refere o Capítulo I, do Título II, do Livro II, do Anexo III, da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 16)

Art. 915. O detalhamento técnico do componente SAMU 192 deve conter: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 17)

I - informações dos municípios abrangidos pelo componente SAMU 192 e do município da Central de Regulação das Urgências, com as seguintes exigências mínimas: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 17, I)

a) CEP e o complemento do endereço da Central de Regulação das Urgências; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 17, I, a)

b) informação dos Municípios que terão Bases Descentralizadas e as ambulâncias a serem distribuídas; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 17, I, b)

II - resolução da CIB que aprova o detalhamento técnico do componente SAMU 192; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 17, II)

III - documento da Grade de Referência, com discriminação de todos os pontos de atenção da rede que deverão se articular com o componente SAMU 192, incluindo unidades de saúde de referência por especialidades, de maneira regionalizada; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 17, III)

IV - documento contendo georreferenciamento das principais Unidades de Saúde Fixa e unidades móveis do SAMU 192 da região, com a disposição das principais unidades de saúde, Central de Regulação das Urgências e Ambulâncias do SAMU 192 dentro de um mapa da malha viária da região, contendo a indicação das distâncias intermunicipais; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 17, IV)

V - Plano de Ação Regional de Atenção Integral às Urgências ou, na sua ausência, compromisso formal do gestor de que o componente SAMU 192 estará inserido dentro do Plano; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 17, V)

VI - ata de aprovação do SAMU 192 pelo Comitê Gestor de Atenção às Urgências; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 17, VI)

VII - documento de adesão ao SAMU 192 dos Municípios integrantes; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 17, VII)

VIII - Termo de Compromisso de aplicação de recursos financeiros e descrição da localidade de repasse de recursos financeiros; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 17, VIII)

IX - projeto arquitetônico; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 17, IX)

X - cronograma físico e financeiro da obra; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 17, X)

XI - Memorial Descritivo da Obra; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 17, XI)

XII - documento de Registro de Imóvel ou termo de cessão de uso para imóveis próprios ou contrato de locação para imóveis locados; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 17, XII)

XIII - documento solicitando o recurso para construção, ampliação ou reforma. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 17, XIII)

§ 1º O incentivo financeiro de investimento instituído no art. 910 somente será repassado quando apresentado o documento de Registro do Imóvel, não sendo aceitos, para esse fim, o termo de cessão de uso e o contrato de locação. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 17, § 1º)

§ 2º O projeto arquitetônico das Centrais de Regulação das Urgências e das Bases Descentralizadas seguirá: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 17, § 2º)

I - as normativas da ANVISA para estabelecimentos de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 17, § 2º, I)

II - o disposto no Capítulo II do Título II do Livro II do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3, que estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais de Regulação das Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 17, § 2º, II)

Art. 916. Uma vez aprovado o detalhamento técnico pela SAS/MS, será editada portaria específica de liberação dos recursos financeiros de incentivo para construção e/ou ampliação da Central de Regulação das Urgências, aquisição de materiais, mobiliário, equipamentos de tecnologia da rede de informática e demais equipamentos. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 18)

Parágrafo Único. Caso o custo da obra da Central de Regulação e/ou a aquisição de mobiliário, materiais e equipamentos seja superior ao incentivo repassado pelo Ministério da Saúde, a diferença resultante deverá correr por conta dos gestores de saúde locais, conforme pactuado na CIB. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 18, Parágrafo Único)

Art. 917. Após a conclusão da obra da Central de Regulação das Urgências, será encaminhada à CGUE/DAHU/SAS/MS a documentação descrita a seguir: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 19)

I - documento de finalização da obra; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 19, I)

II - portaria de nomeação do Coordenador-Geral, Médico e de Enfermagem do SAMU; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 19, II)

III - documento comprovando funcionalidade do dígito 192 para recebimento de chamados (tronco 192) em toda área de cobertura e de que forma será o sistema de comunicação entre as unidades móveis e a Central de Regulação das Urgências; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 19, III)

IV - documento solicitando curso de Regulação Médica; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 19, IV)

V - documento solicitando a liberação das unidades móveis. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 19, V)

§ 1º A documentação descrita no caput será encaminhada por meio do Sistema de Proposta de Projetos Fundo a Fundo, disponível no endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (www.fns.saude.gov.br). (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 19, § 1º)

§ 2º Caberá a equipe técnica da CGUE/DAHU/SAS/MS avaliar a documentação encaminhada e emitir parecer técnico de aprovação da obra concluída e das demais condições de funcionamento do componente SAMU 192. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 19, § 2º)

Art. 918. Ficam estabelecidos os seguintes prazos máximos: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 20)

I - 9 (nove) meses para conclusão da obra aprovada, a contar da data da liberação dos recursos financeiros de incentivo para construção ou ampliação da Central de Regulação das Urgências; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 20, I)

II - 90 (noventa) dias para que o componente SAMU 192 inicie efetivo funcionamento, a contar do recebimento das unidades móveis. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 20, II)

Parágrafo Único. Caso sejam descumpridos quaisquer dos prazos definidos no "caput", o gestor estará sujeito à devolução imediata dos recursos financeiros e unidades móveis repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, resguardado o direito ao contraditório e à ampla defesa. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 20, Parágrafo Único)

Seção VII

Dos Incentivos Financeiros de Custeio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências

Art. 919. Fica instituído incentivo financeiro de custeio para reforma das Centrais de Regulação das Urgências já existentes e que pretendam se regionalizar, na seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 21)

I - municípios com até 350.000 (trezentos e cinquenta mil) habitantes - R$ 100.000,00 (cem mil reais); (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 21, I)

II - municípios com 350.001 (trezentos e cinquenta mil e um) a 1.500.000 (um milhão e quinhentos mil) habitantes - R$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais); (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 21, II)

III - municípios com 1.500.001 (um milhão, quinhentos mil e um) a 4.000.000 (quatro milhões) habitantes - R$ 175.000,00 (cento e setenta e cinco mil reais); e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 21, III)

IV - municípios com população a partir de 4.000.001 (quatro milhões e um) habitantes - R$ 200.000,00 (duzentos mil reais). (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 21, IV)

Art. 920. Os requisitos para recebimento do incentivo financeiro instituído no art. 919 são os mesmos definidos nos arts. 915, 916, 917 e 918 . (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 22)

Art. 921. Fica instituído incentivo financeiro de custeio das Centrais de Regulação das Urgências, conforme disposto no Anexo LXXXI . (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 23)

Parágrafo Único. O incentivo financeiro instituído no "caput" será acrescido de 30% (trinta por cento) para custeio das Centrais de Regulação das Urgências e Bases Descentralizadas situadas na região da Amazônia Legal. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 23, Parágrafo Único)

Art. 922. Em caso de aumento de cobertura populacional de uma Central de Regulação das Urgências, com consequente mudança no porte populacional, será repassado o recurso financeiro complementar, para adequação dos novos postos de trabalho. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 24)

§ 1º Os recursos financeiros complementares serão repassados após a habilitação e o início do funcionamento efetivo das novas equipes. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 24, § 1º)

§ 2º A habilitação das novas equipes ficará sujeita ao encaminhamento à CGUE/DAHU/SAS/MS da seguinte documentação: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 24, § 2º)

I - Resolução da CIB que aprova a alteração do detalhamento técnico do componente SAMU 192 inicialmente aprovado; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 24, § 2º, I)

II - documento do gestor informando e justificando a mudança do porte populacional; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 24, § 2º, II)

III - planta de área física de adequação da Central de Regulação das Urgências para os novos postos de trabalho. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 24, § 2º, III)

Art. 923. Fica instituído incentivo financeiro de custeio para manutenção das unidades móveis efetivamente implantadas, na seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 25)

I - Equipe de Embarcação: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 25, IV)

a) Embarcação habilitada - R$ 45.000,00 (quarenta e cinco mil reais) por mês; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 25, IV, a)

b) Embarcação habilitada e qualificada - R$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) por mês; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 25, IV, b)

II - Motolância: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 25, V)

a) Motolância habilitada - R$ 7.000,00 (sete mil reais) por mês; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 25, V, a)

b) Motolância habilitada e qualificada - R$ 7.000 (sete mil reais) por mês; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 25, V, b)

III - Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 25, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 1473/2013)

a) Unidade habilitada - R$ 13.125,00 (treze mil e cento e vinte cinco reais) por mês; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 25, I, a)

b) Unidade habilitada e qualificada - R$ 21.919,00 (vinte e mil e novecentos e dezenove reais) por mês. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 25, I, b)

IV - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 25, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 1473/2013)

a) Unidade habilitada - R$ 38.500,00 (trinta e oito mil e quinhentos reais) por mês; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 25, II, a)

b) Unidade habilitada e qualificada - R$ 48.221,00 (quarenta e oito mil e duzentos e vinte e um reais) por mês. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 25, II, b)

V - Unidade Aeromédica: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 25, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 1473/2013)

a) Unidade habilitada - R$ 38.500,00 (trinta e oito mil e quinhentos reais) por mês; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 25, III, a)

b) Unidade habilitada e qualificada - R$ 48.221,00 (quarenta e oito mil e duzentos e vinte e um reais) por mês. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 25, III, b)

VI - Veículo de Intervenção Rápida - VIR: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 25, VI) (com redação dada pela PRT MS/GM 1473/2013)

a) Unidade habilitada - R$ 38.500,00 (trinta e oito mil e quinhentos reais) por mês; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 25, VI, a)

b) Unidade habilitada e qualificada - R$ 48.221,00 (quarenta e oito mil e duzentos e vinte e um reais) por mês. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 25, VI, b)

Parágrafo Único. O incentivo financeiro instituído no "caput" será acrescido de 30% (trinta por cento) para custeio das unidades móveis localizadas em municípios situados na região da Amazônia Legal. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 25, Parágrafo Único)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300619

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 924. As unidades do Componente SAMU 192 serão habilitadas mediante a demonstração de efetivo funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 26)

Art. 925. A demonstração do efetivo funcionamento se dará pelo encaminhamento de documentação para a CGUE/DAHU/SAS/MS, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 27)

I - para as Centrais de Regulação das Urgências e Bases Descentralizadas, o gestor de saúde interessado deverá demonstrar o funcionamento efetivo da unidade mediante a apresentação da seguinte documentação: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 27, I)

a) documento do gestor solicitando o incentivo financeiro de custeio, devendo-se pormenorizar todas as unidades móveis que compõem a Central de Regulação das Urgências e/ou a Base Descentralizada; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 27, I, a)

b) escala dos profissionais em exercício na Central de Regulação das Urgências, com caracterização de vínculo empregatício; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 27, I, b)

c) parecer do Coordenador-Geral do SAMU 192 Regional, informando a data de início de funcionamento/operacionalização do serviço; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 27, I, c)

d) termo de compromisso do gestor acerca da manutenção da padronização visual da Central de Regulação das Urgências; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 27, I, d)

e) declaração do Coordenador do SAMU 192 acerca da existência e funcionamento de sistema de comunicação entre Central de Regulação e equipes das unidades móveis; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 27, I, e)

f) declaração da empresa de telefonia de que o dígito 192 está em funcionamento em toda a área de abrangência da Central de Regulação das Urgências, conforme o estabelecido no art. 2º do Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 27, I, f)

g) declaração de capacitação dos profissionais da Central de Regulação das Urgências, obedecidos os conteúdos e cargas horárias mínimas contidas no Regulamento Técnico da Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 27, I, g)

II - para as Unidades Móveis, o gestor de saúde deverá demonstrar o funcionamento efetivo da unidade mediante a apresentação da seguinte documentação: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 27, II)

a) cópia do seguro contra sinistro das unidades de suporte básico (USB) e/ou unidades de suporte avançado (USA), das Ambulanchas, das Motolâncias, das Aeronaves e dos Veículos de Intervenção Rápida, ou documento do gestor contendo termo de compromisso de existência do seguro contra sinistro; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 27, II, a)

b) escala dos profissionais em exercício nas Unidades Móveis SAMU 192, com caracterização de vínculo empregatício; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 27, II, b)

c) cópia do licenciamento automotivo e do pagamento do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) referente às Unidades Móveis SAMU 192; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 27, II, c)

d) termo de compromisso do gestor acerca da garantia de manutenção das Unidades Móveis SAMU 192; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 27, II, d)

e) declaração de capacitação dos profissionais das unidades Móveis, obedecidos os conteúdos e cargas horárias mínimas contidas no Regulamento Técnico da Portaria nº 2.048/GM/MS, de 05 de novembro de 2002; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 27, II, e)

f) termo de compromisso do gestor informando que a(s) aeronave(s) atende(m) a todas as regulamentações aeronáuticas vigentes; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 27, II, f)

g) comprovação do Curso de Capacitação de Motociclista Socorrista, emitido pela instituição prestadora com lista nominal dos participantes, e do Curso Obrigatório para Capacitação de Condutores de Veículos de Emergência, para as motolâncias; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 27, II, g)

h) termo de compromisso do gestor acerca da compra dos uniformes das equipes assistenciais, obedecendo ao padrão visual estabelecido pelo Ministério da Saúde, e da aquisição de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e equipamentos obrigatórios de segurança (capacete, colete, dentre outros) de acordo com o programa mínimo para implantação das motolâncias; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 27, II, h)

i) termo de compromisso do gestor acerca da manutenção da padronização visual das Bases Descentralizadas, das Unidades Móveis SAMU 192 e dos uniformes para as equipes, conforme normatização específica constante do manual de identidade visual que pode ser acessado no endereço eletrônico: www.saude.gov.br/samu; e(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 27, II, i)

j) parecer do Coordenador-Geral do SAMU 192 Regional informando a data de início de funcionamento/operacionalização das Unidades Móveis SAMU 192. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 27, II, j)

Parágrafo Único. Aprovada a documentação listada nos incisos I e II do "caput", a SAS/MS publicará portaria específica de habilitação da Central de Regulação das Urgências, da Base Descentralizada e/ou das Unidades Móveis do Componente SAMU 192, para fins de torná-las aptas ao recebimento dos recursos de custeio relativos às unidades habilitadas. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 27, Parágrafo Único)

Art. 926. A unidade do Componente SAMU 192, já habilitada terá direito à qualificação, com a alteração de valores de custeio de que trata esta Seção, mediante a apresentação dos seguintes documentos à CGUE/DAHU/SAS/MS: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 28)

I - documento do gestor de saúde solicitando custeio diferenciado para a Central de Regulação das Urgências, para as Bases Descentralizadas e/ou para a Unidade Móvel; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 28, I)

II - Plano de Ação Regional do componente SAMU 192 da Rede de Atenção às Urgências contemplando a organização de toda a Rede de Atenção às Urgências em cada um de seus componentes ou termo de compromisso do gestor de saúde de que em até 1 (um) ano apresentará o seu Plano de Ação Regional; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 28, II)

III - declaração do gestor de saúde acerca da existência e funcionamento de algum "software" de regulação de urgências e emergências que garanta confiabilidade e integridade da informação, possibilitando a transparência do processo e acesso direto às informações por parte dos gestores; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 28, III)

IV - grade de referência atualizada da Rede de Atenção às Urgências; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 28, IV)

V - relatório de capacitação permanente dos servidores vinculados ao componente SAMU 192, com carga horária e conteúdo programático, como forma de garantia de qualificação do serviço, observadas as peculiaridades da assistência em cada região. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 28, V)

Parágrafo Único. O repasse dos valores diferenciados relativos à qualificação ocorrerá a partir da data de aprovação da qualificação pela SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 28, Parágrafo Único)

Art. 927. Caberá à SAS/MS decidir acerca da solicitação de qualificação, mediante avaliação técnica da documentação listada no art. 926. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 29)

Parágrafo Único. Se necessário, a SAS/MS poderá realizar visita técnica, para fins de atestar: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 29, Parágrafo Único)

I - a manutenção da padronização da estrutura física visual da Central de Regulação Médica e Bases Descentralizadas do SAMU 192; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 29, Parágrafo Único, I)

II - a padronização visual dos uniformes das equipes; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 29, Parágrafo Único, II)

III - as condições de funcionamento do serviço e avaliação do cumprimento do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 29, Parágrafo Único, III)

Art. 928. A qualificação da Central de Regulação das Urgências, das Bases Descentralizadas e das Unidades Móveis do SAMU 192 será válida por 2 (dois) anos, devendo ser renovada em novo processo de avaliação pela CGUE/DAHU/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 30)

Art. 929. Para manutenção do incentivo financeiro de custeio diferenciado para unidades qualificadas, o gestor de saúde deverá encaminhar à CGUE/DAHU/SAS/MS, a cada 6 (seis) meses, relatório descritivo analítico contendo: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 31)

I - indicação de todas as unidadesmóveis que compõem a Central de Regulação das Urgências; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 31, I)

II - compromisso do gestor de saúde de efetiva realização de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médicos e Unidades Móveis; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 31, II)

III - comprovação de vigência do seguro contra sinistro para as Unidades Móveis; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 31, III)

IV - escala de serviço atual dos profissionais da Central de Regulação das Urgências e das equipes das Unidades Móveis reguladas; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 31, IV)

V - a análise dos indicadores relativos ao período de 6 (seis) meses. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 31, V)

Art. 930. A qualificação poderá ser cancelada ou suspensa a qualquer momento, se descumpridos os requisitos obrigatórios estabelecidos nos arts. 926, 927 e 929 . (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 32)

Seção VIII

Das Condicionantes e da Suspensão do Repasse dos Incentivos Financeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências

Art. 931. A Central de Regulação das Urgências e as Unidades Móveis do Componente SAMU 192 incluirão mensalmente a produção realizada no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), conforme a Portaria nº 804/SAS/MS, de 28 de novembro de 2011. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 33)

Parágrafo Único. Os incentivos de custeio definidos nesta Seção ficarão vinculados aos registros mensais de produção no SIA/SUS, conforme o determinado neste artigo. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 33, Parágrafo Único)

Art. 932. O Ministério da Saúde suspenderá o repasse do incentivo de custeio destinado às Unidades Móveis do Componente SAMU 192 e/ou à respectiva Central de Regulação das Urgências nas seguintes hipóteses: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 34)

I - descumprimento dos requisitos de habilitação definidos nesta Seção; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 34, I)

II - descumprimento dos requisitos de qualificação definidos nesta Seção; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 34, II)

III - quantitativo de atendimento informado para cada Unidade Móvel do SAMU 192 ou para a Central de Regulação das Urgências inferior à meta estabelecida em portaria específica da SAS/MS, conforme Portaria nº 804/SAS/MS, de 2011, salvo em caso de justificativa apresentada pelo gestor e aceita pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 34, III)

IV - ausência de registro da produção no SIA/SUS por 3 (três) meses consecutivos, conforme a Portaria nº 804/SAS/MS, de 2011; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 34, IV)

V - constatação de irregularidades por órgãos de controle interno e/ou externo. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 34, V)

§ 1º O descumprimento dos requisitos de habilitação ou a constatação de irregularidades constatadas pelos órgãos de controle interno e/ou externo ensejará a suspensão ou o cancelamento do repasse de recursos destinados às unidades habilitadas, sem a geração de ônus retroativo para o Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 34, § 1º)

§ 2º O descumprimento dos requisitos de qualificação ensejará a suspensão ou o cancelamento do repasse de recursos destinados às unidades qualificadas, ficando o valor do repasse vinculado ao processo de habilitação, sem a geração de ônus retroativo para o Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 34, § 2º)

§ 3º Em todos os casos previstos neste artigo, o repasse do incentivo financeiro de custeio será retomado assim que regularizada a situação, de acordo com os requisitos estabelecidos na regulamentação a que se refere o Capítulo I, do Título II, do Livro II, do Anexo III, da Portaria de Consolidação nº 3, sem a geração de ônus retroativo para o Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 34, § 3º)

Art. 933. Os custos do componente SAMU 192 e da Central de Regulação das Urgências devem estar previstos no Plano de Ação Regional e o registro da produção no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) é obrigatório, mesmo não se convertendo em pagamento. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 35)

Art. 934. Desde que pactuado no Plano de Ação Regional, o Corpo de Bombeiros e a Polícia Rodoviária Federal cadastrados no SUS e que atuam de acordo com as recomendações previstas na Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002, deverão continuar utilizando os procedimentos Trauma I e Trauma II da Tabela SIA/SUS, para efeitos de registro e faturamento de suas ações. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 36)

Art. 935. Os recursos de custeio repassados pelo Ministério da Saúde no âmbito desta Seção deverão ser destinados exclusivamente à manutenção e qualificação do componente SAMU 192 e da Central de Regulação das Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 37)

Parágrafo Único. Os recursos financeiros a serem transferidos pelo Ministério da Saúde em decorrência do disposto nesta Seção não poderão ser utilizados para o financiamento de prestadores da iniciativa privada. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 37, Parágrafo Único)

Art. 936. Os recursos financeiros de investimento serão repassados às Secretarias de Saúde municipais ou estaduais qualificadas que se responsabilizarem pela gestão da Central de Regulação das Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 38)

Parágrafo Único. O repasse dos recursos dar-se-á de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos municipais, distrital ou estaduais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 38, Parágrafo Único)

Art. 937. A liberação dos recursos de que trata esta Seção ficará condicionada à disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 39)

Art. 938. As despesas de custeio mensal do componente SAMU 192 são de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, na seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 40)

I - União: 50% (cinquenta por cento) da despesa; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 40, I)

II - estado: no mínimo, 25% (vinte e cinco por cento) da despesa; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 40, II)

III - município: no máximo, 25% (vinte e cinco por cento) da despesa. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 40, III)

Parágrafo Único. A complementação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio mensal do Componente SAMU 192 é de responsabilidade conjunta dos estados e dos municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva CIB. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 40, Parágrafo Único)

I - Os valores referentes à parcela da União são aqueles definidos no âmbito desta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 40, Parágrafo Único, I)

II - Os valores do repasse financeiro para o custeio da Central de Regulação das Urgências (habilitadas e qualificadas) são considerados de referência e foram calculados com base em pesquisa amostral de custos de centrais de regulação das urgências existentes no território nacional no primeiro semestre do ano de 2011.(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 40, Parágrafo Único, II)

Art. 939. Os recursos orçamentários correspondentes à contrapartida da União, objeto desta Seção, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, no Programa de Trabalho 10.302.2015.8761 - Custeio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade (PO: 0001). (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 41)

Seção IX

Do Custeio do Veículo Motocicleta - Motolância como Integrante da Frota de Intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Toda a Rede SAMU 192

Art. 940. Ao Ministério da Saúde, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde, competirá realizar repasses, regulares e automáticos, de recursos aos respectivos fundos de saúde, para manutenção das equipes efetivamente implantadas, segundo o parâmetro de R$ 7.000,00 por mês por unidade de motocicleta. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 3º)

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

§ 1º O restante dos recursos necessários ao custeio das equipes das motocicletas, será coberto pelos estados e municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida em cada Comissão Intergestores Bipartite, de acordo com o já previsto para a manutenção do respectivo SAMU 192. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os recursos de custeio, repassados pelo Ministério da Saúde no âmbito desta Seção, deverão ser destinados exclusivamente à manutenção e qualificação dos SAMU. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 3º, § 2º)

Art. 941. As secretarias municipais e estaduais de Saúde que já utilizam motocicletas na intervenção do SAMU 192 e que desejarem mantê-las em circulação na frota deverão adaptar-se ao Capítulo III do Título II do Livro II do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3, sendo que passarão a fazer jus imediato aos recursos de custeio mediante apresentação ao Ministério da Saúde, para análise na Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGUE/DAHU/SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 6º)

I - de um breve histórico a respeito da utilização das motocicletas descrevendo a data de sua implantação, o tipo e a motorização; (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 6º, I)

II - termo de compromisso para adoção imediata do grafismo definido pelo Ministério da Saúde para as motocicletas do SAMU 192, conforme modelo Anexos 5 e 6 do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3; (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 6º, II)

III - cópia dos documentos de cada uma das motocicletas em condição de uso e que compõem a frota do SAMU 192, devendo elas estar com seus licenciamentos e seguros obrigatórios em dia; (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 6º, III)

IV - contrato de manutenção específico ou declaração do gestor dando garantia de manutenção para as respectivas motocicletas do SAMU; (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 6º, IV)

V - lista nominal de todos os profissionais que compõem a equipe de condutores das motocicletas, com suas modalidades de contratação; (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 6º, V)

VI - cópia das habilitações de todos os condutores das motocicletas, de acordo com a legislação; (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 6º, VI)

VII - escala mensal, dos últimos dois meses, dos condutores das motocicletas; e (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 6º, VII)

VIII - termo de ciência e compromisso, assinado pelo gestor estadual ou municipal, de que a secretaria municipal ou estadual de saúde, dependendo da pactuação estabelecida, aplicará os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, a título de custeio, no desenvolvimento das ações a que se refere o caput. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 6º, VIII)

§ 1º O pleito de qualificação deve ser submetido à apreciação do Colegiado de gestão regional (CGR), quando houver, e ser aprovado e priorizado nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) de cada Estado. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 6º, § 1º)

§ 2º As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) devem enviar ofício com as devidas priorizações à Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGUE/DAHU/SAS/MS), para homologação. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 6º, § 2º)

Art. 942. Os recursos orçamentários, contraparte da União, objeto desta Seção, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8761 - Custeio de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade (PO: 0001). (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 7º)

Parágrafo Único. As despesas decorrentes das atividades a que se refere o esta Seção ficam limitadas à dotação orçamentária do Programa de Trabalho mencionado acima. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 943. O valor destinado à contrapartida federal no custeio das motolâncias será submetido à revisão e, se necessário, a reajustes anuais, conforme avaliação e definição das instâncias técnicas competentes. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 8º)

Seção X

Do Incentivo Financeiro de Custeio, por Dia e por Leito, das Unidades de Cuidado Agudo ao Paciente com AVC e Unidades de Cuidado Integral ao Paciente com AVC

Art. 944. Fica instituído incentivo financeiro de custeio no valor de R$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) por dia por leito das Unidades de Cuidado Agudo ao paciente com Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Unidades de Cuidado Integral ao paciente com AVC, de acordo com a memória de cálculo disposta no Anexo LXXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 9º)

§ 1º No caso de U-AVC Agudo, o incentivo de que trata este artigo apenas custeará a permanência máxima do paciente na unidade por 3 (três) dias, com avaliação periódica pelo Gestor local do SUS e sujeito a eventuais auditorias. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 9º, § 1º)

§ 2º No caso de U-AVC Integral, o incentivo de que trata este artigo custeará a permanência do paciente na unidade por um prazo máximo de 15 (quinze) dias de internação, com avaliação periódica pelo Gestor local do SUS e sujeito a eventuais auditorias. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 9º, § 2º)

Art. 945. Serão financiados e custeados apenas os leitos de U-AVC Agudo e U-AVC Integral nas regiões metropolitanas com maior número de internações por AVC (acima de 800 (oitocentas) internações por AVC/ano), cujo parâmetro é de 20 (vinte) leitos ou fração para cada 800 (oitocentas) internações por AVC/ano. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 10)

Parágrafo Único. As capitais dos estados que não atinjam o parâmetro de 800 (oitocentas) internações por AVC/ano e tiverem necessidade de implantação de U-AVC Agudo ou U-AVC Integral poderão solicitar a citada habilitação, cuja pertinência será analisada e definida pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 946. O repasse do incentivo financeiro de custeio das Unidades de Cuidado Agudo ao paciente com Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Unidades de Cuidado Integral ao paciente com AVC fica condicionado à inserção das U-AVC Agudo e das U-AVC Integral no Plano de Ação Regional da RUE e ao cumprimento dos seguintes critérios de qualificação dos leitos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 11)

I - estabelecimento e adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos de acordo com a Linha de Cuidados em AVC; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 11, I)

II - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal (diarista), utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 11, II)

III - implantação de mecanismos de gestão da clínica, visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos e reorganização dos fluxos e processos de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 11, III)

IV - implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 11, IV)

V - garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 11, V)

VI - garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 11, VI)

VII - submissão à auditoria do Gestor Local do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 11, VII)

VIII - regulação integral pelas Centrais de Regulação. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 11, VIII)

Art. 947. Os recursos orçamentários necessários à implementação do disposto no Título VIII, do Livro II, do Anexo III, da Portaria de Consolidação nº 3 são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, onerando o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 15)

Seção XI

Dos Incentivos Financeiros de Investimento e Custeio para Ampliação e Adequação Tecnológica e Reforma de Unidade de Internação em Cuidados Prolongados (UCP)

Art. 948. Fica instituído incentivo financeiro de investimento para ampliação e adequação tecnológica de Unidade de Internação em Cuidados Prolongados (UCP), no valor de até R$ 10.000,00 (dez mil reais) por leito. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 21)

Parágrafo Único. O incentivo financeiro de que trata este artigo tem por objetivo viabilizar a qualificação da assistência, observados as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e os parâmetros definidos no Anexo 23 do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 949. O incentivo financeiro de investimento será condicionado à aprovação, pela CGHOSP/DAHU/SAS/MS, de projeto de implantação de UCP, com os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 22)

I - caracterização da situação de saúde regional, epidemiológica e demográfica; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 22, I)

II - especificação do número de UCP e Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP) e respectivas equipes multidisciplinares que se pretende implantar ou ampliar e o respectivo impacto financeiro, considerando-se as contrapartidas financeiras estaduais, distrital e/ou municipais, quando existirem; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 22, II)

III - descrição da infraestrutura, dos equipamentos e do mobiliário da UCP e HCP a ser implantado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 22, III)

IV - organização do processo de trabalho das equipes; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 22, IV)

V - definição de grades de referência entre os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 22, V)

VI - proposição de Plano de Educação Permanente em Saúde para as equipes multidisciplinares da UCP ou HCP a ser implantado, incluindo proposta de orientação para cuidadores e familiares; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 22, VI)

VII - descrição de proposta de monitoramento e avaliação para a UCP ou HCP a ser implantado; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 22, VII)

VIII - descrição arquitetônica e funcional da sala multiuso de reabilitação, de acordo com a organização dos Cuidados Prolongados. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 22, VIII)

Art. 950. O incentivo de investimento de que trata o art. 948 será repassado em parcela única ao fundo de saúde do ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 23)

Art. 951. A transformação de uma unidade de saúde já existente em HCP, mediante ampliação da estrutura física, poderá ser financiada via convênio firmado com o Ministério da Saúde, observadas as Normas de Cooperação Técnicas e Financeiras do Fundo Nacional de Saúde e desde que previsto no Plano de Ação Regional da RUE. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 24)

Parágrafo Único. Os recursos financeiros para ampliação de um estabelecimento hospitalar já existente em HCP deverá ser destinado a mudanças na ambiência e adequação tecnológica com vistas a viabilizar a qualificação da assistência, observados as normas da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) e os critérios a que se refere o Título I, do Livro II, do Anexo III, da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 24, Parágrafo Único)

Art. 952. Fica instituído incentivo financeiro de custeio para reforma destinado às UCP. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 25)

Art. 953. O incentivo de custeio para reforma será destinado a unidades de saúde já existentes para qualificação como UCP, no valor de até R$ 10.000,00 (dez mil reais) por leito. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 26)

Parágrafo Único. O incentivo financeiro de que trata este artigo tem por objetivo viabilizar a qualificação da assistência, observados as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e os parâmetros definidos no Anexo 23 do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 26, Parágrafo Único)

Art. 954. O incentivo financeiro de custeio para reforma será condicionado à aprovação, pela CGHOSP/DAHU/SAS/MS, de projeto de implantação de UCP, com os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 27)

I - caracterização da situação de saúde regional, epidemiológica e demográfica; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 27, I)

II - especificação do número de UCP e equipes multidisciplinares que se pretende implantar ou ampliar e o respectivo impacto financeiro, considerando-se as contrapartidas financeiras estaduais, distrital e/ou municipais, quando existirem; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 27, II)

III - descrição da infraestrutura da UCP a ser implantada; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 27, III)

IV - organização do processo de trabalho das equipes; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 27, IV)

V - definição de grades de referência entre os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 27, V)

VI - proposição de Plano de Educação Permanente em Saúde para as equipes multidisciplinares da UCP a ser implantada, incluindo proposta de orientação para cuidadores e familiares; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 27, VI)

VII - descrição de proposta de monitoramento e avaliação para a UCP a ser implantada; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 27, VII)

VIII - descrição arquitetônica e funcional da sala multiuso de reabilitação, de acordo com a organização dos Serviços em Cuidados Prolongados. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 27, VIII)

Art. 955. O incentivo financeiro de custeio de que trata o art. 952 será repassado em parcela única ao fundo de saúde do ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 28)

Art. 956. A cumulação dos incentivos financeiros de investimento e de custeio para reforma não poderá ultrapassar o montante total de R$ 10.000,00 (dez mil reais) por leito. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 29)

Art. 957. Fica instituído incentivo financeiro de custeio mensal destinado às UCP e/ou HCP habilitados, com redução progressiva do valor das diárias, conforme estabelecido abaixo: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 30)

I - 50% (cinquenta por cento) do total de diárias produzidas anualmente, por leito de UCP e HCP, com valor igual a R$ 300,00 (trezentos reais); (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 30, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 2042/2013)

II - 30% (trinta por cento) do total de diárias produzidas anualmente, por leito de UCP e HCP, com valor igual a R$ 200,00 (duzentos reais); e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 30, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2042/2013)

III - 20% (vinte) do total de diárias produzidas anualmente, por leito de UCP e HCP, com valor igual a R$ 100,00 (cem reais). (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 30, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2042/2013)

§ 1º O total de diárias produzidas será calculado a partir do número de leitos de UCP e HCP habilitados, considerando 85% (oitenta e cinco por cento) de taxa de ocupação hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 30, § 1º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2042/2013)

§ 2º Os percentuais estabelecidos nos incisos I a III deste artigo, consideram, respectivamente, que 50% (cinquenta por cento) pacientes a serem internados em UCP e HCP, permaneçam internados 60 (sessenta) dias, 30% (trinta por cento) permaneçam internados de 61 (sessenta e um) a 90 (noventa) dias, e 20% (vinte por cento) permaneçam internados por mais de 90 (noventa) dias. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 30, § 2º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2042/2013)

§ 3º O valor estabelecido no inciso III corresponde ao valor atual da diária paga em uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em leitos crônicos. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 30, § 3º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2042/2013)

Art. 958. Os percentuais estabelecidos no art. 957, incisos I, II e III , poderão ser reavaliados após 18 (dezoito) meses de produção realizada pelos leitos de UCP e HCP habilitados, considerando as informações constantes no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 30-A)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300621

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 959. Para habilitação de UCP, o estabelecimento hospitalar deverá: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 31)

I - possuir, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos cadastrados no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), com a seguinte estrutura mínima própria ou referenciada: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 31, I)

a) serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, contando com laboratório de análises clínicas e serviço de radiologia com funcionamento ininterrupto, nas 24 (vinte e quatro horas) do dia e nos 7 (sete) dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 31, I, a)

b) assistência nutricional; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 31, I, b)

c) assistência farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 31, I, c)

d) assistência odontológica; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 31, I, d)

e) terapia ocupacional; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 31, I, e)

II - garantir acesso, no próprio estabelecimento hospitalar ou em outro, com acesso formalizado, a todos os serviços necessários à complexidade do quadro clínico dos usuários. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 31, II)

Art. 960. Para habilitação de HCP, o estabelecimento hospitalar deverá: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 32)

I - estar cadastrado no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 32, I)

II - possuir, no mínimo, 40 (quarenta) leitos com a seguinte estrutura mínima própria ou referenciada: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 32, II)

a) serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, contando com laboratório de análises clínicas e serviço de radiologia com funcionamento ininterrupto, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 32, II, a)

b) assistência nutricional; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 32, II, b)

c) assistência farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 32, II, c)

d) assistência odontológica; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 32, II, d)

III - garantir o acesso, no próprio estabelecimento hospitalar ou em outro, com acesso formalizado, a todos os serviços necessários à complexidade do quadro clínico dos usuários; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 32, III)

IV - possuir ambiência e estrutura física que atendam as normas estabelecidas pela ANVISA e as especificações descritas no Anexo 23 do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 32, IV)

Art. 961. Para solicitação de habilitação de UCP e HCP, o gestor de saúde interessado deverá encaminhar à CGHOSP/DAHU/SAS/MS os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 33)

I - ofício de solicitação de habilitação da UCP ou HCP, com aprovação do Plano de Ação Regional (PAR) da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB); (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 33, I)

II - atualização do cadastro no SCNES com a criação ou ampliação de equipes multidisciplinares específicas para a UCP ou HCP a ser habilitado; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 33, II)

III - projeto de implantação da UCP ou HCP, conforme requisitos contidos no art. 949. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 33, III)

Art. 962. Após análise e aprovação do projeto pela CGHOSP/DAHU/SAS/MS, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) publicará Portaria específica de habilitação da UCP ou HCP. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 34)

Art. 963. Após recebimento do incentivo financeiro de investimento de que trata o art. 948, o gestor de saúde deverá comprovar a conclusão do projeto de ampliação e/ou construção da estrutura física e adequação tecnlógica no prazo de 180 (cento e oitenta) dias ao Ministério da Saúde, a contar da data da liberação dos recursos financeiros pelo Fundo Nacional de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 35)

Art. 964. Após recebimento do incentivo financeiro de custeio para reforma de que trata o art. 952, o gestor de saúde deverá comprovar a conclusão do projeto de reforma no prazo de 180 (cento e oitenta) dias ao Ministério da Saúde, a contar da data da liberação dos recursos financeiros pelo Fundo Nacional de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 36)

Art. 965. O repasse do incentivo financeiro de custeio será imediatamente interrompido quando: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 38)

I - não realizado o monitoramento no prazo definido no art. 169, § 2º do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 38, I)

II - não enviado à CGHOSP/DAHU/SAS/MS o relatório de que trata o art. 169, § 1º do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3; ou (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 38, II)

III - constatada, durante o monitoramento, a inobservância dos requisitos de habilitação previstos no Título I, do Livro II, do Anexo III, da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 38, III)

Parágrafo Único. Uma vez interrompido o repasse do incentivo financeiro de custeio mensal, novo pedido somente será deferido após novo procedimento de habilitação de UCP ou HCP, em que fique demonstrado o cumprimento de todos os requisitos previstos no Título I, do Livro II, do Anexo III, da Portaria de Consolidação nº 3, caso em que o custeio voltará a ser pago, sem efeitos retroativos, a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 38, Parágrafo Único)

Art. 966. Os recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades de que trata esta Seção são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 43)

I - 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 43, I)

II - 10.302.2015.8933 - Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 43, II)

III - 10.302.2015.8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 43, III)

Seção XII

Do Incentivo Financeiro para o Programa SOS Emergências

Art. 967. Os estabelecimentos hospitalares que possuam Portas de Entrada Hospitalares de Urgência participantes do Programa SOS Emergências poderão apresentar ao Ministério da Saúde projeto de investimento para readequação física e tecnológica, no valor de até R$ 3.000.000,00 (três milhões de reais), nos termos do art. 858. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 7º)

§ 1º O projeto de investimento referido no "caput" deverá ser encaminhado ao DAET/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Excepcionalmente, o requerimento do incentivo para readequação física e tecnológica dos estabelecimentos hospitalares participantes do Programa SOS Emergências não estará condicionado à aprovação do Plano de Ação Regional (PAR) da Rede de Atenção às Urgências pelo Ministério da Saúde, mas deverá ser incluído no PAR quando de sua elaboração. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 7º, § 2º)

§ 3º O incentivo financeiro de investimento de que trata este artigo somente poderá ser repassado a: (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 7º, § 3º)

I - estabelecimentos hospitalares públicos; e (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 7º, § 3º, I)

II - estabelecimentos hospitalares privados sem fins lucrativos vinculados ao SUS, cuja Porta de Entrada Hospitalar de Urgência, participante do Programa SOS Emergências, seja destinada exclusivamente aos usuários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 7º, § 3º, II)

Art. 968. As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência localizadas nos estabelecimentos hospitalares selecionados para o Programa SOS Emergências poderão receber incentivo de custeio diferenciado conforme descrito no art. 859, desde que cumpram os critérios de qualificação definidos no art. 861. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 8º)

Parágrafo Único. Excepcionalmente, o requerimento do incentivo de custeio diferenciado nos estabelecimentos hospitalares participantes do Programa SOS Emergências não estará condicionado à aprovação do PAR da Rede de Atenção às Urgências pelo Ministério da Saúde, mas deverá ser incluído no PAR quando de sua elaboração. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 969. Os estabelecimentos hospitalares participantes do Programa SOS Emergências que disponibilizarem leitos novos de terapia intensiva (UTI) ou leitos de unidade coronarianas (UCO) específicos para retaguarda à urgência e à emergência poderão apresentar ao Ministério da Saúde projeto para adequação física e tecnológica, no valor de até R$ 100.000,00 (cem mil reais) por leito novo, conforme descrito nos arts. 866 e 867 . (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 9º)

§ 1º O projeto referido no "caput" deverá ser encaminhado ao DAET/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Excepcionalmente, a apresentação de projeto para adequação física e tecnológica de leitos novos de terapia intensiva não estará condicionada à aprovação do PAR da Rede de Atenção às Urgências e Emergências pelo Ministério da Saúde, mas deverá ser incluído no PAR quando de sua elaboração. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 9º, § 2º)

Art. 970. Os estabelecimentos hospitalares participantes do Programa SOS Emergências que disponibilizarem leitos novos ou já existentes, de qualquer das tipologias, exclusivos para a retaguarda à urgência e à emergência, farão jus ao custeio diferenciado previsto no art. 862, desde que cumpram os requisitos para qualificação constantes do art. 864. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 10)

§ 1º Os leitos novos e/ou existentes qualificados poderão servir a qualquer especialidade, desde que sejam dedicados exclusivamente à retaguarda das urgências dos estabelecimentos hospitalares participantes do Programa SOS Emergências. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 10, § 1º)

§ 2º Excepcionalmente, o requerimento do incentivo de custeio diferenciado para leitos novos e para qualificação de leitos existentes de qualquer das tipologias dos hospitais participantes do Programa SOS Emergências não estará condicionado à disponibilização de leitos novos e nem à aprovação do PAR da Rede de Atenção às Urgências pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 10, § 2º)

§ 3º Quando o estabelecimento hospitalar integrante do Programa SOS Emergência receber o custeio diferenciado para os leitos de retaguarda para a Urgência e Emergência antes da aprovação do PAR da Rede de Atenção às Urgências pelo Ministério da Saúde, os recursos e as metas físicas e financeiras referentes aos leitos dos hospitais do Programa SOS Emergências deverão ser incluídos no PAR de sua Região de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 10, § 3º)

Art. 971. O número de leitos novos ou já existentes qualificados para a retaguarda às Urgências e Emergências nos estabelecimentos hospitalares participantes do Programa SOS Emergências constarão do parâmetro de necessidade de leitos do PAR da Rede de Atenção às Urgências de sua Região de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 11)

§ 1º No caso do número de leitos definidos para retaguarda à Urgência e Emergência do estabelecimento hospitalar participante do Programa SOS Emergências extrapolar o parâmetro de necessidade de leitos do PAR de sua Região de Saúde, poderão ser reavaliados os parâmetros e critérios a partir de avaliação do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 11, § 1º)

§ 2º O limite de leitos para a abertura de leitos novos ou de qualificação de leitos já existentes nos estabelecimentos hospitalares participantes do Programa SOS Emergências será estabelecido de acordo com as seguintes regras: (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 11, § 2º)

I - o número de leitos novos e qualificados será estabelecido a partir do diagnóstico de necessidade de leitos realizados pelo NAQH do estabelecimento hospitalar, elaborado com a participação do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 11, § 2º, I)

II - o limite de leitos será analisado e aprovado pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 11, § 2º, II)

III - os leitos novos e os leitos já existentes qualificados deverão ser cem por cento regulados pelo gestor local; e (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 11, § 2º, III)

IV - os leitos novos e os leitos já existentes qualificados, de qualquer das tipologias, deverão funcionar exclusivamente como retaguarda às Urgências e Emergências dos estabelecimentos hospitalares participantes do Programa SOS Emergências. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 11, § 2º, IV)

Art. 972. A solicitação do custeio diferenciado para leitos de retaguarda à Urgência e Emergência nos estabelecimentos hospitalares participantes do Programa SOS Emergências de qualquer das tipologias observará o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 12)

I - envio ao DAET/SAS/MS de documento de aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) referente à habilitação dos novos leitos ou de qualificação de leitos existentes; (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 12, I)

II - solicitação ao DAET/SAS/MS de habilitação dos novos leitos ou de qualificação de leitos existentes específicos para retaguarda à Urgência e Emergência; (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 12, II)

III - análise e deferimento, pelo DAET/SAS/MS, do incentivo de custeio diferenciado a ser pago aos novos leitos ou àqueles já existentes; e (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 12, III)

IV - início do repasse, pelo Ministério da Saúde, do incentivo financeiro de custeio diferenciado aos fundos de saúde, que repassarão os valores aos estabelecimentos hospitalares participantes do Programa SOS Emergências. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 12, IV)

Art. 973. Os recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades de que trata esta Seção são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho: (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 14)

I - 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade; (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 14, I)

II - 10.302.2015.8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde e 10.302.2015.8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 14, II)

III - 10.302.2015.8933 - Estruturação de Serviço de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial e 10.302.2015.8933 - Estruturação de Serviço de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial. (Origem: PRT MS/GM 1663/2012, Art. 14, III)

Seção XIII

Do Incentivo Financeiro para os Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) de Referência Nacional

Art. 974. Fica instituído o incentivo financeiro de R$ 10.000,00/mês para os Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) de referência nacional, como estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma, da RUE no âmbito do SUS, ou rede assistencial de urgência e emergência, conforme art. 122, parágrafo único do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 7º-A)

Art. 975. Os recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades de que trata esta Seção são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para procedimentos de Média e Alta Complexidade (PO 0000) e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para procedimentos de Média e Alta Complexidade (PO 0000). (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 9º)

CAPÍTULO III

DO FINANCIAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Seção I

Do Incentivo Financeiro de Investimento para Construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em Conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental Incluindo Aquelas com Necessidades Decorrentes do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas

Art. 976. Fica instituído incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção

Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 1º)

Art. 977. O incentivo financeiro de investimento de que trata esta Seção se destina à construção de CAPS e Unidades de Acolhimento no âmbito dos Estados, Distrito Federal e Municípios, como pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 2º)

§ 1º O CAPS é o ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 2º, § 1º)

§ 2º A Unidade de Acolhimento é um dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 2º, § 2º)

Art. 978. Os estabelecimentos de saúde construídos com recursos financeiros oriundos do incentivo de que trata esta Seção serão identificados de acordo com os padrões visuais do Título IX da Portaria de Consolidação nº 1, que institui a programação visual padronizada das Unidades de Saúde do SUS. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 3º)

Art. 979. O incentivo financeiro de investimento para construção se destina à construção dos seguintes tipos de estabelecimentos: (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 4º)

I - Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I); (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 4º, I)

II - Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II); (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 4º, II)

III - Centro de Atenção Psicossocial i (CAPS i); (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 4º, III)

IV - Centro de Atenção Psicossocial AD (CAPS AD); (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 4º, IV)

V - Centro de Atenção Psicossocial AD III (CAPS AD III); (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 4º, V)

VI - Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III); (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 4º, VI)

VII - Unidade de Acolhimento Adulto; e (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 4º, VII)

VIII - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 4º, VIII)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos de saúde contarão, no mínimo, com área física e distribuição de ambientes estabelecidos para o respectivo tipo, conforme regras e diretrizes técnicas fixadas pelo Ministério da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/mental. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 980. O valor dos incentivos financeiros a ser destinado pelo Ministério da Saúde para o financiamento da construção dos CAPS e das Unidades de Acolhimento varia de acordo com cada tipo de estabelecimento descrito no art. 979, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 5º)

I - CAPS I, II, i e AD: R$ 800.000,00 (oitocentos mil reais); (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 5º, I)

II - CAPS AD III: R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais); (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 5º, II)

III - CAPS III: R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais); (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 5º, III)

IV - Unidade de Acolhimento Adulto: R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais); e (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 5º, IV)

V - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil: R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais). (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 5º, V)

§ 1º Caso o custo final da construção seja superior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores deverá ser custeada por conta do ente federativo proponente, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Caso o custo final da construção seja inferior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores poderá ser utilizada pelo proponente para despesas de investimento no mesmo estabelecimento de saúde construído. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 5º, § 2º)

Art. 981. Para pleitear habilitação ao financiamento previsto nesta Seção, o estado, Distrito Federal ou município deverá cadastrar sua proposta perante o Ministério da Saúde por meio do endereço eletrônico http://www.fns.saude.gov.br, incluindo-se os seguintes documentos e informações: (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 6º)

I - localização do estabelecimento a ser construído, com endereço completo; (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 6º, I)

II - indicação da localização georreferenciada do terreno para a obra; (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 6º, II)

III - certidão de registro emitida pelo cartório de registro de imóveis competente ou, alternativamente, termo de doação de forma irretratável e irrevogável por, no mínimo, 20 (vinte) anos ao Estado, Município ou Distrito Federal conforme documentação exigida em lei como hábil à prova de propriedade e ocupação regular do imóvel ou, ainda, mediante declaração comprobatória da condição de terreno público; (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 6º, III)

IV - fotografia do terreno; (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 6º, IV)

V - justificativa técnica que demonstre a relevância da implantação da nova unidade de saúde; (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 6º, V)

VI - termo de compromisso, assinado pelo gestor local, em que assume a obrigação de cumprir os requisitos de habilitação do CAPS e da Unidade de Acolhimento a ser construída e de solicitar a habilitação do novo serviço em até 90 (noventa) dias após a conclusão da obra, conforme Seção III do Capítulo III do Título VIII,Seção IV do Capítulo II do Título II do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3, e Capítulo II do Título II do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3, sob pena de não obter novos financiamentos do Ministério da Saúde no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial; e (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 6º, VI)

VII - no caso de construção de Unidade de Acolhimento, indicação na justificativa técnica de que trata o inciso V do "caput" do CAPS habilitado que será referência para a nova Unidade. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 6º, VII)

§ 1º O período para cadastro de propostas será divulgado no portal do Ministério da Saúde por meio do endereço eletrônico www.fns.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 6º, § 1º)

§ 2º O terreno em que o novo estabelecimento será construído deverá ter metragem mínima conforme descrito no Anexo XLVIII . (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 6º, § 2º)

§ 3º Os estados, Distrito Federal e municípios que tiverem CAPS e UA construídas com recursos financeiros previstos no art. 980 poderão utilizá-los para substituir os CAPS e UA atualmente em funcionamento até a data de publicação da Portaria nº 615/GM/MS, de 15 de abril de 2013. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 6º, § 3º)

Art. 982. O Ministério da Saúde priorizará as propostas cadastradas levando em consideração os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 7º)

I - adesão ao Programa "Crack, é possível Vencer", cujas regras e diretrizes encontram-se disponíveis no endereço eletrônico http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/home; (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 7º, I)

II - apresentação de propostas para construção de CAPS III e CAPS AD III; (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 7º, II)

III - municípios situados em estados com Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial instituído e Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial homologado na respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB); (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 7º, III)

IV - realização de processo de desinstitucionalização de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos do SUS; (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 7º, IV)

V - oferta de vagas de residência médica em psiquiatria e vagas de residência multiprofissional em saúde mental com campo de estágio nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 7º, V)

VI - maior concentração de população em situação de extrema pobreza, conforme informações da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 7º, VI)

VII - baixa cobertura de CAPS, conforme o Indicador de Cobertura CAPS/100.000 habitantes fixado anualmente e por unidade federativa. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 7º, VII)

Art. 983. Após análise e aprovação das propostas, o Ministério da Saúde editará portaria específica de habilitação do ente federativo contemplado para o recebimento do financiamento previsto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 8º)

Art. 984. Uma vez publicada a portaria de habilitação de que trata o art. 983 , o repasse dos incentivos financeiros para investimento de que trata esta Seção será realizado pelo Fundo Nacional de Saúde ao fundo de saúde do ente federativo beneficiário, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 9º)

I - primeira parcela, equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, após a publicação da portaria específica de habilitação; (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 9º, I)

II - segunda parcela, equivalente a 60% (sessenta por cento) do valor total aprovado, mediante a inserção no Sistema de Monitoramento de Obras do Ministério da Saúde (SISMOB): (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 9º, II)

a) da respectiva ordem de início do serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA) ou Conselho de Arquitetura e Urbanismo (CAU), ratificada pelo gestor local; (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 9º, II, a)

b) das fotos correspondentes às etapas de execução da obra; e (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 9º, II, b)

c) das demais informações requeridas pelo SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 9º, II, c)

III - terceira parcela, equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, após a conclusão da edificação da unidade e a inserção no SISMOB: (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 9º, III)

a) do respectivo atestado de conclusão da edificação da unidade, assinado por profissional habilitado pelo CREA ou CAU, ratificado pelo gestor local; (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 9º, III, a)

b) das fotos correspondentes às etapas de execução da obra e à conclusão da obra; e (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 9º, III, b)

c) das demais informações requeridas pelo SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 9º, III, c)

§ 1º O repasse da segunda e terceiras parcelas de que tratam os incisos II e III do "caput" apenas ocorrerá após aprovação pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), das informações e documentos inseridos no SISMOB pelo ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O SISMOB encontra-se disponível para acesso por meio do endereço eletrônico http://dab.saude.gov.br/sistemas/sismob/. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 9º, § 2º)

§ 3º O proponente poderá solicitar à SAS/MS a alteração do local de construção do novo estabelecimento de saúde, desde que o pedido seja efetuado antes da emissão da ordem de início de serviço da obra e que sejam enviados àquele órgão, ainda, os seguintes documentos e informações: (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 9º, § 3º)

I - novos dados de localização do estabelecimento de saúde a ser construído, para verificação de enquadramento aos critérios utilizados para a seleção de propostas; e (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 9º, § 3º, I)

II - certidão de registro emitida pelo cartório de registro de imóveis competente ou, alternativamente, termo de doação de forma irretratável e irrevogável por, no mínimo, 20 (vinte) anos ao Município ou Distrito Federal conforme documentação exigida em lei como hábil à prova de propriedade e ocupação regular do imóvel da nova localização ou, ainda, mediante declaração comprobatória da condição de terreno público. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 9º, § 3º, II)

Art. 985. Os entes federativos que forem contemplados com financiamento previsto nos termos desta Seção ficam sujeitos ao cumprimento dos seguintes prazos para execução e conclusão das obras e efetivo início de funcionamento das unidades: (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 10)

I - 9 (nove) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para a emissão da Ordem de Início de Serviço e sua inserção no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), cujo acesso encontra-se disponível por meio do endereço eletrônico http://dab.saude.gov.br/sistemas/sismob/; (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 10, I)

II - 18 (dezoito) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para emissão do Atestado de Conclusão de Edificação da Unidade e sua inserção no SISMOB; e (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 10, II)

III - 90 (noventa) dias, após a inserção do Atestado de Conclusão de Edificação da Unidade no SISMOB, para início do funcionamento da unidade. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 10, III)

Parágrafo Único. O cumprimento dos prazos de que tratam os incisos I e II do "caput" independe do recebimento das parcelas do incentivo financeiro previstas no art. 984 . (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 986. Os estados, Distrito Federal e municípios são responsáveis pela contínua atualização das informações no SISMOB no mínimo uma vez a cada 60 (sessenta) dias, responsabilizando-se, ainda, pela veracidade e qualidade dos dados fornecidos, quais sejam: (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 11)

I - informações relativas ao estabelecimento, ao imóvel, ao projeto e à contratação; (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 11, I)

II - informações relativas à execução física da obra, incluindo-se fotos; e (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 11, II)

III - informações relativas à conclusão da obra, incluindo-se fotos. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 11, III)

Parágrafo Único. Na hipótese de inexistência de modificação das informações descritas neste artigo até 60 (sessenta) dias após a última inserção de dados, o ente federativo ainda assim fica obrigado a acessar o SISMOB para registro dessa atividade pelo próprio sistema informatizado. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 987. Caso o SISMOB não seja acessado e atualizado pelo menos uma vez durante um período de 60 (sessenta) dias consecutivos pelo ente federativo beneficiário, a SAS/MS providenciará a suspensão do repasse ao ente federativo de recursos financeiros do âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 12)

Parágrafo Único. Regularizada a causa que ensejou a suspensão do repasse de recursos financeiros de que trata o "caput", o Fundo Nacional de Saúde providenciará a regularização das transferências dos recursos. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 12, Parágrafo Único)

Art. 988. Na hipótese de descumprimento dos prazos definidos no art. 985, incisos I e II , o ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 13)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados no âmbito do programa; e (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 13, I)

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 13, II)

Art. 989. O monitoramento de que trata esta Seção não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 14)

Art. 990. Com o término da construção do CAPS e/ou Unidade de Acolhimento, o ente federativo beneficiário assumirá a manutenção preventiva do referido estabelecimento de saúde pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos como condição para continuar na Rede de Atenção Psicossocial e, depois desse prazo, para receber eventuais novos recursos financeiros. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 15)

Art. 991. Como condição para receber eventuais novos recursos financeiros no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, o Estado, Distrito Federal ou Município informará o início, andamento, conclusão e posteriores manutenções preventivas da obra, incluindo-se dados referentes ao projeto, contratação, localização geográfica, fotos anterior ao inicio da obra, fotos correspondentes às etapas de execução da obra e demais informações requeridas pelo SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 16)

Art. 992. Os recursos financeiros para a execução das ati-

vidades de que trata esta Seção são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 17)

Art. 993. A construção dos novos CAPS e Unidades de Acolhimento http:///deverá atender as regras e diretrizes técnicas fixadas pelo Ministério da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/mental, sem prejuízo de outras regras previstas na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Art. 18)

Seção II

Do Incentivo Financeiro para Implantação de Centros de Atenção Psicossocial

Art. 994. Fica destinado ao Distrito Federal, aos estados, e aos municípios, incentivo financeiro, para implantação de novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), observadas as diretrizes do Capítulo I do Título II do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 245/2005, Art. 1º)

Art. 995. As solicitações de incentivo para implantação dos CAPS serão apresentadas ao Ministério da Saúde, com cópia para a respectiva Secretaria de Estado da Saúde, devendo ser instruídas com os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 245/2005, Art. 2º)

I - ofício do gestor solicitando o incentivo financeiro; (Origem: PRT MS/GM 245/2005, Art. 2º, I)

II - projeto terapêutico do serviço; (Origem: PRT MS/GM 245/2005, Art. 2º, II)

III - cópia das identidades profissionais dos técnicos compondo equipe mínima, segundo as diretrizes do Capítulo I do Título II do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3; (Origem: PRT MS/GM 245/2005, Art. 2º, III)

IV - termo de compromisso do gestor local, assegurando o início do funcionamento do CAPS em até 3 (três) meses após o recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Seção; e (Origem: PRT MS/GM 245/2005, Art. 2º, IV)

V - proposta técnica de aplicação dos recursos. (Origem: PRT MS/GM 245/2005, Art. 2º, V)

Art. 996. O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a devolução dos recursos recebidos, caso haja o descumprimento do prazo de implantação efetiva do CAPS, definido nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 245/2005, Art. 3º)

Art. 997. O incentivo de que trata o art. 994 será da ordem de: (Origem: PRT MS/GM 245/2005, Art. 4º)

I - R$ 20.000,00 (vinte mil reais) para cada CAPS I em fase de implantação; (Origem: PRT MS/GM 245/2005, Art. 4º, I)

II - R$ 30.000,00 (trinta mil reais) para cada CAPS II em fase de implantação; (Origem: PRT MS/GM 245/2005, Art. 4º, II)

III - R$ 30.000,00 (trinta mil reais) para cada CAPSi em fase de implantação; (Origem: PRT MS/GM 245/2005, Art. 4º, III)

IV - R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para cada CAPS III em fase de implantação; e (Origem: PRT MS/GM 245/2005, Art. 4º, IV)

V - R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para cada CAPSad, em fase de implantação. (Origem: PRT MS/GM 245/2005, Art. 4º, V)

§ 1º Os incentivos serão transferidos em parcela única, aos respectivos fundos, dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média e alta complexidade. (Origem: PRT MS/GM 245/2005, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Os incentivos repassados deverão ser aplicados na implantação dos Centros de Atenção Psicossocial, podendo ser utilizados para reforma do local em que funcionará o CAPS, compra de equipamentos, aquisição de material de consumo e/ou capacitação da equipe técnica e outros itens de custeio. (Origem: PRT MS/GM 245/2005, Art. 4º, § 2º)

§ 3º O incentivo de que trata esta Seção destina-se a apoiar financeiramente apenas a implantação de serviços de natureza jurídica pública. (Origem: PRT MS/GM 245/2005, Art. 4º, § 3º)

Art. 998. Os recursos orçamentários, objeto desta Seção, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 245/2005, Art. 5º)

Seção III

Da Incorporação ao Teto Financeiro e Novo Tipo de Custeio aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Art. 999. Fica instituído recurso financeiro fixo para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) credenciados pelo Ministério da Saúde, destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial realizadas, conforme descrição a seguir, por tipo de serviço: (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 1º)

I - CAPS I - R$ 28.305,00 (vinte e oito mil e trezentos e cinco reais) mensais; (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 1º, I)

II - CAPS II - R$ 33.086,25 (trinta e três mil, oitenta e seis reais e vinte e cinco centavos) mensais; (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 1º, II)

III - CAPS I- R$ 32.130,00 (trinta e dois mil e cento e trinta reais) mensais; (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 1º, IV)

IV - CAPS AD - R$ 39.780,00 (trinta e nove mil, setecentos e oitenta reais) mensais; e (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 1º, V)

V - CAPS AD III (24h) - R$ 105.000,00 (cento e cinco mil reais) mensais. (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 1º, VI) (com redação dada pela PRT MS/GM 1966/2013)

VI - CAPS III - R$ 84.134,00 (oitenta e quatro mil, cento e trinta e quatro reais) mensais; (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 1º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 1966/2013)

Parágrafo Único. Os recursos serão incorporados ao limite financeiro de média e alta complexidade dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 1000. Fica instituído recurso financeiro variável de custeio, para cada tipo de CAPS, que será normatizado em portaria específica do Ministério da Saúde no prazo de 180 (cento e oitenta dias). (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 2º)

Parágrafo Único. O Ministério da Saúde implantará sistema de informação com vistas à avaliação e monitoramento, por meio de indicadores que serão objeto de ato próprio do Ministério da Saúde, do repasse de recursos de que trata o caput deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 2º, § 1º)

Art. 1001. Nas situações em que há repasse mensal maior do que os valores estabelecidos no art. 999, deverá haver avaliação in loco das condições de estrutura, equipe e produção e repactuação para adequação dos valores repassados. (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 3º)

Art. 1002. Os recursos referentes à contrapartida federal para custeio dos CAPS municipais e para os CAPS estaduais serão repassados, mediante transferência, regular e automática, pelo Fundo Nacional de Saúde para os respectivos fundos de saúde. (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 4º)

Art. 1003. Somente será realizado o repasse de recursos de que trata o art. 1000 aos municípios e estados após efetivo cadastramento do serviço junto ao Ministério da Saúde e de seu devido funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 5º)

Art. 1004. O processamento da documentação para o cadastramento das novas unidades ou de mudança de tipo de CAPS será de responsabilidade do gestor estadual. (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 6º)

§ 1º Os processos de que trata o caput deste artigo deverão ser instruídos com a seguinte documentação: (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 6º, § 1º)

I - informações sobre a Secretaria Municipal de Saúde e o gestor, consoante o modelo constante do Anexo XC ; (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 6º, § 1º, I)

II - projeto Técnico do CAPS; (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 6º, § 1º, II)

III - planta Baixa do CAPS; (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 6º, § 1º, III)

IV - relação nominal dos profissionais integrantes Equipe Técnica, anexados seus currículos; (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 6º, § 1º, IV)

V - relatório de Vistoria realizada pela Secretaria de Estado da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 6º, § 1º, V)

VI - relatório de Vistoria da Vigilância Sanitária local; (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 6º, § 1º, VI)

VII - apresentação do número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do CAPS; e (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 6º, § 1º, VII)

VIII - cópia do projeto encaminhado para conhecimento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou da CIR. (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 6º, § 1º, VIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 3091/2013)

§ 2º No que toca ao Relatório de Vistoria de que trata o inciso V deste artigo, a vistoria deverá ser realizada in loco pela Secretaria de Estado de Saúde, que avaliará as condições de funcionamento do serviço para fins de cadastramento, considerando-se: (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 6º, § 2º)

I - área física; (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 6º, § 2º, I)

II - recursos humanos; e (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 6º, § 2º, II)

III - responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas no Capítulo I do Título II do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3, acrescido de parecer favorável da Secretaria de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 6º, § 2º, III)

§ 3º O processo deverá ser encaminhado à Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (DAPES/SAS/MS), que emitirá parecer, conforme determinado pelo art. 25 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 6º, § 3º)

§ 4º Os CAPS já habilitados pelo Ministério da Saúde não são objeto do caput deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 6º, § 4º)

Art. 1005. Os procedimentos relativos ao cadastramento dos CAPS AD III (24h) ou a conversão de CAPS AD para CAPS AD III serão normatizados em portaria específica do Ministério da Saúde no prazo de sessenta dias. (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 7º)

Art. 1006. A mudança de tipo de CAPS implicará em ajuste do repasse financeiro de custeio de acordo com o novo tipo do serviço, por meio de portaria a ser publicada pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 8º)

Art. 1007. Os recursos financeiros para custeio das atividades de que trata esta Seção são oriundos das dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Art. 9º)

Art. 1008. Ficam estabelecidos recursos no montante anual de R$ 213.743.577,80 (duzentos e treze milhões, setecentos e quarenta e três mil, quinhentos e setenta e sete reais e oitenta centavos), a serem incorporados ao Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade dos estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: PRT MS/GM 3099/2011, Art. 1º)

Art. 1009. Os estados, o Distrito Federal e os municípios farão jus ao recurso anual descrito no Anexo XX . (Origem: PRT MS/GM 3099/2011, Art. 2º)

Parágrafo Único. O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessária para a transferência, regular e automática, do valor mensal correspondente a 1/12 (um doze avos) do montante estabelecido no Anexo XX , para os respectivos fundos estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 3099/2011, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 1010. Os recursos orçamentários, pertinentes ao art. 1008, deverão onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 3099/2011, Art. 3º)

Art. 1011. Fica redefinido incentivo financeiro de custeio para implantação de CAPS AD III, no valor de: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 12)

I - R$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) para apoiar a implantação de CAPS AD III Novo; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 12, I)

II - R$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) para apoiar a implantação de CAPS AD III Qualificado. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 12, II)

§ 1º O incentivo financeiro de custeio redefinido neste artigo destina-se a apoiar apenas a implantação de CAPS AD III públicos. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 12, § 1º)

§ 2º O incentivo financeiro de custeio redefinido neste artigo será transferido em parcela única pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos de Saúde Estaduais ou Municipais ou do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 12, § 2º)

§ 3º Os valores repassados por força deste artigo serão utilizados para reforma predial, aquisição de material de consumo e capacitação de equipe técnica, dentre outras ações de custeio. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 12, § 3º)

Art. 1012. O gestor interessado em receber o incentivo financeiro de custeio previsto no art. 1011 deverá apresentar projeto técnico que contenha os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 13)

I - proposta de acolhimento 24 (vinte e quatro) horas no próprio CAPS AD III a ser implantado; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 13, I)

II - previsão de equipe mínima, com a observância do art. 33 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 13, II)

III - previsão de acolhimento noturno, com a observância dos arts. 31 e 32 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 13, III)

IV - previsão de estrutura física adequada, com a observância do art. 34 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 13, IV)

V - Termo de Compromisso de funcionamento do CAPS AD III em até 90 (noventa) dias, a contar do recebimento do incentivo financeiro, renovável uma única vez por igual período, mediante justificativa aceita pelo Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 13, V)

VI - cópia do projeto encaminhado para conhecimento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou da CIR. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 13, VI) (com redação dada pela PRT MS/GM 3091/2013)

§ 1º No caso de CAPS AD III regional, será necessário ainda o encaminhamento de termo de compromisso dos gestores de saúde dos Municípios que compõem a Regional, com a definição das responsabilidades relacionadas ao CAPS AD III regional. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 13, § 2º)

§ 2º O projeto técnico de que trata o caput será encaminhado à Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do DAPES/SAS/MS, com cópia para a Secretaria de Saúde Estadual respectiva. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 13, § 3º)

§ 3º Em caso de descumprimento do prazo fixado no inciso V do "caput", o FNS/MS adotará as medidas necessárias para devolução do recurso repassado. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 13, § 4º)

Art. 1013. A partir do credenciamento de cada CAPS AD III junto à Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS, conforme disposto na Seção III do Capítulo III do Título VIII, o Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do respectivo Município, Estado ou do Distrito Federal ficará acrescido de R$ 78.800,00 (setenta e oito mil e oitocentos reais) mensais, para o custeio dos procedimentos a serem realizados por aquele CAPS AD III efetivamente implantado e em funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 14)

Parágrafo Único. No caso de CAPS AD III Qualificado, o acréscimo financeiro de que trata o "caput" será calculado a partir da diferença entre os valores já incorporados, referente à habilitação anterior, e o valor estabelecido no "caput" deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 1014. Compete à Secretaria de Atenção à Saúde/MS a publicação de manual e/ou documentos de apoio que tragam a descrição técnica detalhada dos procedimentos para a atenção realizada pelos CAPS AD III. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 15)

Art. 1015. Os recursos orçamentários relativos às ações do Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III) correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes programas de trabalho: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 16)

I - para o incentivo financeiro de custeio de que trata o art. 1011, onera-se o Programa de Trabalho 10.302.1220.20B0 - Atenção Especializada em Saúde Mental; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 16, I)

II - para o recurso de que trata o art. 1013, onera-se o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 16, II)

Art. 1016. Os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu recadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 7º)

Seção IV

Do Incentivo Financeiro de Custeio para Apoiar a Implantação de Unidade de Atendimento

Art. 1017. Fica instituído incentivo financeiro de custeio para apoiar a implantação de Unidade de Atendimento, no valor de R$ 70.000,00 (setenta mil reais). (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 13)

§ 1º Os valores repassados por força deste artigo serão utilizados para reforma predial, aquisição de material de consumo e capacitação de equipe técnica, dentre outras ações de custeio. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 13, § 1º)

§ 2º O incentivo financeiro instituído neste artigo será transferido em parcela única pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos de saúde estaduais, municipais ou distrital. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 13, § 2º)

Art. 1018. O gestor de saúde interessado na implantação de Unidade de Acolhimento e no recebimento do incentivo financeiro previsto no art. 1017 deverá encaminhar ao Ministério da Saúde os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 14)

I - ofício do gestor solicitando o incentivo financeiro e informando o tipo de Unidade de Acolhimento, se Adulto ou Infanto-Juvenil; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 14, I)

II - projeto de implantação de Unidade de Acolhimento, com a descrição da estrutura física e funcional; e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 14, II)

III - termo de compromisso do gestor responsável assegurando: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 14, III)

a) a contratação dos profissionais que comporão a equipe mínima de profissionais necessários ao funcionamento da Unidade de Acolhimento; e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 14, III, a)

b) o início do funcionamento da Unidade de Acolhimento no prazo de até 90 (noventa) dias a contar do recebimento do incentivo financeiro de investimento, prorrogável por uma única vez mediante justificativa aceita pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 14, III, b)

§ 1º Para a implementação de Unidades de Acolhimento em parceria com instituições ou entidades sem fins lucrativos, o gestor de saúde deverá encaminhar ainda os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 14, § 1º)

I - cópia do estatuto social, do documento de identidade do diretor/presidente/responsável e do registro da entidade; e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 14, § 1º, I)

II - declaração da instituição ou entidade se comprometendo a definir o seu gestor com a anuência do gestor local de saúde. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 14, § 1º, II)

§ 2º Os documentos deverão ser encaminhados à Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS), que avaliará o cumprimento dos requisitos regulamentares necessários. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 14, § 2º)

§ 3º Portaria da SAS/MS determinará o pagamento do incentivo financeiro de investimento. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 14, § 3º)

§ 4º Caso o gestor local não cumpra o prazo estabelecido na alínea b do inciso III do caput, O FNS/MS adotará as medidas necessárias para a devolução do recurso ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 14, § 4º)

Art. 1019. Fica instituído incentivo financeiro de custeio mensal no valor de R$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais) para Unidade de Acolhimento Adulto e R$ 30.000,00 (trinta mil reais) para Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 15)

Parágrafo Único. O incentivo financeiro de custeio referido no caput será transferido mensalmente pelo FNS aos fundos de saúde estaduais, municipal ou distrital. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 1020. O gestor de saúde interessado no recebimento do incentivo de custeio instituído no art. 1019 deverá encaminhar ao Ministério da Saúde os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 16)

I - declaração do gestor local atestando o funcionamento da Unidade de Acolhimento; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 16, I)

II - programa de Ação Técnica do Serviço da Unidade de Acolhimento, contendo a dinâmica de funcionamento da Unidade e a articulação com outros pontos de atenção nas Redes de Saúde e intersetorial; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 16, II)

III - apresentação do número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do CAPS de referência para a Unidade de Acolhimento; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 16, III)

IV - relatório de vistoria realizada pela Secretaria de Estado da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 16, IV)

V - relatório de vistoria da Vigilância Sanitária local; e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 16, V)

VI - cópia do projeto encaminhado para conhecimento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 16, VI) (com redação dada pela PRT MS/GM 3091/2013)

§ 1º Os pontos de atenção contemplados em Plano de Ação da RAPS Estadual ou Regional, aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite, não precisam de nova aprovação desta Instancia deliberativa. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 16, § 1º)

I - os projetos dos Pontos de Atenção contemplados nos Planos de Ação da RAPS aprovados em Comissão Intergestores Bipartite devem conter em seus anexos, o consolidado da pactuação aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite em que possam ser identificados; e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 16, § 1º, I)

II - os Pontos de Atenção não contemplados nos Plano de Ação da RAPS Estadual ou Regional seguem os tramites das normativas, devendo passar pela aprovação da Comissão Intergestores Regional, da Comissão Intergestores Bipartite Estadual e comunicadas à Coordenação Estadual de Saúde Mental. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 16, § 1º, II)

§ 2º Os documentos deverão ser encaminhados à Área Técnica de Saúde Mental DAPES/SAS/MS, que avaliará o cumprimento dos requisitos regulamentares necessários. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 16, § 2º)

Art. 1021. Os recursos orçamentários necessários ao cumprimento do disposto nesta Seção correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 18)

I - 10.302.2015.20B0 - Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental e 10.302.2015.20B0 - Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental, para o incentivo previsto no art. 1017; e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 18, I)

II - 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade, para o incentivo previsto no art. 1019. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 18, II)

Seção V

Do Incentivo para Internação de Curta Duração nos Hospitais Psiquiátricos

Art. 1022. Fica estabelecida nova classificação dos hospitais psiquiátricos de acordo com o porte, reagrupando as classes definidas na Portaria Nº 52/GM, de 20 de janeiro de 2004, na forma abaixo: (Origem: PRT MS/GM 2644/2009, Art. 1º)

I - CLASSE N I: PORTE: Até 160 leitos; CLASSE ANTERIOR (Portaria nº 52/GM, de 20 de janeiro de 2004): I e II; (Origem: PRT MS/GM 2644/2009, Art. 1º, I)

II - CLASSE N II: PORTE: De 161 a 240; CLASSE ANTERIOR (Portaria nº 52/GM, de 20 de janeiro de 2004): III e IV; (Origem: PRT MS/GM 2644/2009, Art. 1º, II)

III - CLASSE N III: PORTE: De 241a 400; CLASSE ANTERIOR (Portaria nº 52/GM, de 20 de janeiro de 2004): V, VI, VII, VIII; (Origem: PRT MS/GM 2644/2009, Art. 1º, III)

IV - CLASSE: N IV: PORTE: Acima de 400; CLASSE ANTERIOR (Portaria nº 52/GM, de 20 de janeiro de 2004): IX a XIV. (Origem: PRT MS/GM 2644/2009, Art. 1º, IV)

Parágrafo Único. O número de leitos será considerado a partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, que deve ser mantido atualizado permanentemente pelos gestores local e estadual. (Origem: PRT MS/GM 2644/2009, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 1023. Ficam reajustados os incrementos por classe do procedimento 03.03.17.009-3 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (POR DIA) - gerando os seguintes valores: (Origem: PRT MS/GM 2644/2009, Art. 2º)

I - CLASSE N I: PORTE: Até 160 leitos; SH: 43,73; SP: 5,97; Valores: R$ 49,70; (Origem: PRT MS/GM 2644/2009, Art. 2º, I)

II - CLASSE N II: PORTE: De 161 a 240; SH: 37,28; SP: 5,09; Valores: R$ 42,37; (Origem: PRT MS/GM 2644/2009, Art. 2º, II)

III - CLASSE N III: PORTE: De 241 a 400; SH: 33,95; SP: 4,64; Valores: R$ 38,59; (Origem: PRT MS/GM 2644/2009, Art. 2º, III)

IV - CLASSE N IV: PORTE: Acima de 400; SH: 31,31; SP: 4,27; Valores: R$ 35,58. (Origem: PRT MS/GM 2644/2009, Art. 2º, IV)

Art. 1024. Fica estabelecido incentivo adicional de 10% no valor de Serviço Hospitalar e Serviço Profissional nas classes N I e N II para as internações que não ultrapassarem 20 (vinte) dias e que informe como motivo de saída "alta de paciente agudo", com data de entrada do paciente a partir de 1º de novembro de 2009.(Origem: PRT MS/GM 2644/2009, Art. 3º)

§ 1º O não-cumprimento dos requisitos definidos neste artigo acarretará a perda do incentivo adicional previsto. (Origem: PRT MS/GM 2644/2009, Art. 3º, § 1º)

§ 2º As internações com os requisitos definidos neste artigo não deverão ultrapassar 10% do total dos leitos de cada hospital. (Origem: PRT MS/GM 2644/2009, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Para receber o incentivo de 10% previsto, o hospital não poderá apresentar mais de uma AIH, para o mesmo paciente, na mesma competência de produção. (Origem: PRT MS/GM 2644/2009, Art. 3º, § 3º)

Art. 1025. É de responsabilidade dos gestores estaduais e municipais efetuar o acompanhamento, o controle, a avaliação e a auditoria que permitam garantir o cumprimento do disposto nesta Seção, observadas as prerrogativas e competências compatíveis com cada nível de gestão. (Origem: PRT MS/GM 2644/2009, Art. 4º)

Art. 1026. Os recursos orçamentários para os reajustes previstos nesta Seção correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 2644/2009, Art. 5º)

Seção VI

Do Financiamento de Custeio dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)

Art. 1027. Fica estabelecido incentivo financeiro de custeio, no valor de R$ 20.000,00 (vinte mil reais), para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) Tipo I e Tipo II, observadas as diretrizes do Título V do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Art. 2º)

§ 1º Para que o repasse do incentivo financeiro seja efetivado, o gestor responsável pelo SRT deverá encaminhar à Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS) os documentos descritos no Anexo 5 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Art. 2º, § 1º)

§ 2º O incentivo financeiro para implantação de que trata o caput deste artigo será transferido pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), em parcela única, aos respectivos fundos de saúde dos estados, dos municípios e Distrito Federal, devendo ser aplicados na implantação e/ou implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos. (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Após o recebimento dos recursos de que trata o caput deste artigo, o gestor local deverá implantar o SRT no prazo de 3 (três) meses, podendo ser prorrogado uma única vez por igual período, conforme Termo de Compromisso do gestor local descrito no Anexo 5 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Art. 2º, § 3º)

§ 4º Caso haja o descumprimento do prazo de implantação do SRT referido no § 3º deste artigo, os recursos recebidos deverão ser devolvidos ao Fundo Nacional de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Art. 2º, § 4º)

§ 5º Os recursos de que trata o caput deste artigo não serão aplicados nos SRT existentes que já tenham recebido recursos para implantação nos termos da Portaria nº 246/GM/MS, de 17 de fevereiro de 2005. (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Art. 2º, § 5º)

Art. 1028. Fica estabelecido recurso financeiro de custeio mensal no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais), para cada grupo de oito moradores de SRT Tipo I e R$ 20.000,00 (vinte mil reais) para cada grupo de dez moradores de SRT Tipo II, conforme aplicação de gastos descritos na Tabela 1 constante do Anexo 6 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Art. 3º)

§ 1º Os repasses não serão destinados a módulos residenciais, mas a grupos de moradores. (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Nos casos em que não houver possibilidade de formação de grupos com 8 (oito) moradores para SRT Tipo I e 10 (dez) moradores para SRT Tipo II, o repasse do recurso de custeio mensal poderá ocorrer observando as orientações descritas nas Tabelas 2 e 3 do Anexo 7 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3.(Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Os recursos descritos no caput deste artigo serão incorporados ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar dos respectivos estados, municípios e do Distrito Federal para o custeio do procedimento realizado pelo SRT, com redução das AIHs previstas no teto referente a cada grupo de moradores que receberão custeio mensal. (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Art. 3º, § 3º)

§ 4º Os SRT existentes, bem como os novos SRT, deverão ser cadastrados na modalidade Tipo I ou II junto ao Ministério da Saúde mediante apresentação da documentação especificada nos Anexos 8 e 9 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Art. 3º, § 4º)

§ 5º A habilitação dos serviços já existentes, bem como dos novos serviços, será objeto de portaria específica a ser publicada no Diário Oficial da União após análise da documentação enviada ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Art. 3º, § 5º)

§ 6º Os repasses dos recursos de que trata o caput deste artigo será realizada a contar da habilitação do serviço pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Art. 3º, § 6º)

Art. 1029. Caberá às secretarias estaduais, distrital e municipais de saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação para a garantia do funcionamento com qualidade dos SRT. (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Art. 4º)

Art. 1030. Os recursos financeiros para o custeio das atividades de que trata esta Seção são oriundos das dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho: (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Art. 5º)

I - 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para procedimentos de Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para procedimentos de Média e Alta Complexidade, para os repasses referentes ao custeio mensal; e (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Art. 5º, I)

II - 10.302.2015.20B0 - Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental e 10.302.2015.20B0 - Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental, para o repasse referente ao incentivo de implantação/implementação. (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Art. 5º, II)

Seção VII

Dos Incentivos Financeiros de Investimento e de Custeio para Funcionamento e Habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para Atenção a Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental e com Necessidades de Saúde Decorrentes do Uso de Álcool, Crack e Outras Drogas, do Componente Hospitalar

Art. 1031. Fica instituído incentivo financeiro de investimento no valor de R$ 4.000,00 (quatro mil reais) por leito para apoio à implantação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a

pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas:(Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 12)

I - Para recebimento do incentivo fica estabelecido o mínimo de 4 (quatro) leitos e o máximo de 25 (vinte e cinco) leitos por estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 12, I)

II - O incentivo financeiro de investimento que trata este artigo poderá ser utilizado para aquisição e instalação de equipamentos, para adequação da área física, para capacitação e atualização das equipes em temas relativos aos cuidados das pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas e para implantação de um ponto de telessaúde. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 12, II)

III - A aplicação do incentivo financeiro de que trata este artigo deverá observar o disposto na legislação orçamentária, especialmente na Lei de Diretrizes Orçamentárias (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 12, III)

Art. 1032. O incentivo financeiro instituído no art. 1031 será deferido pelo Ministério da Saúde mediante aprovação de projeto encaminhado pelas secretarias estaduais de saúde e secretarias municipais de saúde à Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 13)

§ 1º Após a aprovação do projeto de implantação do Serviço Hospitalar de Referência para a atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, o incentivo financeiro de investimento será repassado em parcela única aos fundos de saúde que repassarão os valores aos estabelecimentos de saúde. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 13, § 1º)

§ 2º Para solicitar o incentivo financeiro de investimento deverá ser encaminhado à Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DAPES/SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 13, § 2º)

I - projeto técnico do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Título III do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 13, § 2º, I)

II - cópia do projeto encaminhado para conhecimento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 13, § 2º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 1516/2013)

§ 3º Após o repasse do incentivo financeiro de investimento, as Secretarias Estaduais de Saúde, Secretaria Municipais de Saúde e os respectivos estabelecimentos de saúde terão o prazo de 180 (cento e oitenta) dias para implantação do Serviço Hospitalar de Referência para a atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas e solicitar habilitação do mesmo. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 13, § 3º)

§ 4º Em caso de inobservância do § 3º o recurso de incentivo financeiro de investimento deverá ser restituído à União. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 13, § 4º)

Art. 1033. Fica instituído incentivo financeiro de custeio anual no valor de R$ 67.321,32 (sessenta e sete mil trezentos e vinte e um reais e trinta e dois centavos) por cada leito implantado. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 14)

§ 1º O cálculo do custo por leito de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas foi baseado nos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 14, § 1º)

I - taxa média de ocupação de 85% (oitenta e cinco por cento), com base na Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 14, § 1º, I)

II - tempo médio de permanência de 5,5 dias (cinco dias e meio), com base na Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 14, § 1º, II)

III - previsão de utilização dos leitos na seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 14, § 1º, III)

a) 60% (sessenta por cento) das diárias de até 7 (sete) dias; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 14, § 1º, III, a)

b) 30% (trinta por cento) das diárias entre 8 (oito) e 15 (quinze) dias; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 14, § 1º, III, b)

c) 10% (dez por cento) das diárias superiores a 15 (quinze) dias. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 14, § 1º, III, c)

§ 2º O valor das diárias considerado para o cálculo de custeio anual dos leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas foi o seguinte: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 14, § 2º)

I - R$ 300,00 (trezentos reais) por dia até o 7º dia de internação; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 14, § 2º, I)

II - R$ 100,00 (cem reais) por dia do 8º ao 15º dia de internação; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 14, § 2º, II)

III - R$ 57,00 (cinquenta e sete reais) por dia a partir do 16º dia de internação. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 14, § 2º, III)

Art. 1034. O recebimento do incentivo financeiro de custeio instituído no art. 1033 fica condicionado à habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 15)

Art. 1035. O pedido de habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas será formulado pelo gestor local de saúde e encaminhado à Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS, com os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 16)

I - requerimento do gestor local de saúde, informando o número de leitos implantados, observados os critérios definidos no Título III, do Anexo V, da Portaria de Consolidação nº 3; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 16, I)

II - projeto técnico do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 16, II)

III - indicação da equipe técnica de referência para cuidado com os leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 16, III)

IV - parecer da Secretaria de Saúde estadual ou municipal acerca do regular funcionamento do serviço, conforme diretrizes e requisitos estabelecidos no Título III, do Anexo V, da Portaria de Consolidação nº 3, exigindo-se a vistoria in loco realizada com participação das áreas técnicas de vigilância sanitária e de saúde mental.(Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 16, IV)

Art. 1036. Os leitos já habilitados como Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos usuários de Álcool e outras Drogas, conforme a Portaria nº 2842/GM/MS, de 20 de setembro de 2010, poderão ser qualificados como Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas em Hospital Geral e fazer jus ao recebimento dos incentivos financeiros instituídos nesta Seção, desde que atendam aos requisitos de funcionamento e habilitação definidos nos arts. 1032, 1034, 1035 e 1036 . (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 17) (com redação dada pela PRT MS/GM 349/2012)

Art. 1037. Os recursos financeiros de que trata Título III do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3 deverão onerar os seguintes programas de Trabalho: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 20)

I - para o incentivo previsto no art. 1031 - 10.302.2015.8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 20, I)

II - para o incentivo previsto no art. 1033 - 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 20, II)

Seção VIII

Dos Incentivos Financeiros ao Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas

Art. 1038. Os recursos orçamentários relativos às ações de que trata o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho: (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 10)

I - 10.846.1312.0844 - Apoio a Serviços Extra-Hospitalares para Transtornos de Saúde Mental e Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas; (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 10, I)

II - 10.846.1220.0906 - Atenção à Saúde dos Municípios Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados Habilitados em Gestão Plena/Avançada; e (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 10, II)

III - 10.846.1220.0907 - Atenção à Saúde dos Municípios não-Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados não Habilitados em Gestão Plena/Avançada. (Origem: PRT MS/GM 2197/2004, Art. 10, III)

Seção IX

Dos Incetivos Finaceiros ao Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas

Art. 1039. Estabelecer que os recursos orçamentários de que trata o art. 86 da Portaria de Consolidação nº 5 correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho: (Origem: PRT MS/GM 816/2002, Art. 8º)

I - 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade; (Origem: PRT MS/GM 816/2002, Art. 8º, I)

Seção X

Do Incentivo Financeiro de Custeio Destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para Apoio ao Custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, Incluídas as Comunidades Terapêuticas, Voltados para Pessoas com Necessidades Decorrentes do Uso de Álcool, Crack e Outras Drogas

Art. 1040. O Anexo XCI dispõe sobre o Incentivo Financeiro de Custeio Destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de serviços de atenção em regime residencial, incluídas as comunidades terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Seção XI

Do Incentivo Financeiro de Custeio para Desenvolvimento do Componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial

Art. 1041. Fica instituído incentivo financeiro de custeio para o desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 1º)

Parágrafo Único. O componente Reabilitação Psicossocial constitui-se de iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 1042. O incentivo financeiro instituído no art. 1041 será destinado ao ente federado que desenvolva programa de reabilitação psicossocial que obedeça aos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 2º)

I - estar inserido na Rede de Atenção Psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 2º, I)

II - estar incluído no Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST) do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 2º, II)

III - ter estabelecido parceria com Associações de Usuários, Familiares e Técnicos, Cooperativas, Incubadoras de Cooperativas ou Entidades de Assessoria e Fomento em Economia Solidária para apoio técnico e acompanhamento dos projetos. (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 2º, III)

Art. 1043. O incentivo de que trata esta Seção terá os seguintes valores: (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 3º)

I - R$ 15.000,00 (quinze mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem entre 10 e 50 usuários; (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 3º, I)

II - R$ 30.000,00 (trinta mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem entre 51 e 150 usuários; e (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 3º, II)

III - R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem mais de 150 usuários. (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 3º, III)

Parágrafo Único. Os programas de reabilitação enquadrados no inciso I do caput deste artigo dispensam o cumprimento do requisito previsto no art. 1042, III. (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 1044. A solicitação de recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Seção será encaminhada pelo gestor de saúde do ente interessado ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS), acompanhada dos seguintes documentos:(Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 4º)

I - ofício assinado pelo gestor de saúde solicitando o incentivo financeiro e identificando o projeto ou o conjunto de projetos que serão beneficiados; (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 4º, I)

II - projeto de reabilitação psicossocial constituído por iniciativa(s) de geração de trabalho e renda, empreendimento(s) solidário(s) e cooperativa(s) social(s), com plano de aplicação de recursos detalhado; e (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 4º, II)

III - termo de compromisso do gestor local assegurando a aplicação integral do incentivo financeiro no projeto ou no conjunto de projetos, em até 6 (seis) meses a contar da data do repasse dos recursos. (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 4º, III)

Art. 1045. Terão prioridade para recebimento do incentivo financeiro os entes que: (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 5º)

I - tenham implantado Serviços Residenciais Terapêuticos, instituídos pelo Título V do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3, com as alterações incluídas pela Seção VI do Capítulo III do Título VIII; (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 5º, I)

II - tenham aderido ao Programa De Volta pra Casa, estabelecido pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003; e (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 5º, II)

III - possuam usuários em internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia; (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 5º, III)

§ 1º Terá preferência o ente que cumprir todos os requisitos previstos nos incisos do caput, e assim por diante. (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Em caso de cumprimento de apenas um ou dois dos requisitos previstos no caput, a ordem em que estão colocados será considerada ordem de preferência. (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 5º, § 2º)

§ 3º Para os fins desta Seção, será considerada de longa permanência a internação de 2 (dois) ou mais anos ininterruptos. (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 5º, § 3º)

Art. 1046. O incentivo financeiro de que trata esta Seção será transferido em parcela única pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS/MS) ao fundo de saúde do estado, município ou Distrito Federal, sem incorporação aos respectivos tetos de assistência de média e alta complexidade. (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 6º)

Art. 1047. Caberá à Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do DAPES/SAS/MS o monitoramento da aplicação do incentivo financeiro de que trata esta Seção, sem prejuízo da competência do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/SGEP/MS). (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 7º)

Parágrafo Único. Em caso de descumprimento do prazo previsto no art. 1044, III, a Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas solicitará ao FNS/MS que adote as medidas necessárias para a devolução dos recursos recebidos. (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 1048. Os recursos orçamentários de que trata esta Seção correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, onerando os Programa de Trabalho 10.302.2015.20B0 - Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental e 10.302.2015.20B0 - Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental. (Origem: PRT MS/GM 132/2012, Art. 8º)

Seção XII

Do Incentivo Financeiro de Custeio Mensal para o Programa de Desinstitucionalização Integrante do Componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Art. 1049. Fica instituído incentivo financeiro de custeio mensal do Programa de Desinstitucionalização, com o objetivo de custear as ações e serviços previstos na Seção II, do Capítulo III, do Título I, da Portaria de Consolidação nº 5. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 8º)

§ 1º Poderão habilitar-se ao recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal do Programa de Desinstitucionalização: (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 8º, § 1º)

I - os municípios que sejam sede de hospitais psiquiátricos, com pessoas com internação de longa permanência, que tenham sido

indicados para descredenciamento do SUS pelo Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria), ou por decisão do gestor local de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 8º, § 1º, I)

II - os municípios que, por decisão do gestor local de saúde, objetivem desenvolver processos de desinstitucionalização devidamente pactuados com os municípios que sejam sede de hospitais psiquiátricos com pessoas com internação de longa permanência. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 8º, § 1º, II)

§ 2º Todas as solicitações de adesão ao Programa de Desinstitucionalização serão necessariamente pactuadas na Comissão Intergestores Regional (CIR) e homologadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) antes de sua apresentação ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 8º, § 2º)

Art. 1050. Os Municípios que preencham as condições estabelecidas no art. 1049 e queiram solicitar ao Ministério da Saúde o incentivo financeiro de custeio mensal de que trata esta Seção, elaborarão as "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS" previstas no Anexo XXXVII da Portaria de Consolidação nº 5, que necessariamente conterão: (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 9º)

I - as ações a serem desenvolvidas pela Equipe de Desinstitucionalização, conforme competências e composição descritas nos arts. 68 e 69 da Portaria de Consolidação nº 5, respectivamente; (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 9º, I)

II - diagnóstico situacional, incluindo a descrição da RAPS local, situação e condições gerais do hospital psiquiátrico e síntese de dados das pessoas internadas, em especial no que se refere a: (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 9º, II)

a) número de pessoas com internação de longa permanência; (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 9º, II, a)

b) município de naturalidade; e (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 9º, II, b)

c) município de residência atual dos familiares; (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 9º, II, c)

III - as estratégias para qualificação da RAPS existentes, e implantação de novos pontos de atenção, inclusive os serviços residenciais terapêuticos, previstos no Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3, necessárias para garantir a qualidade da atenção psicossocial territorial no Município, Região ou Estado; (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 9º, III)

IV - as ações de articulação com diferentes Municípios para implantação dos SRT ou, quando possível e adequado, o retorno das pessoas desinstitucionalizadas para suas famílias, priorizando os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 9º, IV)

a) municípios de residência atual das famílias das pessoas internadas; e (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 9º, IV, a)

b) municípios com RAPS já existente ou com decisão política do gestor para implantação imediata da RAPS; (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 9º, IV, b)

V - articulação intersetorial com diferentes políticas públicas, com as universidades e o Ministério Público, outros atores e órgãos considerados estratégicos no território, assim como com os recursos comunitários, para desenvolvimento e consolidação do processo de desinstitucionalização previsto nas "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS"; (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 9º, V)

VI - cronograma da execução das ações a serem desenvolvidas, inclusive as referentes às ações de Fortalecimento da RAPS; e (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 9º, VI)

VII - planejamento da realocação dos profissionais da Equipe de Desinstitucionalização para os pontos de atenção da RAPS. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 9º, VII)

Parágrafo Único. As "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS" de que trata o "caput" deverão já integrar ou serem incluídas no Plano de Ação Regional da RAPS. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 1051. O pedido de habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal de que trata esta Seção será encaminhado à CGMAD/DAET/SAS/MS, por meio do preenchimento de formulário disponibilizado no endereço eletrônico www.saude.gov.br/mental, com envio dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 10)

I - ofício assinado pelo Secretário de Saúde Municipal, solicitando incentivo financeiro de custeio mensal, conforme modelo constante no Anexo XXXVIII da Portaria de Consolidação nº 5; (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 10, I)

II - "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS", nos termos previstos no Anexo XXXVII da Portaria de Consolidação nº 5 e contemplando as disposições dos arts. 68 e 69 da Portaria de Consolidação nº 5; (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 10, II)

III - termo de compromisso do gestor municipal de saúde, previsto no Anexo XXXIX da Portaria de Consolidação nº 5, devidamente assinado; e (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 10, III)

IV - resolução CIR e CIB, com aprovação das "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS". (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 10, IV)

Art. 1052. Os pedidos de habilitação serão avaliados e aprovados pela CGMAD/DAET/SAS/MS, conforme a disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 11)

Art. 1053. O valor do incentivo financeiro de custeio mensal será repassado ao ente federativo beneficiário, observada a modalidade na qual se enquadra, conforme disciplinado no Anexo XXXVI da Portaria de Consolidação nº 5. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 12)

Art. 1054. O Ministro de Estado da Saúde publicará ato específico de habilitação com a relação dos entes federativos beneficiados e os valores dos recursos financeiros mensais a serem repassados. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 13)

Art. 1055. Uma vez publicado o ato de habilitação de que trata o art. 1054, o repasse do incentivo financeiro de custeio mensal será transferido mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde ao fundo de saúde do ente federativo habilitado. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 14)

Art. 1056. As "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS" deverão ser iniciadas no prazo máximo de 30 (trinta) dias contado da data de recebimento da primeira parcela do incentivo financeiro de custeio mensal. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 15)

Art. 1057. O incentivo financeiro de custeio mensal de que trata o art. 1049 será destinado única e exclusivamente à criação e manutenção da Equipe de Desinstitucionalização, de acordo com a tabela constante do Anexo XXXVI da Portaria de Consolidação nº 5, durante todo o período apontado pelo cronograma constante das "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS", observando-se as recomendações dos arts. 68 e 69 da Portaria de Consolidação nº 5. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 17)

§ 1º No curso do processo de desinstitucionalização, com a reinserção comunitária das pessoas até então institucionalizadas, poderá ocorrer a realocação dos profissionais da Equipe de Desinstitucionalização aos pontos de atenção e componentes da RAPS, de acordo com o previsto nas "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS". (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 17, § 1º)

§ 2º Após o cumprimento do cronograma mencionado no "caput", o incentivo financeiro de custeio mensal previsto nesta Seção será utilizado pelo município, condicionado ao envio de ofício do gestor local à CIB, à Secretaria Estadual de Saúde e ao Ministério da Saúde, conforme modelo constante do Anexo XL da Portaria de Consolidação nº 5, para realocação dos profissionais da Equipe de Desinstitucionalização aos pontos de atenção e componentes da RAPS, nas ações de implantação e qualificação da RAPS, conforme Anexo XLI da Portaria de Consolidação nº 5. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 17, § 2º)

§ 3º A realocação dos profissionais de que trata o art. 1057, § 2º não poderá implicar na redução das equipes multiprofissionais mínimas previstas nas portarias que regulamentam os pontos de atenção e componentes da RAPS, nem as já definidas no momento da realocação, servindo apenas como acréscimo para dar continuidade às "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS". (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 17, § 3º)

§ 4º Ao realocar os profissionais para os pontos de atenção da RAPS, o gestor municipal local excluirá a vinculação do SCNES da secretaria municipal de saúde da Equipe Desinstitucionalização e prontamente incluirá os profissionais no SCNES dos pontos de atenção da RAPS para o qual foi realocado. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 17, § 4º)

§ 5º No caso do gestor local não encaminhar o ofício e a descrição da realocação dos profissionais para a qualificação dos pontos de atenção e componentes da RAPS de que tratam os §§ 1º e 2º do "caput", o incentivo financeiro de custeio mensal vigente durante o processo de desinstitucionalização das pessoas internadas será suspenso do teto de Média e Alta Complexidade do respectivo Município. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 17, § 5º)

Art. 1058. No curso do Programa de Desinstitucionalização, com a reinserção comunitária das pessoas até então internadas, os respectivos leitos serão fechados, com a imediata exclusão do número de leitos no SCNES e imediata comunicação à secretaria estadual de saúde e ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 18)

§ 1º Os recursos financeiros correspondentes às Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) dos leitos fechados serão mantidos ou realocados para o teto orçamentário do Município, que se responsabilizará pela atenção às pessoas desinstitucionalizadas, com fins de aplicação na RAPS local. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 18, § 1º)

§ 2º A realocação dos valores correspondentes às AIH dos leitos fechados será pactuada e aprovada na CIR e homologada na CIB. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 18, § 2º)

Art. 1059. Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobra de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 22)

Art. 1060. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, distrital e municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 23)

Art. 1061. Nos casos em que se verificar que não houve a execução do objeto originalmente pactuado e que os recursos financeiros transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde foram executados, total ou parcialmente, em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 24)

Art. 1062. Os recursos financeiros para a execução das atividades de que trata esta Seção são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho nº 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 2840/2014, Art. 25)

CAPÍTULO IV

DO FINANCIAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Seção I

Do Financiamento para a Construção de Ambientes para os Componentes da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Art. 1063. Caso o custo da construção seja inferior ao incentivo repassado pelo Ministério, a respectiva diferença no valor dos recursos poderá ser utilizada pelo município, estado ou Distrito Federal para o acréscimo quantitativo do objeto financiado no mesmo estabelecimento assistencial de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 2º)

Art. 1064. Os entes federativos que forem contemplados com financiamento previsto nos termos desta Seção ficam sujeitos ao cumprimento dos seguintes prazos para execução e conclusão das obras e início do efetivo funcionamento da unidade: (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 3º)

I - no caso de Construção - Centro de Reabilitação ou Oficina Ortopédica: (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 3º, I)

a) até 9 (nove) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para apresentar os documentos necessários ao recebimento da segunda parcela do incentivo financeiro; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 3º, I, a)

b) até 21 (vinte e um) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para conclusão da obra; e (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 3º, I, b)

c) até 90 (noventa) dias, a contar da data do pagamento dos recursos relativos à terceira parcela do incentivo financeiro, para início do funcionamento da unidade. (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 3º, I, c)

II - no caso de Reforma e/ou Ampliação - Centro de Reabilitação ou Oficina Ortopédica: (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 3º, II)

a) até 9 (nove) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para apresentar os documentos necessários ao recebimento da segunda parcela do incentivo financeiro; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 3º, II, a)

b) até 21 (vinte e um) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro, para conclusão da obra; e (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 3º, II, b)

c) 90 (noventa) dias, após a conclusão da obra, para início do funcionamento da unidade. (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 3º, II, c)

Parágrafo Único. O cumprimento dos prazos de que tratam os incisos I e II do "caput" independe da necessidade de recebimento de eventuais outras parcelas referentes ao incentivo financeiro em execução. (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 1065. O Distrito Federal e os municípios são responsáveis pela contínua atualização das informações no SISMOB no mínimo uma vez a cada 60 (sessenta) dias, responsabilizando-se, ainda, pela veracidade e qualidade dos dados fornecidos, quais sejam: (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 4º)

I - informações relativas ao estabelecimento, ao imóvel, ao projeto e à contratação; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 4º, I)

II - informações relativas à execução física da obra; e (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 4º, II)

III - informações relativas à conclusão da obra. (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 4º, III)

Parágrafo Único. Na hipótese de inexistência de modificação das informações descritas neste artigo até 60 (sessenta) dias após a última inserção de dados, o ente federativo ainda assim fica obrigado a acessar o SISMOB para registro dessa atividade pelo próprio sistema informatizado. (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 1066. Caso o SISMOB não seja acessado e/ou atualizado pelo menos uma vez durante um período de 60 (sessenta) dias consecutivos, ou diante do descumprimento dos prazos definidos no art. 1064, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) notificará o gestor de saúde, para que, em até 15 (quinze) dias, apresente justificativa. (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 5º)

§ 1º A SAS/MS terá 15 (quinze) dias para analisar a justificativa apresentada e cientificar o interessado quanto à sua manifestação, a qual poderá ser de: (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 5º, § 1º)

I - aceitação da justificativa; ou (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 5º, § 1º, I)

II - não aceitação da justificativa. (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 5º, § 1º, II)

§ 2º Em caso de aceitação da justificativa, será concedido prazo de 30 (trinta) dias para que o gestor de saúde regularize a situação e efetive o preenchimento do sistema com as informações previstas no art. 1065, incisos I, II e III . (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 5º, § 2º)

§ 3º Em caso de não aceitação ou de não apresentação da justificativa pelo gestor de saúde, a SAS/MS elaborará relatório circunstanciado com descrição dos fatos ocorridos e a indicação das eventuais irregularidades na execução do programa e o encaminhará ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) para realização de auditoria. (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 5º, § 3º)

§ 4º Além do disposto no § 3º, o ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 5º, § 4º)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, se os mencionados recursos foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde até 31 de

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

dezembro de 2012 para o respectivo fundo de saúde e não executados ou executados total ou parcialmente em objeto diverso ao originalmente pactuado; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 5º, § 4º, I)

II - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde a partir de 1º de janeiro de 2013, para o respectivo fundo de saúde e não executados no âmbito do programa; e (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 5º, § 4º, II)

III - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde a partir de 1º de janeiro de 2013 para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado. (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 5º, § 4º, III)

§ 5º O monitoramento de que trata este artigo não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 5º, § 5º)

Art. 1067. No caso de transferências para entidades privadas sem fins lucrativos, essas deverão ser realizadas conforme a legislação vigente pertinente às transferências voluntárias. (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 6º)

Art. 1068. O projeto de arquitetura deverá ser elaborado atendendo as diretrizes dos programas mínimos do Ministério da Saúde, na forma do Anexo 1 do Anexo VI da Portaria de Consolidação nº 3, e as normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS), e submetido à aprovação do órgão de vigilância sanitária local, bem como aos demais órgãos competentes do nível local, quando couber, e atender as diretrizes e regras técnicas fixadas nesta Seção e no Capítulo III, do Anexo VI, da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 7º)

Seção II

Do Incentivo Financeiro de Custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS

Art. 1069. Fica instituído incentivo financeiro de custeio nos seguintes valores: (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 7º)

I - CER II - R$ 140.000,00 (cento e quarenta mil reais) por mês; (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 7º, I)

II - CER III - R$ 200.000,00 (duzentos mil reais) por mês; (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 7º, II)

III - CER IV - R$ 345.000,00 (trezentos e quarenta e cinco mil reais) por mês; (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 7º, III)

IV - Oficina Ortopédica fixa - R$ 54.000,00 (Cinquenta e quatro mil reais) por mês; (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 7º, IV)

V - Oficina Ortopédica itinerante fluvial ou terrestre - R$ 18.000,00 (dezoito mil reais) por mês; e (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 7º, V)

VI - CEO - adicional de 20% (vinte por cento) calculado sobre o valor de custeio atual do serviço. (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 7º, VI)

§ 1º Os recursos referentes ao incentivo financeiro de custeio definidos no caput serão incorporados na forma de incentivo aos tetos financeiros dos estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Para os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação, ficam mantidas as normas atuais de repasse de recursos por produção. (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 7º, § 2º)

Art. 1070. O repasse do incentivo financeiro de custeio definido no art. 1069 será condicionado ao cumprimento dos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 8º)

I - para o CER: (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 8º, I)

a) prontuário único para cada paciente, contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução; (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 8º, I, a)

b) condução da atenção aos usuários conforme diretrizes estabelecidas por instrutivos a serem disponibilizadas no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/sas; (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 8º, I, b)

c) estrutura física e funcional e de equipe multiprofissional devidamente qualificada capacitada para a prestação de assistência especializada para pessoas com deficiência, constituindo-se como referência em habilitação/reabilitação, conforme requisitos disponíveis no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/sas; e (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 8º, I, c)

d) equipe mínima composta por: (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 8º, I, d)

1. médico; (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 8º, I, d, 1)

2. fisioterapeuta; (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 8º, I, d, 2)

3. fonoaudiólogo; (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 8º, I, d, 3)

4. terapeuta ocupacional; (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 8º, I, d, 4)

5. assistente social; e (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 8º, I, d, 5)

6. enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 8º, I, d, 6)

II - para o CEO: (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 8º, II)

a) contar com no mínimo 40 (quarenta) horas semanais de cadeira odontológica para atendimento exclusivo a pessoas com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 8º, II, a)

b) atuar como apoio técnico matricial para as equipes de saúde bucal da atenção básica de sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 8º, II, b)

c) assinatura de Termo de Compromisso, onde serão pactuadas metas mínimas de atendimento a pessoas com deficiência, de acordo com o tipo de CEO, monitoradas posteriormente pelo Ministério da Saúde, por meio de indicadores específicos; e (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 8º, II, c)

III - para Oficina Ortopédica: equipe mínima composta por Coordenador da Oficina, fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional e profissional de nível técnico em órtese e prótese. (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 8º, III)

§ 1º O CER contará ainda com equipe de apoio administrativo e Gerente de Unidade. (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 8º, § 1º)

§ 2º No CER que tiver serviço de reabilitação visual, será obrigatória a contratação de pedagogo e técnico em orientação e mobilidade. (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 8º, § 2º)

§ 3º O profissional técnico de enfermagem poderá ser contratado para compor a equipe desde que já conste enfermeiro no quadro. (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 8º, § 3º)

§ 4º O quantitativo referente a cada uma das categorias profissionais deverá seguir as normas específicas estabelecidas que serão disponibilizadas no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 8º, § 4º)

Art. 1071. Os recursos orçamentários relativos às ações previstas nesta Seção correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes programas de trabalho: (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 9º)

I - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência - 10.301.2015.20YI - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde (PO: 0006) e 10.301.2015.20YI - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde (PO: 0006); (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 9º, I)

II - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade - 10.302.2015.8585.0001; (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 9º, II)

III - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - 10.302.2015.8535.0001; e (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 9º, III)

IV - Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada Nacional - 10.301.2015.8730.0001. (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 9º, IV)

Art. 1072. Além dos recursos de custeio a que se refere o art. 1069, será mantido o repasse de recursos aos tetos financeiros dos estados, Distrito Federal e municípios para o custeio das órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM). (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 10)

Art. 1073. O Ministério da Saúde constituirá grupo de trabalho com o objetivo de realizar estudos de revisão do financiamento dos serviços de saúde auditiva, das órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) e propor formas de financiamento dos serviços atuais que compõem as redes estaduais, distrital e municipais, garantida a participação dos Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde (Conass) e de Secretarias Municipais de Saúde (Consems). (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 11)

Parágrafo Único. O Grupo de Trabalho instituído nos termos do caput disporá do prazo de 90 (noventa) dias, a contar de sua instituição, para a finalização de seus trabalhos, permitida a prorrogação. (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 11, Parágrafo Único)

Seção III

Do Incentivo Financeiro de Investimento para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Art. 1074. Ficam instituídos incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 1º)

Art. 1075. Fica instituído incentivo financeiro de investimento destinado à construção, reforma ou ampliação das sedes físicas dos pontos de atenção e do serviço de oficina ortopédica do Componente Atenção Especializada em Reabilitação, bem como para aquisição de equipamentos e outros materiais permanentes, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 2º)

I - construção de Centro Especializado em Reabilitação (CER): (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 2º, I)

a) CER II - R$ 2.500.000,00 (dois milhões e quinhentos mil reais) para CER com metragem mínima de 1000 m²; (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 2º, I, a)

b) CER III - R$ 3.750.000,00 (três milhões setecentos e cinquenta mil reais) para CER com metragem mínima de 1500m²; (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 2º, I, b)

c) CER IV - R$ 5.000.000,00 (cinco milhões de reais) para CER com metragem mínima de 2000 m²; (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 2º, I, c)

II - construção de Oficina Ortopédica: R$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais) para edificação mínima de 260 m²; (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 2º, II)

III - reforma ou ampliação para qualificação de CER II, CER III e CER IV - até R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais); (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 2º, III)

IV - aquisição de equipamentos e outros materiais permanentes: (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 2º, IV)

a) CER II - até R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais); (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 2º, IV, a)

b) CER III - até R$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais); (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 2º, IV, b)

c) CER IV - até R$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais); e (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 2º, IV, c)

d) Oficina Ortopédica - até R$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil reais). (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 2º, IV, d)

§ 1º Os estados, o Distrito Federal e os municípios proponentes deverão relacionar nos projetos os ambientes a serem construídos, ampliados e/ou reformados, obedecida a estrutura mínima e a caracterização visual do CER e da Oficina Ortopédica, conforme requisitos obrigatórios definidos pelo Ministério da Saúde nos instrutivos a serem disponibilizadas no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os equipamentos e materiais permanentes a serem adquiridos devem estar em consonância com as listas prévias disponibilizadas no endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (FNS), http://www.fns.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 2º, § 2º)

§ 3º As instalações físicas dos estabelecimentos de saúde deverão estar em conformidade com as Normas para Acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiências a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos (NBR 9050:2015). (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 2º, § 3º)

Art. 1076. O incentivo financeiro de investimento definido no art. 1075 será repassado pelo Fundo Nacional de Saúde em 3 (três) parcelas, conforme delineado a seguir: (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 4º)

I - primeira parcela, equivalente a 10% (dez por cento) do valor total aprovado, será repassada após a publicação da portaria específica de habilitação do projeto apresentado; (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 4º, I)

II - segunda parcela, equivalente a 80% (oitenta por cento) do valor total aprovado, será repassada após autorização da SAS/MS, mediante apresentação dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 4º, II)

a) ordem de início do serviço, assinada pelo gestor de saúde local e por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA); (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 4º, II, a)

b) documento comprobatório da propriedade ou posse do terreno. (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 4º, II, b)

III - terceira parcela, equivalente a 10% (dez por cento) do valor total aprovado, será repassada após nova autorização da SAS/MS, mediante apresentação de documento comprobatório da conclusão da edificação da unidade, assinado por profissional habilitado pelo CREA e pelo gestor de saúde responsável. (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 4º, III)

Art. 1077. Além do incentivo financeiro de investimento instituído no art. 1075, o Ministério da Saúde poderá destinar aos CER em funcionamento efetivo veículos adaptados para o transporte sanitário, mediante doação, conforme projeto apresentado e aprovado pela Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 6º)

Parágrafo Único. Serão usuários dos serviços de transporte mencionados no caput pessoas com deficiência que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional ou que manifestem grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos. (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

Seção IV

Do Financiamento dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva

Art. 1078. Os recursos financeiros destinados ao custeio dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva, incluídos no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), serão disponibilizados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios em Gestão Plena de Sistema, em conformidade com os limites definidos no Anexo XCV . (Origem: PRT MS/GM 626/2006, Art. 3º)

Art. 1079. A distribuição dos limites físico e financeiro publicada no Anexo 2 do Anexo VI da Portaria de Consolidação nº 3 e no Anexo XCV poderá ser alterada por determinação das Comissões Intergestores Bipartite Estaduais, em função da complexidade dos serviços e respectiva abrangência, desde que respeitados os limites físico e financeiro total da unidade federada. (Origem: PRT MS/GM 626/2006, Art. 4º)

Art. 1080. A cada habilitação de Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade e Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade, será publicado o limite físico e financeiro a ser acrescido ao limite financeiro dos estados, do Distrito Federal ou dos municípios em Gestão Plena do Sistema.(Origem: PRT MS/GM 626/2006, Art. 5º)

Art. 1081. Quando o limite financeiro estabelecido no Anexo XCV for ultrapassado, seu excedente onerará o limite financeiro de Média e Alta Complexidade dos estados, do Distrito Federal e dos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal. (Origem: PRT MS/GM 626/2006, Art. 6º)

Art. 1082. Os recursos orçamentários correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 626/2006, Art. 7º)

Art. 1083. Ficam definidos, na forma do Anexo XII , os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva e os limites físicos e financeiros dos estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: PRT MS/GM 389/2008, Art. 1º)

§ 1º Os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva devem garantir o atendimento integral ao paciente que compreendem avaliação para diagnóstico, acompanhamento, reavaliação da perda auditiva, terapia fonoaudiológica, seleção, adaptação e fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) e reposição de molde auricular e de AASI. (Origem: PRT MS/GM 389/2008, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Os limites financeiros publicados incluem todos os procedimentos e respectivos parâmetros, previstos na Portaria SAS/MS nº 589, de 8 de outubro de 2004, para o atendimento integral aos pacientes protetizados e para aqueles que, após avaliação diagnóstica, não necessitaram de AASI. (Origem: PRT MS/GM 389/2008, Art. 1º, § 2º)

§ 3º Constam relacionados no Anexo XII os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva a Média Complexidade, com o código de Serviço/Classificação 027/001, e na Alta Complexidade, com o código de Serviço/Classificação 027/002, habilitados, até a presente data. (Origem: PRT MS/GM 389/2008, Art. 1º, § 3º)

Art. 1084. Os recursos financeiros destinados ao custeio dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva, incluídos no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), sejam disponibilizados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios em Gestão Plena de Sistema, em conformidade com os limites definidos no Anexo XII . (Origem: PRT MS/GM 389/2008, Art. 2º)

Art. 1085. A distribuição dos limites físico e financeiro publicada no Anexo XII poderá ser alterada por determinação das Comissões Intergestores Bipartite Estaduais, em função da complexidade dos serviços e respectiva abrangência, desde que respeitados os limites físico e financeiro total da unidade federada. (Origem: PRT MS/GM 389/2008, Art. 3º)

Art. 1086. A cada habilitação de Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade e Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade, será publicado o limite físico e financeiro a ser acrescido ao limite financeiro dos estados, do Distrito Federal ou dos municípios em Gestão Plena do Sistema.(Origem: PRT MS/GM 389/2008, Art. 4º)

Art. 1087. Quando o limite financeiro estabelecido no Anexo XII for ultrapassado, seu excedente onerará o limite financeiro de Média e Alta Complexidade dos estados, do Distrito Federal e dos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal. (Origem: PRT MS/GM 389/2008, Art. 5º)

Art. 1088. Os recursos orçamentários correspondentes correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para procedimentos em Média e Alta Complexidade e 10.302.2 015.8585 - Atenção à Saúde da População para procedimentos em Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 389/2008, Art. 6º)

Art. 1089. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotará as medidas necessárias ao cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 389/2008, Art. 7º)

Seção V

Do Financiamento para Ampliação e Incorporação de Procedimentos para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva

Art. 1090. Os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais, constantes no Anexo III-B, da Portaria GM/MS 2.776, de 18 de dezembro de 2014, serão financiados por meio do Teto de Média e Alta Complexidade (MAC), pós-produção, em conformidade com o limite financeiro estabelecido em portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 15)

§ 1º Farão jus ao recebimento do recurso financeiro de que trata o "caput" os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 15, § 1º)

§ 2º O repasse dos recursos de que trata este artigo ocorrerá em conformidade com a produção dos respectivos procedimentos informados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), observado o limite financeiro estabelecido. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 15, § 2º)

§ 3º O recurso financeiro previsto no "caput" será repassado pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde dos entes federativos beneficiários, respeitando-se a especificidade do serviço. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 15, § 3º)

§ 4º Os recursos para financiamento dos procedimentos de que trata o "caput" permanecerão, por um período de 6 (seis) meses, sendo efetivados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) para a formação de série histórica necessária à sua incorporação ao Teto de Média e Alta Complexidade (MAC) dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme será definido em ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 15, § 4º)

Art. 1091. O repasse dos incentivos financeiros de que trata esta Seção será imediatamente interrompido quando: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 19)

I - constatada, durante o monitoramento, a inobservância dos requisitos de habilitação e das demais condições previstas na Seção II, do Capítulo V, do Anexo VI, da Portaria de Consolidação nº 3; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 19, I)

II - houver falha na alimentação do SIA/SUS e SIH/SUS, por período igual ou superior a 3 (três) competências consecutivas, conforme determinação contida na Seção II do Capítulo III do Título VII da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 19, II)

Parágrafo Único. Uma vez interrompido o repasse do incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido após novo procedimento de habilitação, em que fique demonstrado o cumprimento de todos os requisitos previstos na Seção II, do Capítulo V, do Anexo VI, da Portaria de Consolidação nº 3, hipótese em que o custeio voltará a ser pago, sem efeitos retroativos, a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 1092. Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobra de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 20)

Art. 1093. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, distrital e municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 21)

Art. 1094. Nos casos em que for verificado que os recursos financeiros transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde foram executados, total ou parcialmente em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o regramento disposto na Lei Complementar nº141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 22)

Art. 1095. A Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) emitida para a realização do procedimento de manutenção da prótese de implante coclear (03.01.07.017-2) terá validade fixa de 12 (doze) competências. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 32)

§ 1º Na APAC inicial do procedimento descrito no art. 46 do Anexo VI da Portaria de Consolidação nº 3 deverá ser registrado o procedimento principal de manutenção com o quantitativo 1 (um), compatibilizando-o com os procedimentos secundários necessários e quantificados. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 32, § 1º)

§ 2º A partir da segunda competência (APAC de continuidades), se houver necessidade de trocas, o procedimento principal de manutenção da prótese de implante coclear (03.01.07. 017-2) deverá ser registrado com o quantitativo zerado e os respectivos procedimentos secundários quantificados, durante o período de validade da APAC. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 32, § 2º)

Art. 1096. Os recursos orçamentários, de que trata esta Seção, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 35)

CAPÍTULO V

DO FINANCIAMENTO DA REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR (RENAST)

Seção I

Das Disposições Gerais

Art. 1097. O incentivo de implantação, voltado para a estruturação do Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), e os repasses mensais correrão por conta do Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade, do orçamento do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 10)

§ 1º O incentivo de implantação no valor de R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) será pago em uma só vez no ato da habilitação. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 10, § 1º)

§ 2º Os recursos deverão ser repassados do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, no bloco de gestão do SUS e no bloco de financiamento da média e alta complexidade, conforme o caso, e serão aplicados pelas Secretarias de Saúde e fiscalizados pelo Conselho de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 10, § 2º)

§ 3º Os recursos destinam-se ao custeio das ações de promoção, prevenção, proteção e vigilância desenvolvidas pelos CERESTs, sendo vedada a utilização destes recursos nos casos especificados na Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 10, § 3º)

§ 4º A destinação dos recursos deverá constar nos Planos de Saúde nacional, estaduais, distrital, municipais e respectivas Programações Anuais. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 10, § 4º)

Art. 1098. Os CERESTs a serem habilitados serão classificados segundo os valores de manutenção abaixo: (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 11)

I - municipais e regionais, sob gestão estadual ou municipal, R$ 30.000,00 (trinta mil reais) mensais; e (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 11, I)

II - estaduais, R$ 40.000,00 (quarenta mil reais) mensais. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 11, II)

Art. 1099. O custeio dos CERESTs será financiado pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), com recursos novos disponibilizados pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 14)

Art. 1100. Os recursos orçamentários objeto desta Seção correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho: (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 15)

I - 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade; (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 15, I)

II - 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 15, II)

Seção II

Do Custeio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador que Especifica

Art. 1101. Ficam estabelecidos recursos financeiros no montante anual de R$ 2.280.000,00 (dois milhões, duzentos e oitenta mil reais) a ser incorporado ao Componente Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios, conforme o Anexo XXXIX . (Origem: PRT MS/GM 3435/2016, Art. 1º)

Parágrafo Único. Os recursos serão destinados ao custeio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, localizados nos Estados e Municípios constantes do Anexo XXXIX . (Origem: PRT MS/GM 3435/2016, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 1102. O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, em parcelas mensais, do montante estabelecido no art. 1101 aos Fundos Estadual e Municipais de Saúde, constantes do Anexo XXXIX . (Origem: PRT MS/GM 3435/2016, Art. 2º)

Art. 1103. Os recursos orçamentários objeto desta Seção correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho: 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para procedimentos em Média e Alta complexidade - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Plano Orçamentário 0000. (Origem: PRT MS/GM 3435/2016, Art. 3º)

TÍTULO IX

DO FINANCIAMENTO FUNDO A FUNDO PARA EXECUÇÃO DE OBRAS

Art. 1104. Este Título dispõe sobre as transferências, fundo a fundo, de recursos financeiros de capital ou corrente, do Ministério da Saúde a estados, Distrito Federal e municípios destinados à execução de obras de construção, ampliação e reforma. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 1º)

Art. 1105. Para pleitear os recursos financeiros de que trata este Título, os estados, o Distrito Federal e os municípios deverão cadastrar sua proposta de projeto no Sistema de Monitoramento de Obras Fundo a Fundo (SISMOB), disponível no portal eletrônico do Fundo Nacional de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 2º)

§ 1º Fica instituído o SISMOB como o sistema informatizado de cadastro e análise da proposta de projeto e monitoramento da execução da obra e reforma; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 2º, § 1º)

§ 2º O SISMOB deverá subsidiar a avaliação finalística dos investimentos necessários à implementação das Políticas e Programas pelo gestor federal, bem como servir de instrumento de gerenciamento por parte dos gestores estaduais, municipais e distrital; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Portaria específica do Ministro de Estado da Saúde disporá sobre o SISMOB, precipuamente sobre a responsabilidade pela gestão, objetivos e funcionalidades do sistema. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 2º, § 3º)

Art. 1106. As obras de construção, ampliação e de reforma financiadas pelo Ministério da Saúde, na modalidade fundo a fundo, integrantes de políticas ou programas do Ministério da Saúde, serão regulamentados em atos normativos específicos, devendo observar ainda: (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 3º)

I - o objeto a ser financiado será definido na portaria da política ou programa, que determinará as suas características mínimas, funcionalidades, finalidades, previsão em instrumento de planejamento formal e programa de trabalho orçamentário onerado; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 3º, I)

II - os recursos orçamentários e financeiros de que dispõe este Título terão por fonte recursos de programação ou de emendas parlamentares, em dotação orçamentária do programa de trabalho vinculado à Política ou Programa em que se insere o objeto; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 3º, II)

III - a Área Técnica responsável pela política ou programa deverá elaborar orientações sobre configurações mínimas de ambientes e fluxos assistenciais, conforme atos normativos da vigilância sanitária; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 3º, III)

IV - o processo de financiamento está condicionado à efetiva disponibilização, pela área técnica finalística responsável, do objeto financiado pela política ou programa no SISMOB; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 3º, IV)

V - cada política ou programa deverá estabelecer o valor mínimo de transferência do Ministério da Saúde para obras de reforma e ampliação, que será divulgado no portal do Fundo Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 3º, V)

VI - para o objeto de construção, o valor de transferência do Ministério da Saúde será informado no Portal do Fundo Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 3º, VI)

VII - o valor máximo para incentivo destinado à reforma será de 60% (sessenta por cento) do valor da construção de uma unidade nova; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 3º, VII)

VIII - o valor máximo para incentivo destinado à ampliação será de 100% (cem por cento) do valor da construção de uma unidade nova; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 3º, VIII)

IX - no caso de objeto reforma ou ampliação, o proponente deverá informar a metragem total a ser reformada ou ampliada, que servirá de base para cálculo do valor a ser transferido pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 3º, IX)

X - os valores de referência, estudos e parâmetros técnicos que subsidiam o financiamento fundo a fundo de obras serão pactuados de forma tripartite e divulgados no portal do Fundo Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 3º, X)

XI - no caso de objeto reforma ou ampliação, o proponente deverá informar a metragem total a ser reformada ou ampliada, que servirá de base para cálculo do valor a ser transferido pelo Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 3º, XI)

XII - na hipótese de atualização, pelo Ministério da Saúde, dos valores de financiamento, não caberá a revisão de valores aprovados anteriormente à referida atualização. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 3º, XII)

Art. 1107. A proposta de projeto para recebimento de transferência de recursos financeiros fundo a fundo para obra deverá estar embasada em um planejamento integrado, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 4º)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300629

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

I - as obras financiadas fundo a fundo deverão inserir-se em plano de saúde e programação anual de saúde, assim como discutidas e pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com previsão dos recursos necessários para operação e manutenção, e a necessidade de responsabilidade compartilhada sobre o custeio, caso se aplique; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 4º, I)

II - como condição para o cadastro da proposta de projeto no SISMOB, o proponente deverá responder a questionário eletrônico sobre o atendimento dos requisitos estabelecidos na Política ou Programa, aos requisitos deste Título, assim como outros questionamentos que permitam avaliar capacidade técnica de execução, gestão e manutenção; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 4º, II)

III - no caso de objeto ampliação ou reforma, o proponente deverá informar os ambientes existentes e a configuração final planejada, que, em caso de aprovação da proposta de projeto, deverá ser atualizada na fase de monitoramento, após a elaboração do projeto básico; e (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 4º, III)

IV - no caso de objeto construção, o sistema informatizado de cadastro informará a configuração mínima de ambientes desejada para aquele tipo de unidade. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 4º, IV)

Art. 1108. O cadastro, análise e aprovação de proposta de projeto obedecerá ao planejamento e disponibilidade orçamentária para os recursos de programação e, no caso das emendas parlamentares, ao calendário definido para execução, observando, ainda, o seguinte: (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 5º)

I - as propostas de projeto cadastradas terão análise e aprovação de mérito pela Área Técnica responsável pela Política ou Programa; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 5º, I)

II - no caso de objeto construção, a compatibilidade do valor de transferência do Ministério da Saúde com o custo estimado de execução do objeto será fundamentada na sua padronização e na definição do valor máximo de transferência, calculado a partir de estudo dos custos da planilha orçamentária do projeto de referência; e(Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 5º, II)

III - no caso dos objetos ampliação e reforma, a compatibilidade com o custo estimado será assegurada por meio da definição do valor paramétrico R$/m2. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 5º, III)

Parágrafo Único. É de responsabilidade dos estados, Distrito Federal e municípios observar o cumprimento das normas do Decreto nº 7.983 de 8 de abril de 2013, nas licitações que realizar para a contratação de obras ou serviços de engenharia com os recursos transferidos. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 1109. Os valores aprovados nos termos deste Título serão a título de participação da União no financiamento tripartite do SUS, transferidos em parcela única e, caso o custo da obra seja maior do que o valor aprovado pelo Ministério da Saúde, o aporte adicional será de responsabilidade dos estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 6º)

§ 1º Após a aprovação da proposta, a habilitação se dará através da publicação de portaria ministerial específica e respectivo empenho; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 6º, § 1º)

§ 2º A portaria de habilitação deverá prever a devolução dos recursos transferidos e não executados no objeto aprovado ou nos termos deste Título, bem como os rendimentos financeiros, sem necessidade de autorização prévia do Estado, Distrito Federal ou Município beneficiado; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 6º, § 2º)

§ 3º A publicação de portaria de habilitação estará condicionada à disponibilidade de recursos orçamentários e ao cronograma de execução das emendas parlamentares; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 6º, § 3º)

§ 4º No caso de habilitação vinculada a recursos de programação, a sua execução orçamentária poderá ser plurianual; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 6º, § 4º)

§ 5º Os recursos financeiros aprovados serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o fundo do estado, Distrito Federal e município beneficiado. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 6º, § 5º)

Art. 1110. Os estados, Distrito Federal e municípios com proposta habilitada disporão dos seguintes prazos máximos para conclusão das etapas: (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 7º)

I - Etapa de Ação preparatória - fase iniciada com a habilitação da proposta em portaria específica e finalizada com o parecer favorável para transferência dos recursos da União, devendo ser superada dentro do prazo máximo de 270 (duzentos e setenta) dias, prorrogáveis por mais 270 (duzentos e setenta) dias; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 7º, I)

II - Etapa de Início de execução da obra - fase iniciada com a transferência dos recursos financeiros da União e finalizada com a informação de execução de 30% da obra, devendo ser superada dentro do prazo máximo de 90 (noventa) dias, prorrogáveis por mais 90 (noventa) dias; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 7º, II)

III - Etapa de Execução e Conclusão da obra - fase iniciada com a informação de execução de 30% (trinta por cento) da obra e finalizada com a informação de execução de 100% da obra, devendo ser superada dentro do prazo máximo de 270 (duzentos e setenta) dias, prorrogáveis por mais 270 (duzentos e setenta) dias; e(Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 7º, III)

IV - Etapa de Entrada em Funcionamento - aplicável para os objetos ampliação e construção, fase iniciada com a informação sobre execução de 100% da obra e finalizada com a informação sobre a data de início do funcionamento e número do registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), devendo ser superada dentro do prazo máximo de 90 (noventa) dias, prorrogáveis por mais 90 (noventa) dias. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 7º, IV)

§ 1º As etapas dispostas no "caput" servem de marcos gerenciais para classificação e monitoramento da situação e dos prazos, por parte do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 7º, § 1º)

§ 2º A emissão de parecer favorável para transferência dos recursos referentes à participação da União ocorrerá somente após a verificação, pela área técnica, de inserção da comprovação da aprovação do projeto básico na Vigilância Sanitária, da ordem de serviço assinada pelo gestor local e, nos casos de objetos ampliação e construção, também da inserção no SISMOB da certidão emitida em cartório de registro de imóveis comprovando o exercício de plenos poderes do ente federativo sobre o terreno; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 7º, § 2º)

§ 3º Deverão ser informados, no SISMOB, os responsáveis técnicos, fiscal da obra e fiscal do contrato, nos termos da legislação vigente sobre execução de obras públicas; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 7º, § 3º)

§ 4º Deverão ser informados, no SISMOB, o regime de execução da obra, marcos do processo licitatório e dados das empresas executoras; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 7º, § 4º)

§ 5º Deverão ser inseridos, no SISMOB, registros fotográficos do terreno e de evolução da obra; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 7º, § 5º)

§ 6º Além dos documentos e informações mencionados, o SISMOB disporá de campos para inserção de outros documentos e informações que permitam o registro do planejamento e da execução da obra, a título de registro e subsídio ao gerenciamento da obra pelos Estados, Distrito Federal e Municípios; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 7º, § 6º)

§ 7º A alteração de endereço deve ser solicitada no SISMOB, cabendo apenas para o objeto construção e anterior à aprovação da transferência dos recursos pela União; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 7º, § 7º)

§ 8º No caso da impossibilidade de atendimento do prazo para a execução de etapa, será possível a solicitação de prorrogação mediante apresentação de justificativa e quantidade de dias necessários para superação, observados os prazos máximos dispostos neste Título; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 7º, § 8º)

§ 9º A falta de informação sobre situação de funcionamento ensejará impossibilidade de aprovação de novas propostas dentro da mesma Política e Programa para o Fundo beneficiado, podendo a vedação ser estendida para outros investimentos, conforme pactuação tripartite; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 7º, § 9º)

§ 10. A paralisação de obra deverá ser informada no SISMOB, juntamente com documentos comprobatórios e a previsão de retorno, sem efeito suspensivo dos prazos dispostos neste artigo. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 7º, § 10)

Art. 1111. Os estados, Distrito Federal e municípios são responsáveis pela observância dos preceitos legais e boas práticas em todas as fases da obra, zelando por sua qualidade, gestão do pagamento ao fornecedor, bem como pela guarda da documentação pertinente. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 8º)

Art. 1112. Além dos prazos de que trata o art. 1110, a situação da obra, inclusive as etapas de ação preparatória e de entrada em funcionamento, deverão ser atualizadas periodicamente, no mínimo, a cada 60 (sessenta) dias, cessando a obrigação com a inserção da informação sobre data de funcionamento nos casos de construção e ampliação ou atestado de conclusão, no caso de reforma. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 9º)

Art. 1113. O Ministério da Saúde notificará eletronicamente, via SISMOB, a situação de obra com etapa de execução ou atualização periódica dos dados vencida, observando o seguinte: (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 10)

I - a notificação conterá o motivo da comunicação, notificações anteriores e prazo para resposta, que não poderá ser superior a 30 (trinta) dias a contar do registro de leitura no SISMOB; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 10, I)

II - no caso de não atendimento do prazo de resposta, será realizada nova notificação, até no máximo em mais 2 (duas) vezes, totalizando 3 (três) notificações; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 10, II)

III - na situação de não resposta às notificações, a proposta será desabilitada por meio de portaria específica, devendo a Área Técnica responsável pela política ou programa informar à Secretaria-Executiva, para adoção de procedimentos cabíveis; e (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 10, III)

IV - em situações excepcionais, constatada situação em que cabe verificação no local da obra ou adoção de medidas adicionais com vistas ao alcance dos objetivos da política ou do programa, o Ministério da Saúde poderá providenciar ações integradas para saneamento da situação. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 10, IV)

Parágrafo Único. Serão notificados os responsáveis pelo monitoramento das obras cadastrados pelo representante do estado, município ou Distrito Federal no SISMOB e a confirmação de leitura por qualquer um dos responsáveis configura a ciência da notificação pelo ente. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 1114. Os estados, Distrito Federal e municípios que responderem à notificação ou que solicitarem, por iniciativa própria, a prorrogação de prazo, terão a justificativa analisada pela área técnica responsável pela política ou programa, conforme o disposto abaixo: (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 11)

I - no caso de justificativa insuficiente, o proponente: (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 11, I)

a) será informado por meio de parecer, no SISMOB, sobre a diligência; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 11, I, a)

b) deverá responder no prazo definido pela área técnica, cujo limite máximo é de 30 (trinta) dias corridos, a contar da data do parecer; e (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 11, I, b)

c) deverá superar a situação de justificativa insuficiente no prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da data de inserção do parecer com a primeira diligência; com o não atendimento resultando em não aprovação; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 11, I, c)

II - no caso de justificativa não aprovada, a proposta será desabilitada em portaria específica, devendo a Área Técnica informar à Secretaria-Executiva para adoção de procedimentos cabíveis; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 11, II)

III - em situações excepcionais, constatada situação em que cabe verificação no local da obra ou adoção de medidas adicionais com vistas ao alcance dos objetivos da política ou do programa, o Ministério da Saúde poderá providenciar ações integradas para saneamento da situação; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 11, III)

IV - no caso de justificativa aprovada, o prazo para execução da etapa será prorrogado pelo tempo autorizado eletronicamente, por meio do SISMOB; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 11, IV)

V - as aprovações de prorrogações de prazo poderão ocorrer, após análise caso a caso, desde que seja configurada a ocorrência de fatos alheios à governabilidade do proponente ou por avaliação da área técnica sobre o alcance dos objetivos da política e do programa; e (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 11, V)

VI - as propostas aprovadas a partir do exercício financeiro de 2017 deverão observar o prazo de vigência de até 48 (quarenta e oito meses) meses a contar da data de publicação da portaria de habilitação, vencido o prazo a proposta será desabilitada em portaria específica, devendo a Área Técnica informar à Secretaria-Executiva para adoção de procedimentos cabíveis. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 11, VI)

Art. 1115. O Ministério da Saúde promoverá o monitoramento amostral, periódico e "in loco" das obras, por meio da ação integrada da área técnica com a Secretaria-Executiva, observando ainda: (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 12)

I - constatada situação de impropriedade, o Ministério da Saúde deverá notificar eletronicamente o estado, Distrito Federal ou município, que disporá de prazo para saná-la; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 12, I)

II - persistindo a impropriedade, a Área Técnica elaborará relatório circunstanciado e promoverá a desabilitação da proposta em portaria específica, devendo encaminhar para a Secretaria-Executiva para adoção de procedimentos cabíveis; e (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 12, II)

III - em situações excepcionais, constatada situação em que cabe verificação no local da obra ou adoção de medidas adicionais com vistas ao alcance dos objetivos da Política ou do Programa, o Ministério da Saúde poderá providenciar ações integradas para saneamento da situação, observada a vigência de 48 (quarenta e oito) meses da proposta. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 12, III)

§ 1º Os critérios estatísticos de amostragem, periodicidade e abrangência serão definidos conforme o nível de complexidade e necessidade, bem como divulgados na página do SISMOB. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 12, § 1º)

§ 2º As fotos e documentos inseridos no SISMOB têm caráter de documento público, sendo a sua adulteração ou declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita sujeita às sanções penais, cíveis e administrativas cabíveis. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 12, § 2º)

§ 3º O Ministério da Saúde notificará eletronicamente o estado, Distrito Federal ou município para o atendimento de determinações de órgãos de controle oriundas de auditorias, informando o prazo para resposta. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 12, § 3º)

Art. 1116. A comprovação da execução dos investimentos aprovados para obras via fundo a fundo deverá ser realizada por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 13)

Art. 1117. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, distrital e municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados ao Fundo Nacional de Saúde, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 14)

Art. 1118. Os procedimentos administrativos para devolução de recursos financeiros serão informados por meio de fluxos e documentos a serem disponibilizados no endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde www.fns.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 15)

Art. 1119. As propostas habilitadas até a data de publicação da Portaria nº 381/GM/MS, de 06 de fevereiro de 2017 obedecerão aos dispositivos vigentes à época de sua habilitação no que se refere ao pagamento em parcelas e à documentação para solicitação de novas parcelas e prazos para superação das etapas, nas demais questões aplica-se o disposto neste Título. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 16)

Art. 1120. Em relação às propostas habilitadas até 31 de dezembro de 2016, as notificações realizadas devido à não observância de prazos, por meio de ofício ou via SISMOB, anteriores à data de publicação da Portaria nº 381/GM/MS, de 06 de fevereiro de 2017, deverão ser contabilizadas para efeito de desabilitação de propostas com mais de 3 (três) notificações realizadas sem retorno dos estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 17)

§ 1º As propostas em situação de execução de obra, que estão fora do prazo de execução estabelecido pelo Ministério da Saúde, serão notificadas no dia 1º de março de 2017, tendo o estado, município ou Distrito Federal até o dia 12 de maio de 2017 para apresentar justificativa e novo prazo, nova e última notificação será

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

realizada no dia 18 de maio de 2017, sendo o prazo final de resposta dos entes federativos até o dia 23 de junho de 2017 (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 17, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1164/2017)

§ 2º As propostas em situação de execução de obra sem retorno do estado, município ou Distrito Federal, até o dia 12 de maio de 2017, serão desabilitadas, devendo a área técnica encaminhar relatório circunstanciado para a Secretaria-Executiva; (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 17, § 2º)

§ 3º As propostas de projetos que tiveram prazo prorrogado não atendido serão desabilitadas, devendo a área técnica encaminhar relatório circunstanciado para a Secretaria-Executiva. (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 17, § 3º)

§ 4º O prazo a ser concedido para conclusão da obra será o prazo constante no cronograma de obra licitado, que deverá ser inserido no SISMOB, sendo que as obras, por razão justificada, não tenham cronograma, o prazo será, no máximo, o de prorrogação estabelecido no art. 1110 (Origem: PRT MS/GM 381/2017, Art. 17, § 4º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1164/2017)

TÍTULO X

DAS CONDICIONALIDADES PARA AS TRANSFERÊNCIAS FINANCEIRAS

CAPÍTULO I

DA OPERACIONALIZAÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS FEDERAIS AOS ESTADOS, AO DISTRITO FEDERAL E AOS MUNICÍPIOS, A SEREM REPASSADOS DE FORMA AUTOMÁTICA, SOB A MODALIDADE FUNDO A FUNDO, EM CONTA ÚNICA E ESPECÍFICA PARA CADA BLOCO DE FINANCIAMENTO

Art. 1121. Ficam definidas as orientações para operacionalização das transferências de recursos federais aos estados, Distrito Federal e municípios, a serem repassados de forma automática, sob a modalidade fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento de que trata esta Portaria. (Origem: PRT MS/GM 412/2013, Art. 1º)

Art. 1122. As contas específicas para operacionalização das transferências de recursos federais aos estados, Distrito Federal e municípios serão abertas pelo Ministério da Saúde, por meio da Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS), por processo automático, para todos os blocos de financiamento de que trata a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, exclusivamente nas seguintes instituições financeiras: (Origem: PRT MS/GM 412/2013, Art. 2º)

I - Banco do Brasil S/A; (Origem: PRT MS/GM 412/2013, Art. 2º, I)

II - Caixa Econômica Federal; (Origem: PRT MS/GM 412/2013, Art. 2º, II)

III - Banco da Amazônia S/A; e (Origem: PRT MS/GM 412/2013, Art. 2º, III)

IV - Banco do Nordeste do Brasil S/A. (Origem: PRT MS/GM 412/2013, Art. 2º, IV)

§ 1º As instituições financeiras de que trata este artigo deverão firmar acordos de cooperação com o FNS/SE/MS, para estabelecer as regras de operacionalização. (Origem: PRT MS/GM 412/2013, Art. 2º, § 1º)

§ 2º O FNS/SE/MS somente abrirá contas vinculadas ao Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) próprio do respectivo fundo de saúde, nos termos do regulamento editado pela Secretaria da Receita Federal do Brasil. (Origem: PRT MS/GM 412/2013, Art. 2º, § 2º)

Art. 1123. Os recursos federais provenientes de acordos de empréstimos internacionais serão movimentados por meio de contas específicas abertas com a nomenclatura do respectivo bloco de financiamento. (Origem: PRT MS/GM 412/2013, Art. 3º)

Art. 1124. Os recursos do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica serão movimentados por meio de contas específicas abertas para cada um de seus componentes. (Origem: PRT MS/GM 412/2013, Art. 4º)

Art. 1125. Os recursos financeiros relativos às ações vinculadas a cada bloco de financiamento serão transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios conforme cronograma de desembolso do Fundo Nacional de Saúde, obedecida a programação financeira do Tesouro Nacional. (Origem: PRT MS/GM 412/2013, Art. 5º)

Art. 1126. As contas correntes para repasse de recursos oriundos do Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde serão abertas em conformidade com o projeto aprovado. (Origem: PRT MS/GM 412/2013, Art. 6º)

Art. 1127. A solicitação de alteração do domicílio bancário pelo gestor de saúde deverá ser feita por meio de encaminhamento de expediente, incluindo-se a respectiva exposição de motivos, ao Diretor-Executivo do FNS/SE/MS, para fim de análise de sua viabilidade. (Origem: PRT MS/GM 412/2013, Art. 7º)

Art. 1128. As regras de formação da nomenclatura das contas correntes encontram-se no Anexo LXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 412/2013, Art. 8º)

Seção I

Do Limite Financeiro Global do Município, do Estado e do Distrito Federal Referente aos Recursos Federais de Custeio e Condições de Suspensão

Art. 1129. Fica estabelecido que o Termo do Limite Financeiro Global do Município, do Estado e do Distrito Federal refere-se aos recursos federais de custeio, referentes àquela unidade federada, explicitando o valor correspondente a cada bloco, na forma dos Anexos X, XI e XII da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 5º)

§ 1º No Termo do Limite Financeiro Global do Município, no que se refere ao Bloco da Média e Alta Complexidade, serão discriminados os recursos para a população própria e os relativos à população referenciada. (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Os recursos relativos ao Termo do Limite Financeiro Global do Município, do Estado e do DF serão transferidos pelo Ministério da Saúde, de forma regular e automática, ao respectivo Fundo de Saúde, excetuando os recursos transferidos diretamente às unidades universitárias federais e aqueles previstos no Termo de Cooperação entre Entes Públicos. (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 5º, § 2º)

§ 3º O Termo do Limite Financeiro Global do Município deverá explicitar também os recursos de custeio próprios das esferas municipal e estadual. Caso não seja possível explicitá-los por blocos, deverá ser informado apenas o total do recurso. (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 5º, § 3º)

Art. 1130. São normas para a definição, alteração e suspensão dos valores do Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 7º)

I - a alocação do recurso referente ao Bloco Financeiro de Média e Alta Complexidade da Assistência será definido de acordo com a Programação Pactuada e Integrada - PPI; (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 7º, I)

II - a alteração no valor do recurso Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal, deve ser aprovada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhada ao Ministério da Saúde para publicação; e (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 7º, II)

III - as transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para estados, DF e municípios serão suspensas nas seguintes situações: (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 7º, III)

a) não pagamento dos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS, exceto as situações excepcionais devidamente justificadas; (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 7º, III, a)

b) falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, no prazo de um ano; e (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 7º, III, b)

c) indicação de suspensão decorrente de relatório da Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do município, Distrito Federal ou estado envolvido. (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 7º, III, c)

Seção II

Das Condições e Circunstâncias que Permitem a Realização de Saques para Pagamento em Dinheiro a Pessoas Físicas que Não Possuam Conta Bancária ou Saques para Atender a Despesas de Pequeno Vulto

Art. 1131. Esta Seção regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o § 5º do art. 2º do Decreto nº 7.507, de 27 de junho de 2011, para estabelecer as condições e circunstâncias que permitem a realização de saques para pagamento em dinheiro a pessoas físicas que não possuam conta bancária ou saques para atender a despesas de pequeno vulto. (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 1º)

Art. 1132. Para os fins do disposto no art. 1131, será permitida a realização de saques apenas para os fins de realização de ações de investigação de surtos, epidemias e outras emergências em saúde pública, devidamente configurada, mediante o emprego de recursos financeiros transferidos do Fundo Nacional de Saúde para esta finalidade específica. (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 2º)

Art. 1133. Os saques em dinheiro para pagamento de despesas de pequeno vulto ficam limitados ao montante total de 10% (dez por cento) do valor estabelecido na alínea "a" do inciso II do art. 23 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, a cada exercício financeiro. (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 3º)

Art. 1134. O valor unitário de cada pagamento feito com o montante total sacado, nos termos do art. 1133, não poderá ultrapassar o limite de 1% (um por cento) do valor estabelecido na alínea "a" do inciso II do art. 23 da Lei nº 8.666, de 1993, vedado o fracionamento de despesa ou do documento comprobatório. (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 4º)

Art. 1135. O Fundo Nacional de Saúde adotará as providências necessárias para efetuar as transferências de recursos para as instituições financeiras oficiais federais de que trata o caput do art. 2º do Decreto nº 7.507, de 2011. (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 5º)

Art. 1136. O Sistema Nacional de Auditoria acompanhará, com fundamento nos relatórios de gestão, a conformidade da aplicação dos recursos transferidos mediante a análise de sua movimentação por meio das instituições financeiras oficiais federais de que trata o art. 1135. (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 6º)

Art. 1137. Os saques em dinheiro para pagamento de despesas de pequeno vulto em conta aberta pelo Fundo Nacional de Saúde para transferência de recursos financeiros aos Fundos de Saúde dos demais entes federativos na modalidade "fundo a fundo", na forma prevista no art. 1132, serão justificados e incluídos em itens específicos na Tomada de Contas Anual apresentada ao Tribunal de Contas do Estado ou Tribunal de Contas do Município, conforme o caso, bem como relacionadas no Relatório Anual de Gestão (RAG) a ser submetido à apreciação do Conselho de Saúde competente. (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 6º-A)

Art. 1138. Fica vedada a movimentação de recursos financeiros em conta aberta pelo Fundo Nacional de Saúde para transferência de recursos financeiros aos fundos de saúde dos demais entes federativos na modalidade "fundo a fundo" para pagamento de despesas por meio de emissão de cheque. (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 6º-B)

Art. 1139. Os recursos de custeio repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos demais entes federativos na modalidade "fundo a fundo", enquanto não empregados na finalidade para que foram repassados, serão obrigatoriamente aplicados em instituição financeira pública federal, por meio da conta aberta pelo Fundo Nacional de Saúde, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 6º-C)

I - em caderneta de poupança, se a previsão de utilização do recurso financeiro for igual ou superior a 1 (um) mês; e (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 6º-C, I)

II - em fundo de aplicação financeira de curto prazo ou operação de mercado aberto lastreado em título da dívida pública, quando sua utilização estiver prevista para prazos menores ao disposto no inciso I do caput. (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 6º-C, II)

§ 1º Os rendimentos das aplicações financeiras somente poderão ser aplicados na finalidade prevista para o programa objeto do repasse, devendo ser identificados e incluídos na Tomada de Contas Anual apresentada ao Tribunal de Contas do Estado ou ao Tribunal de Contas do Município, conforme o caso, bem como relacionadas no RAG a ser submetido à apreciação do Conselho de Saúde competente. (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 6º-C, § 1º)

§ 2º As receitas oriundas dos rendimentos da aplicação no mercado financeiros não poderão ser computadas como contrapartida do respectivo ente federativo. (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 6º-C, § 2º)

CAPÍTULO II

DA TABELA DIFERENCIADA PARA REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE

Art. 1140. Os estados, Distrito Federal e municípios que adotarem tabela diferenciada para remuneração de serviços assistenciais de saúde deverão, para efeito de complementação financeira, empregar recursos próprios estaduais e/ou municipais, sendo vedada a utilização de recursos federais para esta finalidade. (Origem: PRT MS/GM 1606/2001, Art. 1º)

Art. 1141. A utilização de tabela diferenciada para remuneração de serviços de saúde não poderá acarretar, sob nenhuma circunstância, em discriminação no acesso ou no atendimento dos usuários referenciados por outros municípios ou estados no processo de Programação Pactuada Integrada (PPI). (Origem: PRT MS/GM 1606/2001, Art. 2º)

Parágrafo Único. Para evitar a que o Tesouro Municipal seja onerado pelos serviços prestados a cidadãos de outros municípios, os gestores municipais que decidirem por complementar os valores da tabela nacional de procedimentos deverão buscar, em articulação com os gestores dos municípios que utilizem sua rede assistencial, a implementação de mecanismos de cooperação para a provisão dos serviços. (Origem: PRT MS/GM 1606/2001, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 1142. Os municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) deverão informar, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, à respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB), as alterações a serem efetuadas nos valores das tabelas. (Origem: PRT MS/GM 1606/2001, Art. 3º)

CAPÍTULO III

DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS, ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

Art. 1143. Fica estabelecido que, para fins de financiamento dos procedimentos hemodialíticos às pessoas com sorologia positiva para hepatite B ou hepatite C, os gestores dos estados, municípios e Distrito Federal deverão enviar ao Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde- Departamento de Atenção Especializada e Temática/Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade ofício com a aprovação e relação dos respectivos serviços habilitados e que realizam o descarte dos dialisadores e linhas arteriais e venosas para todos os procedimentos hemodialíticos em paciente com sorologia positiva para hepatite B ou hepatite C, a partir de 13 de março de 2015. (Origem: PRT MS/GM 584/2015, Art. 3º)

Parágrafo Único. Para fins de que trata o caput, considera-se sorologia positiva para hepatite B e hepatite C os resultados de exames sanguíneos positivos para HbsAg e Anti HCV, respectivamente. (Origem: PRT MS/GM 584/2015, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 1144. Os estabelecimentos de saúde autorizados a prestarem a atenção à saúde às pessoas com Doença Renal Crônica no âmbito do SUS, incluindo-se a realização dos procedimentos hemodialíticos às pessoas com sorologia positiva para hepatite B ou hepatite C, estarão submetidos igualmente às regras de regulação, controle e avaliação por parte dos respectivos gestores, conforme estabelecido no art. 90 do Anexo IV da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 584/2015, Art. 4º)

Art. 1145. Fica estabelecido que o custeio dos procedimentos hemodialíticos às pessoas com sorologia positiva para hepatite B ou hepatite C será financiado por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), após a apuração da produção no Banco de Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). (Origem: PRT MS/GM 584/2015, Art. 5º)

Art. 1146. Fica estabelecido que os recursos orçamentários referentes aos procedimentos hemodialíticos às pessoas com sorologia positiva para hepatite B ou hepatite C corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 584/2015, Art. 6º)

CAPÍTULO IV

DO MONITORAMENTO E CONTROLE DOS RECURSOS FINANCEIROS TRANSFERIDOS FUNDO A FUNDO

(Origem: PRT MS/GM 204/2007, CAPÍTULO III)

Art. 1147. A comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, far-se-á para o Ministério da Saúde, mediante relatório de gestão, que deve ser elaborado anualmente e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 32)

§ 1º A regulamentação do Relatório de Gestão encontra-se

na Norma Consolidadora dos Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde, da Organização e do Funcionamento do SUS. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 32, § 1º)

§ 2º A regulamentação do fluxo para a comprovação da aplicação dos recursos fundo a fundo, objeto da Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, será realizada em portaria específica, no prazo de 60 (sessenta) dias. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 32, § 2º)

Art. 1148. Os órgãos de monitoramento, regulação, controle e avaliação do Ministério da Saúde devem proceder à análise dos relatórios de gestão, com vistas a identificar situações que possam subsidiar a atualização das políticas de saúde, obter informações para a tomada de decisões na sua área de competência e indicar a realização de auditoria e fiscalização pelo componente federal do SNA, podendo ser integrada com os demais componentes. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 33)

Art. 1149. As despesas referentes ao recurso federal transferido fundo a fundo devem ser efetuadas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da Administração Pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento), mantendo a respectiva documentação administrativa e fiscal pelo período mínimo legal exigido. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 34)

Art. 1150. Os recursos que formam cada bloco e seus respectivos componentes, bem como os montantes financeiros transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, devem estar expressos em memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento, respeitada a especificidade de cada bloco conforme modelos constantes no Anexo I (a, b, c, d, e). (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 35)

Art. 1151. O controle e acompanhamento das ações e serviços financiados pelos blocos de financiamento devem ser efetuados, por meio dos instrumentos específicos adotados pelo Ministério da Saúde, cabendo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a prestação de informações de forma regular e sistemática, sem prejuízo do estabelecido no art. 1147. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 36)

Art. 1152. As transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para os estados, Distrito Federal e os municípios serão suspensas nas seguintes situações: (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 37)

I - referentes ao bloco da Atenção Básica, quando da falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, no prazo de um ano e para o bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar quando se tratar dos Bancos de Dados Nacionais SIA, SIH e CNES; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 37, I)

II - As transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para os estados, Distrito Federal e municípios do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, relativas aos valores a serem pagos aos estabelecimentos de saúde que prestam assistência de forma complementar ao SUS, serão suspensas, quando do não-pagamento, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do fundo estadual/distrital/municipal de saúde, excetuando-se as situações excepcionais devidamente justificadas; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 37, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2617/2013)

III - quando da indicação de suspensão decorrente de relatório da Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do Estado, do Distrito Federal ou do Município envolvido, para o bloco de Financiamento correspondente à ação da Auditoria. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 37, IV)

IV - referentes ao Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, quando constatadas impropriedades e/ou irregularidades na execução dos projetos, conforme o previsto no art. 1148. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 37, V) (dispositivo acrescentado pela Portaria nº 837/GM/MS, de 23 de abril de 2009)

CAPÍTULO V

DO TERMO DE AJUSTE SANITÁRIO (TAS)

Art. 1153. Fica estabelecido o Termo de Ajuste Sanitário (TAS) como um instrumento formalizado entre os entes do Sistema Único de Saúde, no qual são constituídas obrigações para a correção de impropriedades no funcionamento do sistema. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 38)

Parágrafo Único. Não será aplicável a utilização do TAS quando for comprovada a malversação de recursos. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 38, Parágrafo Único)

TÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 1154. Os recursos federais referentes aos cinco blocos de financiamento onerarão as ações detalhadas no Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 39)

CAPÍTULO I

DA APRESENTAÇÃO E A GUARDA DOS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS, PELOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS, DA EXECUÇÃO DAS DESPESAS RELACIONADAS A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS COM RECURSOS FINANCEIROS PERCEBIDOS DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE

Art. 1155. Este Capítulo dispõe sobre a apresentação e a guarda dos documentos comprobatórios, pelos estados, Distrito Federal e municípios, da execução das despesas relacionadas a ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com recursos financeiros percebidos do Fundo Nacional de Saúde.(Origem: PRT MS/GM 1954/2013, Art. 1º)

Art. 1156. Os estados, Distrito Federal e municípios manterão sob sua guarda toda documentação comprobatória da execução das despesas de que trata o art. 1155 pelo prazo mínimo definido no Anexo da Resolução nº 14, de 24 de outubro de 2001, do Conselho Nacional de Arquivos (Conarq/MJ). (Origem: PRT MS/GM 1954/2013, Art. 2º)

Parágrafo Único. A observância do prazo de que trata o "caput" fica ressalvada na hipótese de prazo diverso definido em legislação própria dos estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: PRT MS/GM 1954/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 1157. O Ministério da Saúde e os órgãos de controle interno e externo federais poderão solicitar os documentos de que trata o art. 1155 às Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios para realização de ações de auditoria, fiscalização e controle desde que requeridos dentro do prazo mínimo fixado para sua guarda nos termos deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1954/2013, Art. 3º)

CAPÍTULO II

DA TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS ARRECADADOS POR MEIO DO CONCURSO DE PROGNÓSTICO DENOMINADO TIMEMANIA, DESTINADOS PELA LEI Nº 11.345, DE 14 DE SETEMBRO DE 2006, ÀS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA, ENTIDADES HOSPITALARES SEM FINS ECONÔMICOS E ENTIDADES DE SAÚDE DE REABILITAÇÃO FÍSICA DE PORTADORES DE DEFICIÊNCIA

Art. 1158. Este Capítulo dispõe sobre a transferência dos recursos arrecadados por meio do concurso de prognóstico denominado Timemania, destinados pela Lei nº 11.345, de 14 de setembro de 2006, às Santas Casas de Misericórdia, entidades hospitalares sem fins econômicos e entidades de saúde de reabilitação física de portadores de deficiência. (Origem: PRT MS/GM 2965/2011, Art. 1º)

Art. 1159. A transferência dos recursos provenientes do concurso de prognósticos denominado Timemania será feita diretamente às entidades de que trata a Lei nº 11.345, de 2006, e o Decreto nº 6.187, de 14 de agosto de 2007, em parcela única anual. (Origem: PRT MS/GM 2965/2011, Art. 2º)

Art. 1160. Os recursos de que trata o art. 1158 serão fixados anualmente, conforme o valor total arrecadado dos concursos de prognósticos realizados pela Caixa Econômica Federal, nos termos do inciso VI do art. 2º da Lei nº 11.345, de 2006. (Origem: PRT MS/GM 2965/2011, Art. 3º)

Art. 1161. O total de recursos arrecadados anualmente será distribuído da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 2965/2011, Art. 4º)

I - 85% (oitenta e cinco por cento) para as ações das Santas Casas de Misericórdia e de entidades hospitalares sem fins econômicos; e (Origem: PRT MS/GM 2965/2011, Art. 4º, I)

II - 15% (quinze por cento) para as ações de entidades de saúde de reabilitação física de portadores de deficiência, sem fins econômicos. (Origem: PRT MS/GM 2965/2011, Art. 4º, II)

Parágrafo Único. As entidades serão contempladas desde que mantenham convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS) há, pelo menos, 10 (dez) anos antes da publicação da Lei nº 11.345, de 2006, e atendam ao disposto no art. 2º do Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007. (Origem: PRT MS/GM 2965/2011, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 1162. As entidades interessadas deverão apresentar ao Ministério da Saúde requerimento de destinação dos recursos, acompanhado de Plano Operativo para aplicação dos valores pretendidos, com estabelecimento de metas físicas e financeiras para as ações e atividades propostas, bem como indicadores que permitam o seu acompanhamento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 2965/2011, Art. 5º)

Art. 1163. O requerimento e o Plano Operativo previstos no art. 1162 serão protocolizados: (Origem: PRT MS/GM 2965/2011, Art. 6º)

I - pelas Santas Casas de Misericórdia e entidades hospitalares sem fins econômicos, no Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (DAHU/SAS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 2965/2011, Art. 6º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 2064/2017)

II - pelas entidades de saúde de reabilitação física de portadores de deficiência, sem fins econômicos, no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 2965/2011, Art. 6º, II)

Art. 1164. As entidades contempladas com os recursos previstos no art. 1158 deverão apresentar à Secretária de Atenção à Saúde (SAS/MS) relatórios parciais semestrais com informações sobre a execução do Plano Operativo, demonstração de percentual de cumprimento das metas físicas e financeiras e Relatório Final de Execução com demonstração dos resultados alcançados e respectivos indicadores de desempenho. (Origem: PRT MS/GM 2965/2011, Art. 7º)

Art. 1165. O acompanhamento e a avaliação da aplicação dos recursos de que trata esta Portaria serão realizados pelo DAHU/SAS/MS e pelo DAPES/SAS/MS, sem prejuízo das atribuições dos órgãos que compõem o Sistema Nacional de Auditoria (SNA). (Origem: PRT MS/GM 2965/2011, Art. 8º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2064/2017)

Art. 1166. Para a transferência dos recursos destinados às Santas Casas de Misericórdia, caberá à respectiva entidade de classe de representação nacional informar, anualmente, ao Fundo Nacional de Saúde, as instituições que deverão receber prioritariamente os recursos. (Origem: PRT MS/GM 2965/2011, Art. 9º)

Art. 1167. O Ministério da Saúde publicará, anualmente, a relação com o nome e o Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) das entidades contempladas e respectivos valores de rateio dos recursos provenientes do Timemania. (Origem: PRT MS/GM 2965/2011, Art. 10)

Art. 1168. O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência dos recursos de que trata este Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 2965/2011, Art. 11)

Art. 1169. Os recursos objeto deste Capítulo serão oriundos das dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.122.2015.2160.0001 - Apoio à manutenção das Santas Casas de Misericórdia, estabelecimentos hospitalares e unidades de reabilitação física de portadores de deficiência, sem fins econômicos. (Origem: PRT MS/GM 2965/2011, Art. 12) (com redação dada pela PRT MS/GM 2064/2017)

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 1170. Ficam revogadas, por consolidação, as seguintes normas:

I - Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de janeiro de 2007, p. 45;

II - Portaria nº 1408/GM/MS, de 10 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de julho de 2013, p. 267;

III - Portaria nº 978/GM/MS, de 16 de maio de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de maio de 2012, p. 73;

IV - Portaria nº 548/GM/MS, de 4 de abril de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de abril de 2013, p. 59;

V - Portaria nº 1007/GM/MS, de 4 de maio de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de maio de 2010, p. 36;

VI - Portaria nº 2920/GM/MS, de 2 de dezembro de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de dezembro de 2008, p. 65;

VII - arts. 1º a 9º da Portaria nº 1024/GM/MS, de 21 de julho de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de julho de 2015, p. 41;

VIII - Portaria nº 1962/GM/MS, de 3 de dezembro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de dezembro de 2015, p. 35;

IX - Portaria nº 1834/GM/MS, de 27 de agosto de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de agosto de 2013, p. 34;

X - Portaria nº 1131/GM/MS, de 23 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de maio de 2014, p. 77;

XI - Portaria nº 3238/GM/MS, de 18 de dezembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de dezembro de 2009, p. 61;

XII - Portaria nº 1229/GM/MS, de 6 de junho de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de junho de 2014, p. 34;

XIII - Portaria nº 2371/GM/MS, de 7 de outubro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de outubro de 2009, p. 111;

XIV - arts. 8º e 12 da Portaria nº 122/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de janeiro de 2012, p. 46;

XV - Portaria nº 341/GM/MS, de 4 de março de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de março de 2013, p. 46;

XVI - arts. 9º, 10 e 13 da Portaria nº 1645/GM/MS, de 2 de outubro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de outubro de 2015, p. 668;

XVII - art. 4º da Portaria nº 569/GM/MS, de 1 de junho de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de junho de 2000, p. 4;

XVIII - arts. 4º, 5º, 7º, 10 a 12 e 14 da Portaria nº 482/GM/MS, de 1 de abril de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de abril de 2014, p. 48;

XIX - arts. 1º, 2º, 7º a 9º e 11 da Portaria nº 1083/GM/MS, de 23 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de maio de 2014, p. 62;

XX - arts. 7º a 12, 18 a 24 da Portaria nº 1707/GM/MS, de 23 de setembro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de setembro de 2016, p. 36;

XXI - arts. 20 a 28 da Portaria nº 2554/GM/MS, de 28 de outubro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de outubro de 2011, p. 28;

XXII - arts. 1º a 8º, 18 a 22 da Portaria nº 2859/GM/MS, de 29 de dezembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de dezembro de 2014, p. 61;

XXIII - Portaria nº 2860/GM/MS, de 29 de dezembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de dezembro de 2014, p. 62;

XXIV - art. 10 da Portaria nº 822/GM/MS, de 6 de junho de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 7 de junho de 2001, p. 33;

XXV - Portaria nº 1958/GM/MS, de 6 de setembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de setembro de 2013, p. 63;

XXVI - Portaria nº 907/GM/MS, de 14 de junho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de junho de 2005, p. 75;

XXVII - arts. 2º, 3º, 14 e 17 da Portaria nº 1153/GM/MS, de 22 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de maio de 2014, p. 43;

XXVIII - Portaria nº 2374/GM/MS, de 7 de outubro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de outubro de 2009, p. 112;

XXIX - Portaria nº 1341/GM/MS, de 29 de junho de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de julho de 2012, p. 74;

XXX - Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de março de 2006, p. 52;

XXXI - Portaria nº 1464/GM/MS, de 24 de junho de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de junho de 2011, p. 112;

XXXII - Portaria nº 618/GM/MS, de 23 de abril de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de abril de 2014, p. 65;

XXXIII - Portaria nº 1599/GM/MS, de 30 de setembro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de outubro de 2015, p. 31;

XXXIV - Portaria nº 2932/GM/MS, de 27 de setembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de setembro de 2010, p. 37;

XXXV - Portaria nº 845/GM/MS, de 2 de maio de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de maio de 2012, p. 31;

XXXVI - arts. 11 e 13 da Portaria nº 2304/GM/MS, de 4 de outubro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de outubro de 2012, p. 86;

XXXVII - arts. 6º, 7º e 24 da Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de março de 2013, p. 25;

XXXVIII - arts. 17 e 18 da Portaria nº 2803/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de novembro de 2013, p. 25;

XXXIX - art. 8º da Portaria nº 2994/GM/MS, de 13 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de dezembro de 2011, p. 118;

XL - Portaria nº 3430/GM/MS, de 11 de novembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de novembro de 2010, p. 36;

XLI - Portaria nº 220/GM/MS, de 30 de janeiro de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de janeiro de 2007, p. 52;

XLII - Portaria nº 1752/GM/MS, de 13 de julho de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de julho de 2017, p. 45;

XLIII - arts. 2º, 3º, 8º, 8º, 8º, 8º e 11 da Portaria nº 570/GM/MS, de 1 de junho de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de junho de 2000, p. 6;

XLIV - arts. 1º e 2º da Portaria nº 571/GM/MS, de 1 de junho de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de junho de 2000, p. 8;

XLV - arts. 2º, 2º, 3º e 9º da Portaria nº 572/GM/MS, de 1 de junho de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de junho de 2000, p. 8;

XLVI - Portaria nº 2656/GM/MS, de 17 de outubro de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de outubro de 2007, p. 31;

XLVII - Portaria nº 2012/GM/MS, de 14 de setembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de setembro de 2012, p. 39;

XLVIII - arts. 32, 33, 40 a 42, 47 e 50 da Portaria nº 389/GM/MS, de 13 de março de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de março de 2014, p. 34;

XLIX - Portaria nº 2617/GM/MS, de 1 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de novembro de 2013, p. 70;

L - arts. 34 a 41 da Portaria nº 825/GM/MS, de 25 de abril de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de abril de 2016, p. 33;

LI - arts. 4º a 14 da Portaria nº 878/GM/MS, de 8 de maio de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de maio de 2002, p. 72;

LII - Portaria nº 142/GM/MS, de 27 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de janeiro de 2014, p. 26;

LIII - Portaria nº 929/GM/MS, de 10 de maio de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de maio de 2012, p. 137;

LIV - arts. 28, 30, 31 e 33 da Portaria nº 3388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2013, p. 42;

LV - Portaria nº 1792/GM/MS, de 22 de agosto de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de agosto de 2012, p. 29;

LVI - Portaria nº 2601/GM/MS, de 21 de outubro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de outubro de 2009, p. 119;

LVII - Portaria nº 2922/GM/MS, de 28 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de novembro de 2013, p. 130;

LVIII - arts. 7º a 15 e 22 da Portaria nº 189/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de fevereiro de 2014, p. 31;

LIX - arts. 22 a 27 e 44 da Portaria nº 199/GM/MS, de 30 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de fevereiro de 2014, p. 44;

LX - Portaria nº 1025/GM/MS, de 21 de julho de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de julho de 2015, p. 41;

LXI - Portaria nº 535/GM/MS, de 30 de março de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de março de 2016, p. 43;

LXII - Portaria nº 1243/GM/MS, de 20 de agosto de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de agosto de 2015, p. 65;

LXIII - arts. 13 a 18, 18-A, 19 a 29, 33 a 39 da Portaria nº 1378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de julho de 2013, p. 48;

LXIV - Portaria nº 475/GM/MS, de 31 de março de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 1 de abril de 2014, p. 27;

LXV - arts. 4º, 11, 13 e 15 da Portaria nº 1708/GM/MS, de 16 de agosto de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de agosto de 2013, p. 44;

LXVI - Portaria nº 2778/GM/MS, de 18 de dezembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de dezembro de 2014, p. 200;

LXVII - art. 3º da Portaria nº 2984/GM/MS, de 27 de dezembro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de dezembro de 2016, p. 109;

LXVIII - Portaria nº 3271/GM/MS, de 27 de dezembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de dezembro de 2007, p. 110;

LXIX - Portaria nº 3087/GM/MS, de 7 de outubro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de outubro de 2010, p. 87;

LXX - Portaria nº 4164/GM/MS, de 17 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de dezembro de 2010, p. 76;

LXXI - arts. 1º a 4º, 11, 15, 17, 21, 23, 28, 32, 37, 47, 47-A, 49, 50, 52 a 54 da Portaria nº 183/GM/MS, de 30 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de janeiro de 2014, p. 59;

LXXII - Portaria nº 3276/GM/MS, de 26 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de dezembro de 2013, p. 251;

LXXIII - arts. 3º, 4º e 18 da Portaria nº 1555/GM/MS, de 30 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de julho de 2013, p. 71;

LXXIV - Portaria nº 1554/GM/MS, de 30 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de julho de 2013, p. 69;

LXXV - Portaria nº 1220/GM/MS, de 8 de junho de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de junho de 2009, p. 44;

LXXVI - Portaria nº 3128/GM/MS, de 14 de outubro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de outubro de 2010, p. 60;

LXXVII - Portaria nº 2079/GM/MS, de 1 de setembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de setembro de 2011, p. 94;

LXXVIII - Portaria nº 1091/GM/MS, de 28 de maio de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de maio de 2012, p. 83;

LXXIX - Portaria nº 1103/GM/MS, de 28 de maio de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de maio de 2012, p. 86;

LXXX - Portaria nº 2978/GM/MS, de 4 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de dezembro de 2013, p. 234;

LXXXI - Portaria nº 1398/GM/MS, de 7 de junho de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de junho de 2017, p. 88;

LXXXII - Portaria nº 2981/GM/MS, de 4 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de dezembro de 2013, p. 235;

LXXXIII - Portaria nº 2127/GM/MS, de 30 de setembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 1 de outubro de 2014, p. 48;

LXXXIV - Portaria nº 410/GM/MS, de 13 de abril de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de abril de 2015, p. 40;

LXXXV - Portaria nº 1330/GM/MS, de 8 de setembro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de setembro de 2015, p. 22;

LXXXVI - Portaria nº 1399/GM/MS, de 8 de junho de 2017;

LXXXVII - Portaria nº 1645/GM/MS, de 24 de junho de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de junho de 2010, p. 77;

LXXXVIII - Portaria nº 1630/GM/MS, de 30 de junho de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de julho de 2017, p. 20;

LXXXIX - Portaria nº 184/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de fevereiro de 2011, p. 35;

XC - Portaria nº 2765/GM/MS, de 12 de dezembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de dezembro de 2014, p. 39;

XCI - arts. 17 a 19 da Portaria nº 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de agosto de 2007, p. 34;

XCII - arts. 5º a 21, 26 a 28 da Portaria nº 1248/GM/MS, de 24 de junho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de junho de 2013, p. 31;

XCIII - arts. 3º a 5º e 8º da Portaria nº 1143/GM/MS, de 7 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de julho de 2005, p. 30;

XCIV - arts. 10 a 12 da Portaria nº 3189/GM/MS, de 18 de dezembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de dezembro de 2009, p. 59;

XCV - Portaria nº 2662/GM/MS, de 11 de novembro de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de novembro de 2008, p. 42;

XCVI - arts. 1º, 2º, 4º a 6º e 8º da Portaria nº 1738/GM/MS, de 19 de agosto de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de agosto de 2013, p. 22;

XCVII - arts. 10 e 11 da Portaria nº 506/GM/MS, de 21 de março de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de março de 2012, p. 38;

XCVIII - arts. 1º a 7º e 11 da Portaria nº 1127/GM/MS, de 30 de maio de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de maio de 2012, p. 102;

XCIX - Portaria nº 837/GM/MS, de 23 de abril de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de abril de 2009, p. 30;

C - arts. 2º a 22 da Portaria nº 3134/GM/MS, de 17 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de dezembro de 2013, p. 50;

CI - Portaria nº 2481/GM/MS, de 2 de outubro de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de outubro de 2007, p. 115;

CII - Portaria nº 2372/GM/MS, de 7 de outubro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de outubro de 2009, p. 112;

CIII - Portaria nº 2975/GM/MS, de 14 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de dezembro de 2011, p. 93;

CIV - Portaria nº 2825/GM/MS, de 14 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de dezembro de 2012, p. 54;

CV - Portaria nº 290/GM/MS, de 28 de fevereiro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 1 de março de 2013, p. 71;

CVI - Portaria nº 340/GM/MS, de 4 de março de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de março de 2013, p. 43;

CVII - Portaria nº 339/GM/MS, de 4 de março de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de março de 2013, p. 41;

CVIII - Portaria nº 1429/GM/MS, de 3 de julho de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de julho de 2014, p. 115;

CIX - arts. 10, 11 e 13 da Portaria nº 1459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de junho de 2011, p. 109;

CX - Portaria nº 68/GM/MS, de 11 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de janeiro de 2012, p. 49;

CXI - Portaria nº 11/GM/MS, de 7 de janeiro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de janeiro de 2015, p. 30;

CXII - arts. 24 a 33 e 36 da Portaria nº 1020/GM/MS, de 29 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de maio de 2013, p. 72;

CXIII - arts. 7º a 10, 12 a 15, 19 a 26 e 30 da Portaria nº 2395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de outubro de 2011, p. 79;

CXIV - arts. 7º a 11 da Portaria nº 2338/GM/MS, de 3 de outubro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de outubro de 2011, p. 28;

CXV - arts. 24 a 27 e 31 da Portaria nº 1366/GM/MS, de 8 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de julho de 2013, p. 166;

CXVI - arts. 13 a 28, 32, 34 a 36, 41, 46 a 48 da Portaria nº 10/GM/MS, de 3 de janeiro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de janeiro de 2017, p. 34;

CXVII - arts. 13 a 20, 12, 21 a 41 da Portaria nº 1010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de maio de 2012, p. 87;

CXVIII - arts. 3º, 6º a 8º da Portaria nº 2971/GM/MS, de 8 de dezembro de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de dezembro de 2008, p. 69;

CXIX - arts. 9º a 11 e 15 da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de abril de 2012, p. 35;

CXX - arts. 21 a 34, 30-A, 35, 36, 38 e 43 da Portaria nº 2809/GM/MS, de 7 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de dezembro de 2012, p. 36;

CXXI - arts. 7º a 12 e 14 da Portaria nº 1663/GM/MS, de 6 de agosto de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 7 de agosto de 2012, p. 32;

CXXII - Portaria nº 1678/GM/MS, de 6 de outubro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de outubro de 2015, p. 55;

CXXIII - Portaria nº 615/GM/MS, de 15 de abril de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de abril de 2013, p. 38;

CXXIV - Portaria nº 245/GM/MS, de 17 de fevereiro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de fevereiro de 2005, p. 51;

CXXV - Portaria nº 3089/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de dezembro de 2011, p. 232;

CXXVI - Portaria nº 3099/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de dezembro de 2011, p. 236;

CXXVII - Portaria nº 130/GM/MS, de 26 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de janeiro de 2012, p. 39;

CXXVIII - Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de fevereiro de 2002, p. 22;

CXXIX - arts. 13 a 16 e 18 da Portaria nº 121/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de janeiro de 2012, p. 45;

CXXX - Portaria nº 2644/GM/MS, de 28 de outubro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de outubro de 2009, p. 124;

CXXXI - Portaria nº 3090/GM/MS, de 23 de dezembro de

2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de dezembro de 2011, p. 233;

CXXXII - arts. 12 a 17 e 20 da Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 1 de fevereiro de 2012, p. 33;

CXXXIII - art. 10 da Portaria nº 2197/GM/MS, de 14 de outubro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de outubro de 2004, p. 49;

CXXXIV - art. 8º da Portaria nº 816/GM/MS, de 30 de abril de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de maio de 2002, p. 29;

CXXXV - Portaria nº 132/GM/MS, de 26 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de janeiro de 2012, p. 42;

CXXXVI - arts. 8º a 15, 17, 18, 22 a 25 da Portaria nº 2840/GM/MS, de 29 de dezembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de dezembro de 2014, p. 54;

CXXXVII - arts. 2º a 7º da Portaria nº 1303/GM/MS, de 28 de junho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 1 de julho de 2013, p. 45;

CXXXVIII - Portaria nº 835/GM/MS, de 25 de abril de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de abril de 2012, p. 50;

CXXXIX - arts. 3º a 7º da Portaria nº 626/GM/MS, de 23 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de março de 2006, p. 53;

CXL - Portaria nº 389/GM/MS, de 3 de março de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de março de 2008, p. 42;

CXLI - arts. 15, 19 a 22, 32 e 35 da Portaria nº 2776/GM/MS, de 18 de dezembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de dezembro de 2014, p. 183;

CXLII - arts. 10 e 11 da Portaria nº 2728/GM/MS, de 11 de novembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de novembro de 2009, p. 76;

CXLIII - Portaria nº 1679/GM/MS, de 19 de setembro de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de setembro de 2002, p. 53;

CXLIV - Portaria nº 3435/GM/MS, de 29 de dezembro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de dezembro de 2016, p. 44;

CXLV - Portaria nº 381/GM/MS, de 6 de fevereiro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 7 de fevereiro de 2017, p. 27;

CXLVI - arts. 1º a 8º da Portaria nº 412/GM/MS, de 15 de março de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de março de 2013, p. 90;

CXLVII - arts. 5º e 7º da Portaria nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de abril de 2006, p. 49;

CXLVIII - Portaria nº 2707/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de novembro de 2011, p. 86;

CXLIX - Portaria nº 1606/GM/MS, de 11 de setembro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de setembro de 2001, p. 53;

CL - arts. 3º a 6º da Portaria nº 584/GM/MS, de 15 de maio de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de maio de 2015, p. 39;

CLI - Portaria nº 1954/GM/MS, de 6 de setembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de setembro de 2013, p. 62;

CLII - Portaria nº 2965/GM/MS, de 14 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de dezembro de 2011, p. 87;

CLIII - Portaria nº 131/GM/MS, de 26 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de janeiro de 2012, p. 40.

Art. 1171. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

Anexo I

MODELOS DE BLOCOS DE FINANCIAMENTO (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Anexo 1)

a - BLOCO DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

MEMÓRIAS DE CÁLCULO

UF	Municípios	PAB Fixo	PAB VARIÁVEL							
			Saúde da Família (SF)	Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Saúde Bucal (SB)	Compensação das Especificidades Regionais	Incentivo aos Povos Indígenas	Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário	Atenção Adolescente em conflito com a Lei	Outros

MEMÓRIA DE CÁLCULO DO BLOCO DE ATENÇÃO BÁSICA PARA ESTADOS

UF	PAB VARIÁVEL		
	Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário	Atenção Adolescente em conflito com a Lei	Outros

b - BLOCO DE FINANCIAMENTO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

MEMÓRIAS DE CÁLCULO

UF	Municípios	BLOCO DA ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DA ASSISTENCIA														
		Componente Limite Financeiro MAC											FAEC			
		Teto MAC	CEO	SAMU	CEREST	FIDEPS	IAPI	INTEGRASUS	Incentivo de contratualização Hospitais de Ensino	Incentivo de contratualização Hospitais de Pequeno Porte	Incentivo de contratualização Hospitais Filantrópicos	Outros	CNRAC	Transplantes	Novos Procedimentos	Outros

O Componente FAEC não tem valores fixo, dependendo da produção de serviços.

c - BLOCO DE FINANCIAMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

UF	Municípios	MEMÓRIAS DE CÁLCULO													
		VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL											VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
		TFVS	NÚCLEO VIG EPIDEMIO HOSPITALAR	SVO	PROMOÇÃO À SAÚDE	RESISTÊNCIA A INSETICIDA	CÂNCER DE BASE POP	LACEN	VIGISUS II	C A M PA N H A DE VACINAÇÃO	DST/ AIDS	CONTRATAÇÃO DE AGENTE	TFVISA		TAXAS
													PAB VISA	TA M	

d - BLOCO DE FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

MEMÓRIAS DE CÁLCULO								
UF	Municípios	COMPONENTE BÁSICO						
		PARTE FIXA	PARTE VARIÁVEL					
		Incentivo a assistência farmacêutica básica	Hipertensão e Diabetes	Asma e Rinite	Saúde da Mulher	Saúde Mental	Combate ao Tabagismo	Alimentação e Nutrição

COMPONENTE ESTRATÉGICO					
Aquisição centralizada no Ministério da Saúde	Endemias	Anti-retrovirais do Programa DST/Aids	Imunobiológicos	Sangue e Hemoderivados	

ESTADOS	COMPONENTE MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL
	Medicamentos da Tabela de procedimentos SIA/SUS

e - BLOCO DE FINANCIAMENTO DA GESTÃO DO SUS MEMÓRIAS DE CÁLCULO

UF	Municípios	COMPONENTE PARA A QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO SUS								
		Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento	Planejamento e Orçamento	Programação	Regionalização	Gestão do Trabalho	Educação em Saúde	Incentivo à Participação e Controle Social	Informação e Informática em Saúde	Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica

UF	Municípios	COMPONENTE PARA A IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE									
		Implantação de Centros de Atenção Psicossocial	Qualificação de Centros de Atenção Psicossocial	Implantação e Residências Terapêuticas em Saúde Mental	Fomento para ações de redução de danos em CAPS ad	Inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas	Implantação de Centros de Especialidade Odontológicas - CEO	Implantação do serviço de atendimento móvel de Urgência - SAMU	Reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase	Implantação de Centros de Saúde do Trabalhador	Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino

Anexo II

BLOCO DE FINANCIAMENTO DE GESTÃO DO SUS - COMPONENTE DE QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Anexo 2)

BLOCO DE FINANCIAMENTO DE GESTÃO DO SUS

COMPONENTE DE QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO

AÇÃO	OBJETIVO	MONTANTE DE RECURSO ANUAL - 2007	VALOR DE CADA PARCELA	PARCELA	CRITÉRIOS
Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	Apoiar funcionamento dos Complexos Reguladores	60 milhões		Ùnica	Projeto de Regulação aprovado na CIB
				Mensal	A ser definido em portaria específica
	Apoiar os sistemas estaduais, municipais e do Distrito Federal de Auditoria	860 mil		Única	A ser definido em portaria específica
	Implantar ações de monitoramento e avaliação nos estados e municípios	2 milhões		Anual	A ser definido em portaria específica
Planejamento e Orçamento	Apoiar as áreas de planejamento na implementação do PlanejaSUS	18 milhões		Única	Elaboração e pactuação na CIB de programa de trabalho para organização e/ou reorganização das ações de planejamento, com vistas à efetivação do Sistema de Planejamento do SUS e a conseguinte formulação dos instrumentos básicos do Planejamento. Conforme Portaria GM/MS nº 3.085, de 01/12/2006
Regionalização	Apoiar o desenvolvimento e manutenção do PDR Apoiar a organização e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional	10 milhões	R$ 20.000,00 por região de saúde1	Anual	Formação de Colegiado de Gestão Regional com reconhecimento pela CIB - Estadual e informação a CIT para conhecimento
	SIS Fronteira	R$ 15.254.778,00	De acordo com a fase do Projeto	3 vezes	Adesão dos Municípios de até 10 Km da fronteira ao Projeto - Início Fase I.
	Promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira e contribuir para o fortalecimento dos sistemas locais de saúde nos municípios fronteiriços				Conclusão da Fase I e início da Fase II. Início da Fase III Conforme PT/GM nº 1.188 de 5/06/2006 e PT GM/MS nº 1.189 de 5/06/2006
Educação na Saúde	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	35 Milhões	Conforme Portaria específica a ser publicada	Trimestral	A ser definido em portaria específica
	Formação de Profissionais de Nível Técnico	50 Milhões	Conforme Portaria específica a ser publicada	Trimestral	A ser definido em portaria específica
Gestão do Trabalho	Fortalecer as áreas de gestão do trabalho e educação na saúde nas SES e SMS.	R$ 6.356.500,00	Conforme estabelecido nas 4 etapas do componente I do ProgeSUS	Única	Critérios fixados na Portaria GM/MS nº 2261, de 26/09/ 2006
Incentivo à Participação Popular e ao fortalecimento do Controle Social	Incentivo à Participação Popular e ao fortalecimento do Controle Social Apoiar a mobilização dos movimentos sociais em defesa do SUS e da reforma sanitária; Fortalecer o processo de controle social, informatização, educação permanente dos Conselhos de Saúde; implantar e implementar o monitoramento e a avaliação da Gestão do SUS; formular e pactuar a Política Nacional de Ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da Gestão Estratégica do SUS.	R$ 21.000.000,00		Bimensal	A ser definido em portaria específica.
Informação e Informática em Saúde	- Gestão da Informação - Modelo BVS/Rede BiblioSVS - Política Editorial - Gestão arquivilógica Patrimônio cultural da saúde	2 milhões		Bianual	Projeto aprovado na CIB Realizar ações em pelo menos 1 dos 4 eixos De acordo com a PT GM/MS nº 1.958 de 16/09/2004
Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica	Estruturar e organizar os serviços e ações de assistência farmacêutica.	R$ 6 milhões		Anual	A ser definido em portaria específica.

- Os recursos referentes às regiões de saúde intramunicipais serão transferidas aos FMS e aqueles referentes às demais regiões aos FES. COMPONENTE DE IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

ÁREA	OBJETIVO	VALOR DE CADA PARCELA	CRITÉRIOS	PORTARIA EXISTENTE
Incentivo à implantação e/ou qualificação de políticas especificas	Implantação de Centros de Atenção Psicossocial	R$ 20.000,00 (CAPS I) R$ 30.000,00 (CAPS II e i) R$ 50.000,00 (CAPS III e ad)	Epidemiológico Populacional	PT GM/MS nº 245/05, de 18/02/2005 PT GM/MS nº 1935/04, de 16/09/2004
	Qualificação de Centros de Atenção Psicossocial	R$ 10.000,00 em 3 parcelas	Projeto técnico do programa de qualificação dos CAPS De acordo com a Portaria	PT GM/MS nº 1.174/05, de 08/07/2005
	Implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental	R$ 10.000,00	De acordo com a Portaria	PT GM/MS nº 246/05, de 18/02/2005
	Fomento para ações de redução de danos em CAPS ad	R$ 50.000,00	Existência de CAPS ad Região Metropolitana	PT GM/MS nº 1.059/05, de 05/07/2005
	Inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas	R$ 5.000,00 R$ 10.000,00 R$ 15.000,00	Existência de geração de renda em curso	PT GM/MS nº 1.169/05, de 08/07/2005
	Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas - CEO	R$ 40.000,00 (CEO I) R$ 50.000,00 (CEO II)R$ 80.000,00 (CEO III)	Epidemiológico populacional	PT GM/MS nº 1572, de 29/07/2004 PT GM/MS nº 283, de 22/02/2005 PT GM/MS nº 599, de 23/03/2006 PT GM/MS nº 600, de 23/03/2006
	Implantação do serviço de atendimento móvel de Urgência - SAMU	R$ 50.000,00 R$ 100.000,00	De acordo com as Portarias	PT GM/MS nº 1863, de 29/09/2003 PT GM/MS nº 1864, de 29/09/2003 PT GM/MS nº 1828, de 2/09/2004
	Reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase	Variável	De acordo com a Portaria	PT GM/MS nº 585, de 06/04/2004
	Implantação de Centros de Saúde do Trabalhador	R$ 50.000,00	De acordo com a Portaria	PT GM/MS nº 2437, de 09/12/2005
	Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino	Variável	De acordo com as Portarias	PT GM/MS nº 1702, de 17/08/2004 MEC/MS nº 1006, de 27/04/2004

Anexo III

CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL PROGRAMÁTICA (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Anexo 3)

CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL PROGRAMÁTICA

BLOCO DE FINANCIAMENTO	CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL PROGRAMÁTICA	DESCRITOR
ATENÇÃO BÁSICA	10.301.1214.8577	Atendimento Assistencial básico nos Municípios Brasileiros
	10.301.1214.0589	Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso da Atenção Básica
	10.301.1214.6838	Atenção à Saúde Bucal
	10.301.1214.8573	Expansão e Consolidação da Saúde da Família
	10.301.1312.6177	Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem
	10.302.1312.8527	Serviço de atenção à saúde da população do Sistema Penitenciário Nacional
	10.128.1311.6199	Formação de Profissionais Técnicos de Saúde
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	10.302.1220.8585	Atenção à saúde da população nos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos estados habilitados em Gestão Plena/avançada
	10.301.1214.6838	Atenção à Saúde Bucal
	10.301.1312.6188	Atenção à Saúde do Trabalhador
VIGILÂNCIA EM SAÚDE Componente: Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde	10.305.1203.0829	Incentivo Financeiro aos estados, municípios e Distrito Federal certificados para Vigilância em Saúde
	10.305.1203.3994	Modernização do Sistema de Vigilância em saúde
	10.302.1306.0214	Incentivo Financeiro aos estados, municípios e Distrito Federal para Ações de Prevenção e Qualificação - HIV/Aids
Componente: Vigilância Sanitária	10.304.1289.0990	Incentivo Financeiro aos municípios e ao Distrito Federal habilitados à parte variável do Piso de Atenção Básica para ações de Vigilância Sanitária
	10.304.1289.0852	Incentivo Financeiro aos estados, Distrito Federal e municípios para execução de ações de médio e alto risco sanitário
	10.304.1289.6134	Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde
	10.304.1289.6133	Vigilância Sanitária de Produtos
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	10.303.1293.0593	Incentivo Financeiro a municípios habilitados à parte variável do Piso de Atenção Básica - PAB para Assistência Farmacêutica Básica
	10.303.1293.4368	Promoção da oferta e da cobertura dos serviços de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos no Sistema Único de Saúde
	10.303.1293.4705	Assistência financeira para aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais
GESTÃO DO SUS	10.303.1293.0804	Apoio à estruturação dos serviços de assistência farmacêutica na rede pública
	10.302.1220.6839	Fomento ao Desenvolvimento da Gestão, Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde
	10.183.1300.6152	Cartão Nacional de Saúde
	10.302.1312.8529	Serviços extra-hospitalares de atenção aos portadores de transtornos mentais e decorrentes do uso de AD
	10.122.1311.6488	Apoio às escolas técnicas de saúde, escolas de saúde pública, centros formadores e centros colaboradores
	10.122.1300.7666	Investimento para humanização e ampliação do acesso a atenção à saúde
	10.571.1312.8525	Fomento a estudos e pesquisa sobre a saúde de grupos populacionais estratégicos e em situações especiais de agravo
	10.302.1303.2821	Cooperação Técnica para qualificação da atenção à saúde das pessoas em situações de violência e outras causas externas
	10.846.1311.0847	Apoio à capacitação de formuladores de políticas em áreas específicas dos estados e municípios
	10.128.1311.6199	Formação de profissionais técnicos de saúde
	10.122.1311.6196	Serviço civil profissional em saúde
	10.364.1311.8541	Formação de recursos humanos em educação profissional e de pós-graduação stricto e lato sensu.
	10.122.0016.8287	Qualificação da gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde
	10.573.1311.6200	Promoção dos princípios da Educação Popular em Saúde
	10.122.1314.2272	Gestão e Administração do Programa
	10.131.1314.6804	Mobilização da sociedade para a Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde
	10.131.1314.6806	Controle Social no Sistema Único de Saúde
	10.422.1314.6182	Ouvidoria Nacional de Saúde
	10.845.1311.0851	Apoio à formação permanente de agentes para o Controle Social
	10.125.1220.8537	Sistemas estaduais, municipais e do Distrito Federal de Auditoria

Anexo IV

VALOR DO INCENTIVO FINANCEIRO MENSAL DE CUSTEIO REFERENTE A CADA PROFISSIONAL (Origem: PRT MS/GM 1229/2014, Anexo 1)

Categoria profissional	Número máximo de profissionais	Valor do incentivo para cada profissional agregado à ESFR/ESFF
Agentes Comunitários de Saúde	24	R$ 1.014,00
Microscopistas	12	R$ 1.014,00
Auxiliar ou Técnicos de Enfermagem	11	R$ 1.500,00
Auxiliar ou Técnico em Saúde Bucal	01	R$ 1.500,00
Profissional de Nível Superior (Enfermeiro e/ou pro- fissionais dentre os previstos na relação de profissões para os Núcleos de Apoio à Saúde da	02	R$ 2.500,00
Família (NASF) relacionada na Portaria nº 2.488/GM/MS de 21 de outubro de 2011.		

Anexo V

INCENTIVO FINANCEIRO DE CUSTEIO PARA LOGÍSTICA BASEADO NO NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 1229/2014, Anexo 2)

Para embarcações de pequeno porte:

Nº embarcações	Valor do incentivo financeiro
01	R$ 2.673,75
02	R$ 5.347,50
03	R$ 8.021,25
04	R$ 10.695,00

Para unidades de apoio ou satélites:

Nº unidades	Valor do incentivo financeiro
01	R$ 2.673,75
02	R$ 5.347,50
03	R$ 8.021,25
04	R$ 10.695,00

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300636

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Anexo VI

TABELA DE INCENTIVOS FINANCEIROS DE CUSTEIO MENSAIS PARA AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, POR MODALIDADES DAS EQUIPES (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Anexo 1)

Tabela de incentivos financeiros de custeio mensais para ações e serviços de saúde, por modalidades das equipes

Descrição da Equipe	Unidades prisionais com até 100 custodiados	
	Carga horária semanal mínima	Valor do incentivo mensal
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I	6	3.957,50
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental	6	6.790,00

Descrição da Equipe	Unidades prisionais com até 100-500 custodiados	
	Carga horária semanal mínima	Valor do incentivo mensal
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I	20	19.191,65
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental	20	28.633,31

Descrição da Equipe	Unidades prisionais com até 500-1200 custodiados	
	Carga horária semanal mínima	Valor do incentivo mensal
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III	30	42.949,96

Anexo VII

TABELA DE APLICAÇÃO DE ACRÉSCIMOS AOS VALORES DO INCENTIVO, AOS ESTADOS, PARA CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, NO ÂMBITO DA PNAISP, CONSTANTE NO ANEXO I, BASEADO NA TAXA DA POPULAÇÃO PRISIONAL E NO ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SUS DO EXERCÍCIO ANTERIOR (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Anexo 2)

Tabela de aplicação de acréscimos aos valores do incentivo, aos estados, para custeio dos serviços de saúde, no âmbito da PNAISP, constante no anexo I, baseado na taxa da população prisional e no índice de desempenho do SUS do exercício anterior

Índice de Desempenho do SUS municipal - Grupo Homogêneo	Taxa de custodiados no município			
	até 1%	Entre 1,01% e 5%	Entre 5,01% e 10%	Acima de 10%
GH1	6%	7%	8%	10%
GH2	11 %	12%	13%	15%
GH3	16%	17%	18%	20%
GH4	21%	22%	23%	25%
GH5	26%	27%	28%	30%
GH6	31%	32%	33%	35%

Anexo VIII

TABELA DE APLICAÇÃO DE ACRÉSCIMOS AOS VALORES DO INCENTIVO, AOS MUNICÍPIOS, PARA CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DA PNAISP, CONSTANTE NO ANEXO I, BASEADO NA TAXA DA POPULAÇÃO PRISIONAL E NO ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SUS DO EXERCÍCIO ANTERIOR (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Anexo 3)

Tabela de aplicação de acréscimos aos valores do incentivo, aos municípios, para custeio dos serviços de saúde no âmbito da PNAISP, constante no anexo I, baseado na taxa da população prisional e no índice de desempenho do SUS do exercício anterior

Índice de Desempenho do SUS municipal - Grupo Homogêneo	Taxa de custodiados no município			
	até 1%	Entre 1,01% e 5%	Entre 5,01% e 10%	Acima de 10%
GH1	11%	14%	16%	20%
GH2	21%	24%	26%	30%
GH3	31%	34%	36%	40%
GH4	41%	44%	46%	50%
GH5	51%	54%	56%	60%
GH6	61%	64%	66%	70%

Anexo IX

PROCEDIMENTOS SOBRE OS QUAIS INCIDIRÁ O INCREMENTO FINANCEIRO PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE TRANSPLANTES E PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS (IFTDO). (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Anexo 1)

Procedimentos sobre os quais incidirá o Incremento Financeiro para a realização de procedimentos de Transplantes e processo de Doação de Órgãos (IFTDO).

05.03.03.001-5	Manutenção hemodinâmica de possível doador e taxa de sala p/ retirada de órgãos
05.03.03.002-3	Retirada de coração (para transplante)
05.03.03.003-1	Retirada de coração p/ processamento de válvula / tubo valvado p/ transplante
05.03.03.004-0	Retirada de fígado (para transplante)
05.03.03.006-6	Retirada de pâncreas (para transplante)
05.03.03.007-4	Retirada de pulmões (para transplante)
05.03.03.008-2	Retirada uni / bilateral de rim (para transplante) - doador falecido
05.03.04.001-0	Coordenação de sala cirúrgica p/ retirada de órgãos e tecidos p/ transplante
05.03.04.002-9	Deslocamento interestadual de equipe profissional p/ retirada de órgãos
05.03.04.003-7	Deslocamento de equipe profissional p/ retirada de órgãos - intermunicipal
05.03.04.005-3	Entrevista familiar p/ doação de órgãos de doadores em morte encefálica
05.03.04.006-1	Entrevista familiar para doação de tecidos de doadores com coração parado
05.03.04.008-8	Captação de órgão efetivamente transplantado
05.05.01.001-1	Transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas de medula óssea - aparentado
05.05.01.002-0	Transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas de medula óssea - não aparentado
05.05.01.003-8	Transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas de sangue de cordão umbilical de aparentado
05.05.01.004-6	Transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas de sangue de cordão umbilical de não aparentado
05.05.01.005-4	Transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas de sangue periférico - aparentado
05.05.01.006-2	Transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas de sangue periférico - não aparentado
05.05.02.009-2	Transplante de rim (órgão de doador falecido)
05.05.02.010-6	Transplante de rim (órgão de doador vivo)
05.05.02.004-1	Transplante de coração
05.05.02.005-0	Transplante de fígado (órgão de doador falecido)
05.05.02.006-8	Transplante de fígado (órgão de doador vivo)
05.05.02.008-4	Transplante de pulmão unilateral
05.05.02.012-2	Transplante de pulmão bilateral

Anexo X

ALTERAÇÃO NO VALOR DE PROCEDIMENTOS NA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS, ÓRTESES/PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPM) DO SUS. (Origem: PRT MS/GM 845/2012, Anexo 4)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	Serviço Profissional SP	Serviço Hospitalar SH	Total Hospitalar
05.05.02.010-6	Transplante de rim doador vivo	R$ 6.373,77	R$ 14.865,05	R$ 21.238,82
05.05.02.009-2	Transplante de rim doador falecido	R$ 8.289,56	R$ 19.333,11	R$ 27.622,67

Anexo XI

BANCO DE MULTITECIDOS (Origem: PRT MS/GM 2932/2010, Anexo 1)

BANCO DE MULTITECIDOS

1. Instalações físicas

1.1 As instalações do BMT devem ser de uso próprio e exclusivo para a finalidade de processamento, armazenamento e distribuição de tecidos humanos para transplante e pesquisa, com salas contíguas e construídas de forma a permitir a limpeza e manutenção adequadas, bem como garantir o fluxo necessário para assegurar a qualidade dos tecidos em todas as fases do processo.

1.2 A área física para realização das atividades administrativa e operacional pode ser compartilhada para o processamento, armazenamento e distribuição de todos os tecidos, desde que salvaguardadas as demandas específicas de cada tecido e a qualidade dos produtos finais.

1.3 O Banco pode utilizar-se da infraestrutura próxima ao local de sua instalação, tal como banheiros, vestiários e expurgo.

1.4 O Banco deve estar instalado, ou subordinado administrativamente, a Hospital ou Hemocentro, podendo utilizar-se de sua infraestrutura geral, como serviço de copa, lavanderia, rouparia, higienização e esterilização de materiais, almoxarifado, laboratórios para testes de triagem do doador e exames microbiológicos, exames radiológicos, farmácia, coleta de resíduos, gerador de energia e outros serviços de apoio.

1.5 As áreas devem possuir controle de temperatura ambiental que assegurem níveis de conforto humano e adequado ao funcionamento dos equipamentos.

1.6 A área física do BMT deverá contar, no mínimo, com:

1.6.1 Sala Administrativa:

Sala destinada aos trabalhos de secretaria e ao arquivamento de documentos. Deve ter, além do mobiliário, aparelho de fax, computador, impressora e impressora de código de barras.

1.6.2 Sala de Reuniões

Sala destinada a reuniões e estudo e deve ter, além do mobiliário, computador, impressora, projetor multimídia (data show).

1.6.3 Sala para recepção de Tecidos:

A recepção de tecidos pode ser realizada em sala específica para este fim ou na sala administrativa. Destina-se à recepção, registro e armazenamento temporário dos tecidos imediatamente após sua captação. Deve ser provida, além do mobiliário, de congelador que atinja temperaturas iguais ou menores que 20ºC negativos para recepção dos materiais a serem congelados e de refrigerador de 4 +/-2°C para a recepção de tecidos refrigerados.

1.6.4 Sala de guarda de materiais

Destina-se ao armazenamento de materiais e insumos. Deve conter:

1.6.4.1 Seladora para as atividades externas.

1.6.4.2 Materiais específicos como embalagens homologadas capazes de suportar os processos a eles submetidos (ultracongelamento, esterilização, etc.).

1.6.4.3 Instrumental cirúrgico específico para toracotomia e para ablação e processamento dos tecidos musculoesquelético, pele e córnea.

1.6.4.4 Material para reconstrução física do doador após a captação.

1.6.4.5 Refrigerador que atinja temperaturas de 4 +/- 2° C positivos com registro gráfico contínuo de temperatura ou conferência manual ou eletrônica de temperatura em intervalo máximo de 8 horas, com alarme sonoro e visual para limite de temperatura mínima de 1° C positivo e máxima de 6° C positivos, destinado à preservação de insumos utilizados no processamento dos tecidos e que requerem acondicionamento em faixas específicas de temperatura.

1.6.4.6 Recipientes térmicos para transporte.

1.6.5 Vestiário de Barreira:

Deve possuir lavatório e servir de barreira às salas de processamento do Banco, assegurando o acesso dos profissionais portando roupas de uso exclusivo nestas áreas.

1.6.6 Sala de Processamento de Tecidos:

Sala destinada ao processamento dos tecidos, construída de acordo com os padrões de acabamento exigidos para áreas críticas, com sistema de condicionamento de ar de classificação mínima ISO 7 (classe 10.000). Deve conter em seu interior, área para o manuseio propriamente dito dos tecidos, que garanta a qualidade de ar em classificação ISO 5 (classe 100), originada por cabine (capela) de segurança biológica classe II tipo A. Deve possuir também caixa de passagem para a circulação de tecidos, materiais e insumos. Deve ainda contar com agitador e homogeneizador, e balança para laboratório.

1.6.7 Antecâmara:

Área contígua à sala de processamento com classificação mínima de ar ISO 7, contendo lavabo cirúrgico.

1.6.8 Área para avaliação dos tecidos:

Ambiente destinado à avaliação da córnea em lâmpada de fenda. Além do mobiliário, deve ser provida de lâmpada de fenda, com magnificação de, no mínimo, 40x, e microscópio especular. Recomenda-se que os equipamentos sejam providos de sistema de registro fotográfico para documentação do processo.

1.6.9 Sala de Armazenamento dos Tecidos:

Sala destinada ao armazenamento de tecidos não liberados (em processamento, ou pós-processamento, aguardando quarentena) e tecidos utilizáveis (já liberados para uso). Deve ser provida seguindo os itens abaixo, de acordo com a modalidade escolhida:

1.6.9.1 Ultracongelador para armazenamento, exclusivo de tecidos em quarentena ou não liberados para uso, provida de alarme de temperatura para variações acima de 10 graus e com suporte para falha elétrica que mantenha os tecidos em temperaturas monitoradas inferiores ou iguais a 80° C negativos.

1.6.9.2 Refrigerador 4 +/-2° C para armazenamento exclusivo de tecidos refrigerados em quarentena ou não liberados para uso, com alarme ou conferência de temperatura a cada 12 horas para variações acima de 5°C e com suporte para falha elétrica, destinado para os bancos que armazenam tecidos refrigerados.

1.6.9.3 Ultracongelador para armazenamento exclusivo de tecidos liberados para uso, provida de alarme de temperatura para variações acima de 10 ° e com suporte para falha elétrica que mantenha os tecidos em temperaturas monitoradas inferiores ou iguais a 80º C negativos.

1.6.9.4 Refrigerador 4 +/-2° C, para armazenamento exclusivo de tecidos refrigerados e liberados para uso com alarme ou conferência de temperatura a cada 12 horas de temperatura para variações acima de 5°C e com suporte para falha elétrica destinado para os bancos que armazenam tecidos refrigerados.

1.6.9.5 Caso o armazenamento dos tecidos congelados seja efetuado em tanques de nitrogênio líquido, ou haja um sistema de segurança com nitrogênio líquido, a sala de armazenamento deve permitir visualização externa do seu interior e possuir sistema de climatização que mantenha a pressão negativa em relação aos ambientes adjacentes e sistema exclusivo de exaustão mecânica externa para diluição dos traços residuais de nitrogênio que mantenha uma vazão mínima de ar total de 75(m3/h)/m2. Este sistema deve prover a exaustão forçada de todo o ar da sala, com descarga para o exterior. As grelhas de exaustão devem ser instaladas próximas ao piso. O ar de reposição deve ser proveniente dos ambientes vizinhos ou suprido por insuflação de ar exterior, com filtragem mínima com filtro classe G1. Deve haver sensor para monitoramento da concentração de oxigênio (O2) no ambiente.

1.6.10 Sala de Liofilização/ Criopreservação:

Caso o Banco realize a técnica de liofilização, esta deve ser a sala para o alojamento do liofilizador. Existindo, na sala de armazenamento de tecidos, espaço físico e condições ambientais, e sistema fechado de drenagem do vapor, o aparelho de liofilização poderá ser ali colocados, desde que o fluxo operacional do Banco, o funcionamento ou o acesso aos demais equipamentos localizados nesta sala não sejam comprometidos. O mesmo se aplica à criopreservação.

1.6.11 Equipamentos e Materiais:

Todos os equipamentos e aparelhos abaixo relacionados devem ser de uso exclusivo do BMT, localizados dentro de sua área física.

O Banco deverá possuir sistema de suporte para falhas elétricas que garantam o funcionamento dos equipamentos elétricos essenciais para a manutenção da qualidade dos tecidos em processamento ou armazenados, conforme Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde/ ANVISA.

1.6.12 São considerados equipamentos essenciais:

1.6.12.1 1 (um) refrigerador para recepção de tecidos refrigerados para os bancos que armazenam tecidos refrigerados;

1.6.12.2 1 (um) congelador que atinja temperaturas iguais ou menores que 20°C negativos para recepção dos materiais a serem congelados;

1.6.12.3 Câmara de fluxo laminar vertical que assegure classificação homologada e registrada de ar classe 100 (ISO 5);

1.6.12.4 1 (um) ultracongelador que atinja temperaturas inferiores ou iguais a 80ºC negativos com sistema de alarme para variações de temperatura acima de 10° e suporte para falhas elétricas exclusivo para estocagem de tecidos em quarentena ou não liberados para uso;

1.6.12.5 1 (um) ultracongelador que atinja temperaturas inferiores ou iguais a 80ºC negativos com sistema de alarme para variações de temperatura acima de 10° e suporte para falhas elétricas exclusivo para estocagem de tecidos liberados;

1.6.12.6 1 (um) refrigerador que atinja temperaturas de 4 +/-2°C positivos com alarme ou conferência de temperatura a cada 12 horas de temperatura para variações acima de 5°C para armazenamento de tecidos refrigerados em quarentena ou não liberados para uso, para os bancos que armazenam tecidos refrigerados;

1.6.12.7 1 (um) refrigerador que atinja temperaturas de 4 +/-2°C positivos, com alarme ou conferência de temperatura a cada 12 horas de temperatura para variações acima de 5°C para armazenamento de tecidos refrigerados liberados para uso, para os bancos que armazenam tecidos refrigerados;

1.6.12.8 1 (um) refrigerador que atinja temperaturas de 4 +/-2°C com registro gráfico contínuo de temperatura ou conferência manual ou eletrônica de temperatura em intervalo máximo de 8 horas, com alarme sonoro e visual para limite de temperatura mínima de 1°C positivo e máxima de 6°C positivos, com suporte para falhas elétricas, destinado à preservação de insumos utilizados no processamento dos tecidos e que requerem acondicionamento em faixas específicas de temperatura;

1.6.12.9 Botijões especiais para armazenamento de nitrogênio líquido - necessários para a alimentação permanente dos ultracongelador de estocagem, para os cryoshippers e para o sistema de backup do freezer mecânico de estocagem (nos casos em que se aplique);

1.6.12.10 (02) duas seladoras para as atividades internas e externas;

1.6.12.11 (03) três dermátomos elétricos;

1.6.12.12 Gerador de energia (próprio ou compartilhado);

1.6.12.13 Lâmpada de Fenda (nos casos em que se aplique);

1.6.12.14 Microscópio especular (nos casos em que se aplique); e

1.6.12.15 Liofilizador (nos casos em que se aplique).

Anexo XII

SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA E OS LIMITES FÍSICOS E FINANCEIROS DOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS. (Origem: PRT MS/GM 389/2008, Anexo 1)

Serviços de Atenção à Saúde Auditiva e os limites físicos e financeiros dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

UF	Estado/Município	Gestão	Média Comp. (MC) Alta Comp.(AC)	Nº de pacientes para protetiza- ção/mês	Recurso financeiro (mensal)
AL	ARAPIRACA	M	AC	82	124.555,40
AL	MACEIÓ	M	AC	82	124.555,40
AL	Gestão Estadual	E	AC	20	30.565,75
Total AL				184	279.676,55

BA	FEIRA DE SANTANA	M	MC	69	102.118,47
BA	LAURO DE FREITAS	M	MC	69	102.118,47
BA	SALVADOR	M	AC	230	355.116,17
BA	Gestão Estadual	E		0	0,00
Total BA				368	559.353,11
CE	CASCAVEL	M	MC	43	65.765,53
CE	JUAZEIRO DO NORTE	M	MC	96	145.376,43
CE	SOBRAL	M	MC	48	72.688,21
CE	FORTALEZA	M	AC	134	204.219,27
CE	FORTALEZA	M	MC	139	211.141,96
CE	Gestão Estadual	E		0	0,00
Total CE				460	699.191,40
DF	Gestão Estadual	E		115	177.558,09
TOTAL DF				115	177.558,09
ES	Gestão Estadual	E	AC	115	177.558,09
TOTAL ES				115	177.558,09
GO	GOIANIA	M	AC	115	177.558,09
GO	GOIANIA	M	MC	46	68.078,98
GO	Gestão Estadual		AC	115	177.558,09
TOTAL GO				276	423.195,16
MA	SÃO LUIS	M	AC	115	177.558,09
MA	IMPERATRIZ	M	AC	115	177.558,09
MA	Gestão Estadual	E		0	0,00
TOTAL MA				230	355.116,18
MG	ALFENAS	M	AC	115	177.558,09
MG	BELO HORIZONTE	M	AC	230	355.116,18
MG	GOVERNADOR VALADARES	M	AC	115	177.558,09
MG	JUIZ DE FORA	M	AC	115	177.558,09
MG	MONTES CLAROS	M	AC	115	177558,09
MG	PATOS DE MINAS	M	MC	69	102.118,47
MG	PONTE NOVA	M	MC	69	102.118,47
MG	TEÓFILO OTONI	M	MC	69	102.118,47
MG	UBERLÂNDIA	M	AC	115	177.558,09
MG	Gestão Estadual	E	AC	115	177.558,09
MG	Gestão Estadual	E	MC	138	204.236,94
MG	Total Gestão Estadual	E	AC	253	381.795,03
TOTAL MG				1265	1.931.057,07
MS	CAMPO GRANDE	M	AC	184	279.676,56
MS	Gestão Estadual	E		0	0,00
TOTAL MS				184	279.676,56
MT	Gestão Estadual	E	AC	115	177.558,09
TOTAL MT				115	177.558,09
PB	JOÃO PESSOA	M	AC	115	177.558,09
PB	SOUZA	M	AC	23	34.039,49
PB	CAJAZEIRAS	M	AC	46	68.078,98
PB	Gestão Estadual			0	0,00
TOTAL PB				184	279.676,56
PA	BELÉM	M	AC	115	177.558,09
TOTAL PA				115	177.558,09
PR	APUCARANA	M	MC	11	15.785,00
PR	CURITIBA	M	AC	134	206.343,44
PR	CURITIBA	M	MC	48	72.253,76
PR	FOZ DO IGUAÇU	M	MC	14	20.090,71
PR	FRANCISCO BELTRÃO	M	MC	17	24.765,80
PR	LONDRINA	M	AC	46	71.646,88
PR	LONDRINA	M	MC	25	36.823,83
PR	MARINGÁ	M	AC	53	82.356,84
PR	MARINGÁ	M	MC	39	58.035,34
PR	Gestão Estadual	E	AC	182	280.708,96
PR	Gestão Estadual	E	MC	74	110.228,60
PR	Total Gestão Estadual	E		256	390.937,56
TOTAL PR				643	979.039,16
PE	CARUARU	M	MC	69	102.118,47
PE	PETROLINA	M	MC	69	102.118,47
PE	Gestão Estadual	E	AC	230	355.116,17
TOTAL PE				368	559.353,11
PI	TERESINA	M	MC	69	102.118,47
PI	TERESINA	M	AC	46	71.023,23
PI	Gestão Estadual	E		0	0,00
TOTAL PI				115	173.141,70
RJ	BARRA MANSA	M	AC	115	177.558,09
RJ	DUQUE DE CAXIAS	M	MC	345	532.674,26
RJ	RIO DE JANEIRO	M	MC	69	102.118,47
RJ	RIO DE JANEIRO	M	AC	115	177.558,09
RJ	Gestão Estadual	E	MC	207	306.355,41

	TOTAL RJ			851	1.296.264,32
RN	CAICO	M	MC	35	51.059,23
RN	NATAL	M	AC	38	59.186,03
RN	Gestão Estadual	E	MC	35	51.059,23
RN	Gestão Estadual	E	AC	76	118.372,06
RN	Total Gestão Estadual	E		111	169.431,29
	TOTAL RN			184	279.676,55
RS	CANOAS	M	AC	115	177.558,09
RS	PORTO ALEGRE	M	AC	230	355.116,18
RS	Gestão Estadual	E	MC	276	408.473,88
	TOTAL RS			621	941.148,15
RO	Gestão Estadual	E	AC	115	177.558,08
	TOTAL RO			115	177.558,08
SC	CHAPECÓ	M	MC	33	50.564,68
SC	ITAJAÍ	M	MC	59	89.235,65
SC	JARAGUÁ DO SUL	M	MC	26	39.988,71
SC	JOINVILLE	M	AC	66	100.808,58
SC	Gestão Estadual	E	MC	80	121.036,56
SC	Gestão Estadual	E	AC	104	157.718,94

Anexo XIII

LEITOS DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA - UCO (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Anexo 1)

I - Valor do incentivo anual para o gestor = Número de leitos de UCO X 365 dias X R$800,00 X 0,90 (90%de taxa de ocupação).

II - Valor do incentivo anual para o prestador = Número de leitos de UCO X 365 dias X (R$800,00 - valor da diária de UTI tipo II ou tipo III da tabela SUS) X 0,90 (90 % de taxa de ocupação).

Para isto, os leitos de UCO deverão preencher as condições previstas em portarias específicas para habilitação como UTI tipo II ou III, e faturar as diárias no SIH-SUS.

Anexo XIV

INCLUSÕES NA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS, ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Anexo 2)

Procedimento	06.03.05.004-2 - ALTEPLASE 10MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA).
Descrição	Medicamento trombolítico fibrino-específico, usado para promover a reperfusão arterial na trombose arterial aguda, como no infarto agudo do miocárdio.
Modalidade	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro	04- AIH Procedimento especial.
Complexidade	MC - Média Complexidade
Tipo de Financiamento	06 - Média e Alta Complexidade (MAC).
Valor Ambulatorial SA	R$0,00
Valor Ambulatorial Total	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH	R$ 167,00
Valor Hospitalar Total	R$ 167,00
Sexo	Ambos
Idade Mínima	00
Idade Máxima	110
Quantidade Máxima	01
CID Principal	I210, I211, I212, I213, I214, I219, I220, I221, I228, I229
CBO	2234-05
Serviço/Classificação	125 - Serviço de Farmácia - 006 - Farmácia Hospitalar

Procedimento	06.03.05.005-0 - ALTEPLASE 20MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA).
Descrição	Medicamento trombolítico fibrino-específico, usado para promover a reperfusão arterial na trombose arterial aguda, como no infarto agudo do miocárdio.
Modalidade	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro	04- AIH Procedimento especial.
Complexidade	MC - Média Complexidade
Tipo de Financiamento	06 - Média e Alta Complexidade (MAC).
Valor Ambulatorial SA	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH	R$ 334,00
Valor Hospitalar Total	R$ 334,00
Sexo	Ambos
Idade Mínima	00
Idade Máxima	110
Quantidade Máxima	02
CID Principal	I210, I211, I212, I213, I214, I219, I220, I221, I228, I229
CBO	2234-05
Serviço/Classificação	125 - Serviço de Farmácia - 006 - Farmácia Hospitalar

Procedimento	06.03.05.006-9 - ALTEPLASE 50MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA).
Descrição	Medicamento trombolítico fibrino-específico, usado para promover a reperfusão arterial na trombose arterial aguda, como no infarto agudo do miocárdio.
Modalidade	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro	04- AIH Procedimento especial.
Complexidade	MC - Média Complexidade
Tipo de Financiamento	06 - Média e Alta Complexidade (MAC).
Valor Ambulatorial SA	R$ 0,00

Valor Ambulatorial Total	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH	R$ 835,00
Valor Hospitalar Total	R$ 835,00
Sexo	Ambos
Idade Mínima	00
Idade Máxima	110
Quantidade Máxima	01
CID Principal	I210, I211, I212, I213, I214, I219, I220, I221, I228, I229
CBO	2234-05
Serviço/Classificação	125 - Serviço de Farmácia - 006 - Farmácia Hospitalar

Procedimento	06.03.05.007-7 - TENECTEPLASE - TNK 30MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA)
Descrição	Medicamento trombolítico fibrino-específico, usado para promover a reperfusão arterial no infarto agudo do miocárdio, administrado em infusão rápida.
Modalidade	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro	04- AIH Procedimento especial.
Complexidade	MC - Média Complexidade
Tipo de Financiamento	06 - Média e Alta Complexidade (MAC).
Valor Ambulatorial SA	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH	R$ 1.357,50
Valor Hospitalar Total	R$ 1.357,50
Sexo	Ambos
Idade Mínima	00
Idade Máxima	110
Quantidade Máxima	01
CID Principal	I210, I211, I212, I213, I214, I219, I220, I221, I228, I229
CBO	2234-05
Serviço/Classificação	125 - Serviço de Farmácia - 006 - Farmácia Hospitalar

Procedimento	06.03.05.008-5 - TENECTEPLASE - TNK 40MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA)
Descrição	Medicamento trombolítico fibrino-específico, usado para promover a reperfusão arterial no infarto agudo do miocárdio, administrado em infusão rápida.
Modalidade	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro	04 - AIH Procedimento especial
Complexidade	MC - Média Complexidade
Tipo de Financiamento	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA	R$0,00
Valor Ambulatorial Total	R$0,00
Valor Hospitalar SP	R$0,00
Valor Hospitalar SH	R$1.810,00
Valor Hospitalar Total	R$1.810,00
Sexo	Ambos

Idade Mínima 00

Idade Máxima	110
Quantidade Máxima	01
CID Principal	I210, I211, I212, I213, I214, I219, I220, I221, I228, I229
CBO	2234-05
Serviço/Classificação	125 - Serviço de Farmácia - 006 - Farmácia Hospitalar

Procedimento	06.03.05.009-3 - TENECTEPLASE - TNK 50MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA)
Descrição	Medicamento trombolítico fibrino-específico, usado para promover a reperfusão arterial no infarto agudo do miocárdio, administrado em infusão rápida.
Modalidade	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro	04- AIH Procedimento especial.
Complexidade	MC - Média Complexidade
Tipo de Financiamento	06 - Média e Alta Complexidade (MAC).
Valor Ambulatorial SA	R$0,00
Valor Ambulatorial Total	R$0,00
Valor Hospitalar SP	R$0,00
Valor Hospitalar SH	R$ 2.262,50
Valor Hospitalar Total	R$ 2.262,50
Sexo	Ambos
Idade Mínima	00
Idade Máxima	110
Quantidade Máxima	01
CID Principal	I210, I211, I212, I213, I214, I219, I220, I221, I228, I229
CBO	2234-05
Serviço/Classificação	125 - Serviço de Farmácia - 006 - Farmácia Hospitalar.

Procedimento	06.03.05.010-7 - CLOPIDOGREL 75MG - COMPRIMIDO
Descrição	Inibidor da agregação plaquetária usado no tratamento da síndrome coronariana aguda. Diante da necessidade de continuação do tra- tamento, o estabelecimento hospitalar deverá entregar no dia da alta 30 (trinta) comprimidos ao paciente.
Modalidade	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro	04- AIH Procedimento especial.
Complexidade	MC - Média Complexidade
Tipo de Financiamento	06 - Média e Alta Complexidade (MAC).
Valor Ambulatorial SA	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH	R$ 0,50
Valor Hospitalar Total	R$ 0,50
Sexo	Ambos
Idade Mínima	00
Idade Máxima	110
Quantidade Máxima	40
CID Principal	I200, I201, I210, I211, I212, I213, I214, I219, I220, I221, I228, I229, I230, I231, I232, I233, I234, I235, I236, I238, I240, I248, I249
CBO	2234-05
Serviço/Classificação	125 - Serviço de Farmácia - 006 - Farmácia Hospitalar

Procedimento	02.02.03.120-9 - DOSAGEM DE TROPONINA.
Descrição	Exame para diagnóstico do IAM, distinguindo-o de dor torácica re- sultante de outras causas.
Modalidade	01 - Ambulatorial - 02 - Hospitalar 03- Hospital-dia.
Instrumento de Registro	02- BPAI-Individualizado, 04- AIH Proc. Especial.
Complexidade	Média Complexidade
Tipo de Financiamento	Média e Alta Complexidade (MAC).
Valor Ambulatorial SA	R$ 9,00
Valor Ambulatorial Total	R$ 9,00
Valor Hospitalar SP	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH	R$ 9,00
Valor Hospitalar Total	R$ 9,00
Sexo	Ambos
Idade Mínima	00
Idade Máxima	110
Quantidade Máxima	02
CBO	2211-05, 2212-05, 2231-48, 2234-10, 2253-35
Serviço/Classificação	145 - Serviços de diagnóstico por laboratório clínico - 003 - Exames Sorológicos e Imunológicos.

Anexo XV

PROCEDIMENTOS EXCLUDENTES ENTRE SI (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Anexo 3)

CÓDIGO - NOME	CÓDIGO - NOME
06.03.05.004-2 - ALTEPLASE 10MG	06.03.05.007-7-TENECTEPLASE - TNK 30MG 06.03.05.008-5 - TENECTEPLASE - TNK 40MG 06.03.05.009-3-TENECTEPLASE - TNK 50MG
06.03.05.005-0 - ALTEPLASE 20MG	06.03.05.007-7-TENECTEPLASE - TNK 30MG 06.03.05.008-5 - TENECTEPLASE - TNK 40MG 06.03.05.009-3-TENECTEPLASE - TNK 50MG
06.03.05.006-9-ALTEPLASE INJE- TÁVEL 50MG	06.03.05.007-7-TENECTEPLASE - TNK 30MG 06.03.05.008-5 - TENECTEPLASE - TNK 40MG 06.03.05.009-3-TENECTEPLASE - TNK 50MG
06.03.05.007-7 -TENECTEPLASE - TNK 30MG	06.03.05.008-5 - TENECTEPLASE - TNK 40MG 06.03.05.009-3-TENECTEPLASE - TNK 50MG
06.03.05.008-5 - TENECTEPLASE- TNK 40MG	06.03.05.007-7 - TENECTEPLASE - TNK 30MG 06.03.05.009-3 - TENECTEPLASE - TNK 50MG
06.03.05.009-3-TENECTEPLASE - TNK 50MG	06.03.05.007-7 - TENECTEPLASE - TNK 30MG 06.03.05.008-5 - TENECTEPLASE - TNK 40MG

Anexo XVI

ALTERAÇÕES NA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS, ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Anexo 4)

Procedimento	03.03.06.019-0 - TRATAMENTO DE INFARTO AGUDO DO MIO- CARDIO
Descrição	Consiste no tratamento para alívio da obstrução das artérias coro- nárias e sofrimento do miocárdio.
Valor Hospitalar SP	R$ 116,72
Valor Hospitalar SH	R$ 471,40
Valor Hospitalar Total	R$ 588,12
Procedimento	03.03.06.028-0 - TRATAMENTO DA SÍNDROME CORONARIA- NA AGUDA
Descrição	Consiste no tratamento do sofrimento do miocárdio na vigência da insuficiência de fluxo sanguíneo nas coronárias.
Valor Hospitalar SP	R$ 59,27
Valor Hospitalar SH	R$ 265,81
Valor Hospitalar Total	R$ 325,08

Procedimento	04.06.03.004-9 - ANGIOPLASTIA CORONARIANA PRIMARIA
Valor Hospitalar SP	R$ 644,44
Valor Hospitalar SH	R$ 1.103,08
Valor Hospitalar Total	R$ 1.747,52

Anexo XVII

TIPOLOGIA DAS UNIDADES DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DRC E % DE INCREMENTO NOS PROCEDIMENTOS DE SESSÕES DE DIÁLISE (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Anexo 3)

Tipologia das Unidades de Atenção às Pessoas com DRC e % de incremento nos procedimentos de sessões de diálise

Tipo da Unidade de atenção às pessoas com DRC	Percentual de pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 pré diálise que deverá ser ofertado ao gestor local em relação ao número de pessoas em terapia renal substitutiva -TRS na Unidade	% de incremento nos procedimentos de sessões de diálise
Tipo I	25% (1DRC:4TRS)	3,02%
Tipo II	50% (1DRC:2 TRS)	6,04%
Tipo III	75% (3 DRC:4TRS)	9,06%
Tipo IV	100% (1DRC:1TRS)	12,08%

Anexo XVIII

PROCEDIMENTOS COM INCREMENTO FINANCEIRO NO COMPONENTE SERVIÇO AMBULATORIAL (SA) (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Anexo 4)

Procedimentos com incremento financeiro no componente Serviço Ambulatorial (SA)

PROCEDIMENTOS
03.05.01.010-7 HEMODIALISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)
03.05.01.011-5 HEMODIÁLISE EM PORTADOR DE HIV (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)
03.05.01.020-4 HEMODIÁLISE PEDIÁTRICA (MÁXIMO 4 SESSÕES POR SEMANA)
03.05.01.016-6 - MANUTENCAO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC

Anexo XIX

PROCEDIMENTO DE APURAÇÃO DOS VALORES DE EXCEDENTE POR UF (Origem: PRT MS/GM 3430/2010, Anexo 1)

Procedimento de Apuração dos Valores de Excedente por UF

UF	Município/Estado	Código	Gestão	Quantidade Mensal
AL	Maceió	270430	Municipal	03
BA	Salvador	292740	Municipal	13
CE	Fortaleza	230440	Municipal	23
DF	Distrito Federal	530000	Estadual	11
ES	Espírito Santo	320000	Estadual	02
GO	Goiânia	520870	Municipal	17
MA	São Luis	211130	Municipal	05
MG	Belo Horizonte	310620	Municipal	29
MG	Juiz de Fora	313670	Municipal	02
MG	Uberaba	317010	Municipal	01
MG	Uberlândia	317020	Municipal	03
MS	Campo Grande	500270	Municipal	05
MT	Cuiabá	510340	Municipal	03
PA	Belém	150140	Municipal	07
PB	João Pessoal	250750	Municipal	01
PE	Pernambuco	260000	Estadual	17
PI	Teresina	221100	Municipal	09
PR	Curitiba	410690	Municipal	19
PR	Londrina	411370	Municipal	06
PR	Pato Branco	411850	Municipal	02
PR	Umuarama	412810	Municipal	01
PR	Paraná	410000	Estadual	13
RJ	Rio de Janeiro	330455	Municipal	18
RN	Natal	240810	Municipal	05
RS	Caxias do Sul	430510	Municipal	01
RS	Porto Alegre	431490	Municipal	24
RS	Rio Grande do Sul	430000	Estadual	01
SC	Santa Catarina	420000	Estadual	03
SE	Aracaju	280030	Municipal	05
SP	Campinas	350950	Municipal	02
SP	São Paulo	355030	Municipal	31
SP	São Paulo	350000	Estadual	64
Total				342

Anexo XX

RECURSOS A SEREM INCORPORADOS AO TETO FINANCEIRO ANUAL DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS (Origem: PRT MS/GM 3099/2011, Anexo 1)

UF	IBGE	MUNICIPIO	GESTÃO	VALOR ANUAL
AC	120020	CRUZEIRO DO SUL	ESTADUAL	351.427,95
AC	120040	RIO BRANCO	ESTADUAL	472.180,50
TOTAL ACRE				823.608,45
AL	270010	AGUA BRANCA	MUNICIPAL	134.217,45
AL	270020	ANADIA	MUNICIPAL	57.739,65
AL	270040	ATALAIA	MUNICIPAL	99.660,00
AL	270070	BATALHA	MUNICIPAL	42.995,40
AL	270100	BOCA DA MATA	MUNICIPAL	41.316,00
AL	270130	CAJUEIRO	MUNICIPAL	47.410,05
AL	270170	CAPELA	MUNICIPAL	47.513,10
AL	270210	COLÔNIA DE LEOPOLDINA	MUNICIPAL	78.012,00
AL	270240	DELMIRO GOUVEIA	MUNICIPAL	78.012,00
AL	270290	GIRAU DO PONCIANO	MUNICIPAL	86.117,85
AL	270300	IBATEGUARA	MUNICIPAL	77.169,30
AL	270320	IGREJA NOVA	MUNICIPAL	62.414,55
AL	270380	JOAQUIM GOMES	MUNICIPAL	121.962,60
AL	270400	JUNQUEIRO	MUNICIPAL	45.924,45
AL	270410	LAGOA DA CANOA	MUNICIPAL	78.012,00
AL	270420	LIMOEIRO DE ANADIA	MUNICIPAL	78.012,00
AL	270430	MACEIO	MUNICIPAL	1.423.560,90
AL	270440	MAJOR ISIDORO	MUNICIPAL	99.660,00
AL	270470	MARECHAL DEODORO	MUNICIPAL	159.505,80
AL	270500	MATA GRANDE	MUNICIPAL	99.978,15
AL	270510	MATRIZ DE CAMARAGIBE	MUNICIPAL	189.920,10
AL	270550	MURICI	MUNICIPAL	67.986,45
AL	270570	OLHO D'AGUA DAS FLORES	MUNICIPAL	61.678,50

AL	270630	PALMEIRA DOS INDIOS	MUNICIPAL	247.622,55
AL	270640	PAO DE ACUCAR	MUNICIPAL	194.455,95
AL	270670	PENEDO	MUNICIPAL	59.571,90
AL	270690	PILAR	MUNICIPAL	51.036,15
AL	270710	PIRANHAS	ESTADUAL	140.044,50
AL	270730	PORTO CALVO	MUNICIPAL	67.079,25
AL	270750	PORTO REAL DO COLEGIO	MUNICIPAL	143.431,80
AL	270760	QUEBRANGULO	MUNICIPAL	96.933,15
AL	270770	RIO LARGO	MUNICIPAL	261.033,75
AL	270800	SANTANA DO IPANEMA	MUNICIPAL	69.402,00
AL	270830	SAO JOSE DA LAJE	MUNICIPAL	68.466,00
AL	270840	SAO JOSE DA TAPERA	MUNICIPAL	196.451,40
AL	270850	SAO LUIS DO QUITUNDE	MUNICIPAL	84.299,07
AL	270880	SAO SEBASTIAO	MUNICIPAL	177.350,25
AL	270890	SATUBA	MUNICIPAL	78.012,00
AL	270915	TEOTONIO VILELA	MUNICIPAL	41.316,00
AL	270930	UNIAO DOS PALMARES	MUNICIPAL	173.575,20
TOTAL ALAGOAS				5.428.859,22
AM	130030	AUTAZES	ESTADUAL	78.012,00
AM	130080	BORBA	MUNICIPAL	78.012,00
AM	130120	COARI	MUNICIPAL	78.012,00
AM	130185	IRANDUBA	ESTADUAL	78.012,00
AM	130250	MANACAPURU	MUNICIPAL	13.035,00
AM	130260	MANAUS	MUNICIPAL	13.035,00
AM	130260	MANAUS	ESTADUAL	638.181,96
AM	130270	MANICORÉ	ESTADUAL	78.012,00
AM	130290	MAUES	MUNICIPAL	78.012,00
AM	130356	RIO PRETO DA EVA	ESTADUAL	78.012,00
AM	130420	TEFE	MUNICIPAL	217.035,00
TOTAL AMAZONAS				1.427.370,96
AP	160030	MACAPA	ESTADUAL	447.360,00
AP	160030	MACAPA	MUNICIPAL	1.560,00
AP	160060	SANTANA	MUNICIPAL	447.360,00
TOTAL AMAPÁ				896.280,00
BA	290070	ALAGOINHAS	MUNICIPAL	268.549,86
BA	290100	AMARGOSA	MUNICIPAL	55.577,70
BA	290110	AMELIA RODRIGUES	ESTADUAL	99.660,00
BA	290200	ARACATU	ESTADUAL	78.012,00
BA	290280	BARRA DA ESTIVA	ESTADUAL	78.012,00
BA	290290	BARRA DO CHOCA	MUNICIPAL	41.583,30
BA	290320	BARREIRAS	MUNICIPAL	63.450,15
BA	290340	BELMONTE	ESTADUAL	99.660,00
BA	290350	BELO CAMPO	MUNICIPAL	99.660,00
BA	290390	BOM JESUS DA LAPA	MUNICIPAL	41.316,00
BA	290410	BOQUIRA	ESTADUAL	78.012,00
BA	290420	BOTUPORA	ESTADUAL	44.164,65
BA	290460	BRUMADO	MUNICIPAL	79.437,75
BA	290500	CACULE	ESTADUAL	121.112,10
BA	290520	CAETITE	ESTADUAL	69.188,85
BA	290560	CAMACAN	ESTADUAL	115.931,70
BA	290570	CAMACARI	MUNICIPAL	93.360,00
BA	290590	CAMPO ALEGRE DE LOURDES	ESTADUAL	78.012,00
BA	290600	CAMPO FORMOSO	ESTADUAL	78.012,00
BA	290630	CANAVIEIRAS	ESTADUAL	51.931,20
BA	290650	CANDEIAS	MUNICIPAL	436.345,50
BA	290670	CANDIDO SALES	ESTADUAL	118.021,50
BA	290680	CANSANCAO	ESTADUAL	52.641,75
BA	290687	CAPIM GROSSO	MUNICIPAL	78.012,00
BA	290690	CARAVELAS	ESTADUAL	44.569,50
BA	290710	CARINHANHA	ESTADUAL	78.012,00
BA	290720	CASA NOVA	ESTADUAL	115.902,00
BA	290750	CATU	MUNICIPAL	19.736,55
BA	290780	CICERO DANTAS	ESTADUAL	147.571,05
BA	290790	CIPO	ESTADUAL	78.012,00
BA	290820	CONCEICAO DA FEIRA	ESTADUAL	78.012,00
BA	290850	CONCEICAO DO JACUIPE	ESTADUAL	78.012,00
BA	290890	CORACAO DE MARIA	ESTADUAL	181.251,00
BA	290920	CORONEL JOAO SA	ESTADUAL	78.012,00
BA	290980	CRUZ DAS ALMAS	MUNICIPAL	100.651,20
BA	290990	CURACA	ESTADUAL	42.251,55
BA	291005	DIAS D'AVILA	MUNICIPAL	68.383,83
BA	291040	ENCRUZILHADA	ESTADUAL	99.660,00
BA	291060	ESPLANADA	ESTADUAL	78.012,00
BA	291070	EUCLIDES DA CUNHA	MUNICIPAL	339.660,00
BA	291072	EUNAPOLIS	MUNICIPAL	41.908,05
BA	291080	FEIRA DE SANTANA	MUNICIPAL	486.117,66
BA	291160	GOVERNADOR MANGABEIRA	ESTADUAL	78.012,00
BA	291170	GUANAMBI	MUNICIPAL	33.184,05
BA	291190	IACU	ESTADUAL	30.896,85
BA	291210	IBICARAI	MUNICIPAL	41.316,00
BA	291270	IBIRAPITANGA	ESTADUAL	99.660,00
BA	291290	IBIRATAIA	ESTADUAL	304.835,70
BA	291320	IBOTIRAMA	ESTADUAL	73.842,00
BA	291340	IGAPORA	ESTADUAL	78.012,00
BA	291350	IGUAI	ESTADUAL	41.361,90
BA	291360	ILHEUS	MUNICIPAL	96.709,80
BA	291380	IPECAETA	ESTADUAL	78.012,00
BA	291390	IPIAU	ESTADUAL	78.012,00
BA	291400	IPIRA	MUNICIPAL	201.348,00
BA	291420	IRAJUBA	ESTADUAL	54.056,70
BA	291440	IRAQUARA	ESTADUAL	90.408,75
BA	291460	IRECE	MUNICIPAL	86.956,65
BA	291480	ITABUNA	ESTADUAL	450.889,80
BA	291560	ITAMARAJU	MUNICIPAL	99.660,00
BA	291600	ITANHEM	ESTADUAL	99.660,00
BA	291640	ITAPETINGA	ESTADUAL	106.393,20
BA	291650	ITAPICURU	ESTADUAL	78.012,00
BA	291700	ITIUBA	ESTADUAL	41.449,65
BA	291710	ITORORO	ESTADUAL	78.012,00
BA	291730	ITUBERA	ESTADUAL	78.012,00
BA	291750	JACOBINA	MUNICIPAL	382.698,60
BA	291760	JAGUAQUARA	ESTADUAL	48.599,70
BA	291770	JAGUARARI	ESTADUAL	78.012,00
BA	291800	JEQUIE	MUNICIPAL	688.938,45
BA	291810	JEREMOABO	MUNICIPAL	78.012,00
BA	291840	JUAZEIRO	MUNICIPAL	354.069,75
BA	291880	LAJE	MUNICIPAL	78.012,00
BA	291920	LAURO DE FREITAS	MUNICIPAL	91.200,75

BA	291950	LIVRAMENTO DE NOSSA SENHORA	MUNICIPAL	10.758,45
BA	291970	MACARANI	ESTADUAL	78.012,00
BA	291980	MACAUBAS	MUNICIPAL	41.316,00
BA	292010	MAIRI	ESTADUAL	33.954,60
BA	292050	MARACAS	ESTADUAL	78.012,00
BA	292060	MARAGOGIPE	ESTADUAL	41.386,80
BA	292100	MATA DE SAO JOAO	MUNICIPAL	52.353,15
BA	292110	MEDEIROS NETO	MUNICIPAL	53.033,85
BA	292120	MIGUEL CALMON	ESTADUAL	78.012,00
BA	292170	MORRO DO CHAPÉU	ESTADUAL	78.012,00
BA	292200	MUCURI	ESTADUAL	78.012,00
BA	292230	MURITIBA	ESTADUAL	67.007,10
BA	292250	NAZARÉ	ESTADUAL	339.660,00
BA	292300	NOVA VICOSA	MUNICIPAL	78.012,00
BA	292310	OLINDINA	ESTADUAL	192.330,15
BA	292360	PARAMIRIM	MUNICIPAL	41.316,00
BA	292370	PARATINGA	ESTADUAL	78.012,00
BA	292380	PARIPIRANGA	ESTADUAL	78.012,00
BA	292400	PAULO AFONSO	MUNICIPAL	368.394,60
BA	292460	PINDOBACU	ESTADUAL	47.406,60
BA	292510	POCOES	ESTADUAL	98.026,65
BA	292520	POJUCA	MUNICIPAL	99.660,00
BA	292530	PORTO SEGURO	MUNICIPAL	63.360,00
BA	292550	PRADO	MUNICIPAL	48.970,50
BA	292580	QUEIMADAS	ESTADUAL	87.485,70
BA	292590	QUIJINGUE	ESTADUAL	99.660,00
BA	292595	RAFAEL JAMBEIRO	ESTADUAL	78.012,00
BA	292600	REMANSO	ESTADUAL	57.608,25
BA	292630	RIACHAO DO JACUIPE	ESTADUAL	166.720,05
BA	292640	RIACHO DE SANTANA	ESTADUAL	70.067,10
BA	292700	RIO REAL	MUNICIPAL	55.980,15
BA	292720	RUY BARBOSA	ESTADUAL	78.012,00
BA	292740	SALVADOR	MUNICIPAL	108.256,56
BA	292770	SANTA CRUZ CABRALIA	MUNICIPAL	91.744,35
BA	292810	SANTA MARIA DA VITORIA	MUNICIPAL	125.755,50
BA	292840	SANTA RITA DE CASSIA	ESTADUAL	78.012,00
BA	292800	SANTALUZ	ESTADUAL	78.012,00
BA	292870	SANTO ANTONIO DE JESUS	MUNICIPAL	124.642,65
BA	292880	SANTO ESTEVAO	MUNICIPAL	101.667,00
BA	292910	SAO FELIPE	MUNICIPAL	50.167,05
BA	292930	SAO GONCALO DOS CAMPOS	ESTADUAL	47.310,00
BA	292950	SAO SEBASTIAO DO PASSE	MUNICIPAL	99.660,00
BA	293010	SENHOR DO BONFIM	MUNICIPAL	63.360,00
BA	293020	SENTO SE	ESTADUAL	78.012,00
BA	293015	SERRA DO RAMALHO	ESTADUAL	99.660,00
BA	293030	SERRA DOURADA	ESTADUAL	61.866,90
BA	293050	SERRINHA	MUNICIPAL	100.610,70
BA	293077	SOBRADINHO	ESTADUAL	78.012,00
BA	293100	TANHACU	ESTADUAL	99.660,00
BA	293135	TEIXEIRA DE FREITAS	MUNICIPAL	411.185,50
BA	293150	TEOFILANDIA	ESTADUAL	78.012,00
BA	293180	TREMEDAL	ESTADUAL	59.584,65
BA	293190	TUCANO	ESTADUAL	99.660,00
BA	293200	UAUA	ESTADUAL	41.316,00
BA	293220	UBAITABA	ESTADUAL	78.012,00
BA	293230	UBATA	ESTADUAL	78.012,00
BA	293250	UNA	ESTADUAL	96.058,65
BA	293270	URUCUCA	ESTADUAL	78.012,00
BA	293290	VALENCA	ESTADUAL	94.968,00
BA	293320	VERA CRUZ	MUNICIPAL	102.141,90
BA	293330	VITORIA DA CONQUISTA	MUNICIPAL	313.898,40
BA	293360	XIQUE-XIQUE	ESTADUAL	17.282,70
TOTAL BAHIA				14.824.782,91
CE	230020	ACARAU	MUNICIPAL	13.035,00
CE	230030	ACOPIARA	MUNICIPAL	57.650,55
CE	230075	AMONTADA	MUNICIPAL	66.438,90
CE	230100	AQUIRAZ	MUNICIPAL	293.197,20
CE	230110	ARACATI	MUNICIPAL	61.512,00
CE	230130	ARARIPE	MUNICIPAL	78.012,00
CE	230160	ASSARE	MUNICIPAL	99.660,00
CE	230190	BARBALHA	MUNICIPAL	364.768,11
CE	230230	BELA CRUZ	MUNICIPAL	78.012,00
CE	230250	BREJO SANTO	MUNICIPAL	61.177,20
CE	230260	CAMOCIM	MUNICIPAL	63.360,00
CE	230290	CAPISTRANO	MUNICIPAL	77.122,35
CE	230320	CARIRIACU	MUNICIPAL	78.012,00
CE	230340	CARNAUBAL	MUNICIPAL	78.012,00
CE	230350	CASCAVEL	MUNICIPAL	6.756,15
CE	230370	CAUCAIA	MUNICIPAL	301.412,10
CE	230380	CEDRO	MUNICIPAL	57.747,30
CE	230400	COREAU	MUNICIPAL	99.660,00
CE	230410	CRATEUS	MUNICIPAL	57.606,00
CE	230425	CRUZ	MUNICIPAL	57.655,20
CE	230428	EUSEBIO	MUNICIPAL	135.432,75
CE	230430	FARIAS BRITO	MUNICIPAL	69.010,65
CE	230435	FORQUILHA	MUNICIPAL	99.660,00
CE	230500	GUARACIABA DO NORTE	MUNICIPAL	78.012,00
CE	230523	HORIZONTE	MUNICIPAL	62.998,17
CE	230530	IBIAPINA	MUNICIPAL	108.602,25
CE	230535	ICAPUI	MUNICIPAL	57.709,20
CE	230540	ICO	MUNICIPAL	171.404,85
CE	230550	IGUATU	MUNICIPAL	261.232,11
CE	230580	IPU	MUNICIPAL	78.012,00
CE	230590	IPUEIRAS	MUNICIPAL	78.012,00
CE	230610	IRAUCUBA	MUNICIPAL	78.012,00
CE	230625	ITAITINGA	MUNICIPAL	111.022,20
CE	230640	ITAPIPOCA	MUNICIPAL	397.035,00
CE	230700	JAGUARUANA	MUNICIPAL	78.012,00
CE	230710	JARDIM	MUNICIPAL	339.660,00
CE	230730	JUAZEIRO DO NORTE	MUNICIPAL	391.302,21
CE	230750	LAVRAS DA MANGABEIRA	MUNICIPAL	78.012,00
CE	230760	LIMOEIRO DO NORTE	MUNICIPAL	298.151,40
CE	230765	MARACANAU	MUNICIPAL	63.360,00
CE	230770	MARANGUAPE	MUNICIPAL	288.952,05
CE	230860	MONSENHOR TABOSA	MUNICIPAL	57.605,94
CE	230940	NOVO ORIENTE	MUNICIPAL	99.660,00
CE	230945	OCARA	MUNICIPAL	99.660,00
CE	230950	OROS	MUNICIPAL	59.159,85
CE	231020	PARACURU	MUNICIPAL	78.012,00
CE	231030	PARAMBU	MUNICIPAL	339.660,00
CE	231050	PEDRA BRANCA	MUNICIPAL	78.012,00
CE	231070	PENTECOSTE	MUNICIPAL	78.012,00
CE	231130	QUIXADA	MUNICIPAL	13.086,90
CE	231140	QUIXERAMOBIM	MUNICIPAL	63.360,00
CE	231160	REDENCAO	MUNICIPAL	57.606,00
CE	231230	SÃO BENEDITO	MUNICIPAL	78.012,00
CE	231270	SENADOR POMPEU	MUNICIPAL	57.751,05
CE	231290	SOBRAL	MUNICIPAL	152.606,70
CE	231340	TIANGUA	MUNICIPAL	13.035,00
CE	231350	TRAIRI	MUNICIPAL	51.871,05
CE	231380	URUBURETAMA	MUNICIPAL	99.660,00
CE	231400	VARZEA ALEGRE	MUNICIPAL	99.660,00
CE	231410	VICOSA DO CEARA	MUNICIPAL	99.660,00
TOTAL CEARÁ				7.050.501,39
GO	520025	AGUAS LINDAS DE GOIAS	ESTADUAL	14.643,00
GO	520110	ANAPOLIS	MUNICIPAL	810.426,90
GO	520140	APARECIDA DE GOIANIA	MUNICIPAL	140.901,90
GO	520170	ARAGARCAS	MUNICIPAL	78.012,00
GO	520450	CALDAS NOVAS	MUNICIPAL	13.035,00
GO	520510	CATALAO	MUNICIPAL	121.440,90
GO	520800	FORMOSA	MUNICIPAL	13.035,03
GO	520870	GOIANIA	MUNICIPAL	1.805.149,80
GO	520890	GOIÁS	MUNICIPAL	78.012,03
GO	521010	IPAMERI	MUNICIPAL	78.012,00
GO	521150	ITUMBIARA	MUNICIPAL	132.864,00
GO	521190	JATAI	MUNICIPAL	143.494,05
GO	521250	LUZIANIA	MUNICIPAL	13.035,00
GO	521310	MINEIROS	MUNICIPAL	77.537,25
GO	521460	NIQUELANDIA	MUNICIPAL	135.853,20
GO	521560	PADRE BERNARDO	MUNICIPAL	133.056,90
GO	521580	PALMELO	MUNICIPAL	130.946,40
GO	521710	PIRACANJUBA	MUNICIPAL	78.012,00
GO	521760	PLANALTINA	MUNICIPAL	13.035,00
GO	521800	PORANGATU	MUNICIPAL	78.012,00
GO	521850	QUIRINOPOLIS	MUNICIPAL	233.911,05
GO	521880	RIO VERDE	MUNICIPAL	13.035,00
GO	521890	RUBIATABA	MUNICIPAL	78.012,00
GO	522020	SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	MUNICIPAL	78.012,00
GO	522045	SENADOR CANEDO	MUNICIPAL	13.035,00
GO	522140	TRINDADE	MUNICIPAL	237.951,84
GO	522160	URUAÇU	MUNICIPAL	78.012,00
TOTAL GOIÁS				4.820.483,25
ES	320040	ANCHIETA	MUNICIPAL	105.275,70
ES	320080	BAIXO GUANDU	ESTADUAL	78.012,00
ES	320120	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	ESTADUAL	293.762,70
ES	320130	CARIACICA	ESTADUAL	209.700,90

ES	320230	GUACUI	ESTADUAL	78.012,00
ES	320313	JOAO NEIVA	MUNICIPAL	243.833,40
ES	320320	LINHARES	MUNICIPAL	288.262,95
ES	320490	SAO MATEUS	ESTADUAL	234.477,15
ES	320500	SERRA	MUNICIPAL	437.868,45
ES	320503	VARGEM ALTA	MUNICIPAL	75.976,35
ES	320520	VILA VELHA	MUNICIPAL	448.120,95
ES	320530	VITORIA	MUNICIPAL	1.001.355,00
ES	320530	VITORIA	ESTADUAL	306.824,85
TOTAL ESPIRITO SANTO				3.801.482,40
MA	210020	ALCANTARA	ESTADUAL	339.660,00
MA	210047	ALTO ALEGRE DO PINDARE	ESTADUAL	42.863,55
MA	210100	ARARI	MUNICIPAL	44.164,65
MA	210120	BACABAL	MUNICIPAL	14.643,00
MA	210140	BALSAS	MUNICIPAL	41.316,00
MA	210160	BARRA DO CORDA	MUNICIPAL	14.602,35
MA	210200	BOM JARDIM	ESTADUAL	44.743,80
MA	210300	CAXIAS	MUNICIPAL	448.920,00
MA	210320	CHAPADINHA	MUNICIPAL	13.035,00
MA	210330	CODO	MUNICIPAL	41.499,42
MA	210350	COLINAS	MUNICIPAL	41.387,10
MA	210370	CURURUPU	MUNICIPAL	78.012,00
MA	210380	DOM PEDRO	MUNICIPAL	20.746,75
MA	210400	ESPERANTINOPOLIS	MUNICIPAL	339.660,00
MA	210467	GOVERNADOR NUNES FREIRE	MUNICIPAL	64.403,40
MA	210490	GUIMARAES	ESTADUAL	53.743,20
MA	210510	ICATU	ESTADUAL	59.863,35
MA	210530	IMPERATRIZ	MUNICIPAL	63.360,00
MA	210570	LAGO DA PEDRA	MUNICIPAL	78.012,00
MA	210650	MATINHA	ESTADUAL	41.464,20
MA	210680	MIRINZAL	ESTADUAL	88.560,75
MA	210750	PACO DO LUMIAR	MUNICIPAL	16.019,40
MA	210760	PALMEIRANDIA	ESTADUAL	53.177,70
MA	210820	PEDREIRAS	MUNICIPAL	189.253,20
MA	210860	PINHEIRO	MUNICIPAL	65.518,65
MA	210890	POCAO DE PEDRAS	MUNICIPAL	43.961,94
MA	210900	PORTO FRANCO	MUNICIPAL	339.660,00
MA	210945	RAPOSA	ESTADUAL	54.138,30
MA	210990	SANTA INES	MUNICIPAL	157.720,80
MA	211020	SANTA RITA	MUNICIPAL	41.414,40
MA	211030	SANTO ANTONIO DOS LOPES	ESTADUAL	41.882,40
MA	211050	SAO BENTO	MUNICIPAL	77.664,75
MA	211100	SAO JOAO BATISTA	ESTADUAL	64.529,40
MA	211110	SAO JOAO DOS PATOS	MUNICIPAL	41.316,00
MA	211130	SAO LUIS	MUNICIPAL	403.020,00
MA	211130	SAO LUIS	ESTADUAL	447.360,00
MA	211150	SAO MATEUS DO MARANHAO	MUNICIPAL	99.660,00
MA	211170	SAO VICENTE FERRER	MUNICIPAL	66.978,90
MA	211210	TIMBIRAS	ESTADUAL	78.012,00
MA	211220	TIMON	MUNICIPAL	169.023,30
MA	211280	VIANA	MUNICIPAL	99.660,00
MA	211300	VITORINO FREIRE	MUNICIPAL	62.674,80
MA	211400	ZE DOCA	MUNICIPAL	13.035,00
TOTAL MARANHÃO				4.600.341,46
MG	310150	ALEM PARAIBA	ESTADUAL	38.190,90
MG	310160	ALFENAS	MUNICIPAL	110.910,57
MG	310170	ALMENARA	ESTADUAL	63.742,05
MG	310260	ANDRADAS	ESTADUAL	44.017,65
MG	310350	ARAGUARI	MUNICIPAL	283.474,59
MG	310420	ARCOS	ESTADUAL	78.012,00
MG	310510	BAMBUI	ESTADUAL	339.660,00
MG	310620	BELO HORIZONTE	MUNICIPAL	4.250.137,02
MG	310620	BELO HORIZONTE	ESTADUAL	477.360,00
MG	310630	BELO ORIENTE	ESTADUAL	78.012,00
MG	310670	BETIM	MUNICIPAL	798.310,26
MG	310690	BICAS	ESTADUAL	78.012,00
MG	310710	BOA ESPERANCA	ESTADUAL	78.012,00
MG	310730	BOCAIUVA	ESTADUAL	211.076,70
MG	310740	BOM DESPACHO	ESTADUAL	217.212,75
MG	310860	BRASILIA DE MINAS	ESTADUAL	78.012,00
MG	310900	BRUMADINHO	MUNICIPAL	235.113,45
MG	310930	BURITIS	MUNICIPAL	78.012,00
MG	310940	BURITIZEIRO	ESTADUAL	98.774,40
MG	311120	CAMPO BELO	MUNICIPAL	88.092,60
MG	311200	CANDEIAS	ESTADUAL	78.012,00
MG	311270	CAPITAO ENEAS	ESTADUAL	99.660,00
MG	311330	CARANGOLA	ESTADUAL	173.598,75
MG	311430	CARMO DO PARANAIBA	ESTADUAL	129.212,40
MG	311510	CASSIA	ESTADUAL	78.012,00
MG	311530	CATAGUASES	MUNICIPAL	142.226,85
MG	311800	CONGONHAS	MUNICIPAL	273.860,40
MG	311830	CONSELHEIRO LAFAIETE	MUNICIPAL	93.360,00
MG	311860	CONTAGEM	MUNICIPAL	625.784,40
MG	311940	CORONEL FABRICIANO	ESTADUAL	333.168,45
MG	312090	CURVELO	ESTADUAL	31.413,00
MG	312200	DIVINO	ESTADUAL	78.012,00
MG	312230	DIVINOPOLIS	MUNICIPAL	468.969,06
MG	312410	ESMERALDAS	ESTADUAL	158.423,85
MG	312420	ESPERA FELIZ	ESTADUAL	140.520,30
MG	312510	EXTREMA	ESTADUAL	117.393,15
MG	312610	FORMIGA	ESTADUAL	114.196,20
MG	312710	FRUTAL	MUNICIPAL	13.035,00
MG	312770	GOVERNADOR VALADARES	MUNICIPAL	242.086,80
MG	312780	GRAO MOGOL	ESTADUAL	78.012,00
MG	312870	GUAXUPE	ESTADUAL	78.012,00
MG	312980	IBIRITE	MUNICIPAL	93.360,00
MG	313010	IGARAPE	ESTADUAL	78.012,00
MG	313090	INHAPIM	ESTADUAL	99.660,00
MG	313120	IPANEMA	ESTADUAL	78.012,00
MG	313130	IPATINGA	MUNICIPAL	315.948,45
MG	313170	ITABIRA	MUNICIPAL	260.437,05
MG	313190	ITABIRITO	ESTADUAL	275.146,20
MG	313210	ITACARAMBI	MUNICIPAL	41.316,00
MG	313330	ITAOBIM	ESTADUAL	222.359,40
MG	313380	ITAUNA	MUNICIPAL	393.469,65
MG	313510	JANAUBA	ESTADUAL	176.434,35
MG	313580	JEQUITINHONHA	ESTADUAL	48.217,35
MG	313630	JOAO PINHEIRO	ESTADUAL	115.953,75
MG	313670	JUIZ DE FORA	MUNICIPAL	14.504,55
MG	313720	LAGOA DA PRATA	ESTADUAL	111.469,35
MG	313760	LAGOA SANTA	ESTADUAL	367.918,05
MG	313770	LAJINHA	ESTADUAL	78.012,00
MG	313820	LAVRAS	MUNICIPAL	267.836,40
MG	313860	LIMA DUARTE	ESTADUAL	41.716,95
MG	313890	MACHACALIS	ESTADUAL	339.660,00
MG	313940	MANHUACU	MUNICIPAL	17.337,45
MG	313950	MANHUMIRIM	ESTADUAL	133.816,80
MG	314110	MATOZINHOS	ESTADUAL	210.541,65
MG	314140	MEDINA	ESTADUAL	78.012,00
MG	314180	MINAS NOVAS	ESTADUAL	173.025,00
MG	314200	MIRABELA	ESTADUAL	46.728,30
MG	314310	MONTE CARMELO	MUNICIPAL	294.359,55
MG	314320	MONTE SANTO DE MINAS	ESTADUAL	78.012,00
MG	314330	MONTES CLAROS	MUNICIPAL	232.023,45
MG	314400	MUTUM	ESTADUAL	118.975,95
MG	314480	NOVA LIMA	ESTADUAL	318.323,55
MG	314520	NOVA SERRANA	ESTADUAL	253.944,75
MG	314560	OLIVEIRA	ESTADUAL	164.851,50
MG	314590	OURO BRANCO	MUNICIPAL	298.117,50
MG	314610	OURO PRETO	ESTADUAL	190.181,55
MG	314710	PARA DE MINAS	ESTADUAL	364.341,30
MG	314700	PARACATU	MUNICIPAL	150.254,55
MG	314800	PATOS DE MINAS	MUNICIPAL	230.570,10
MG	314810	PATROCINIO	MUNICIPAL	198.756,30
MG	314870	PEDRA AZUL	ESTADUAL	92.284,20
MG	314930	PEDRO LEOPOLDO	MUNICIPAL	240.832,05
MG	314990	PERDOES	MUNICIPAL	177.999,00
MG	315080	PIRANGA	ESTADUAL	78.012,00
MG	315120	PIRAPORA	ESTADUAL	124.638,60
MG	315150	PIUMHI	ESTADUAL	13.035,00
MG	315210	PONTE NOVA	MUNICIPAL	21.445,20
MG	315250	POUSO ALEGRE	ESTADUAL	13.035,00
MG	315460	RIBEIRAO DAS NEVES	MUNICIPAL	213.551,10
MG	315690	SACRAMENTO	MUNICIPAL	99.660,00
MG	315700	SALINAS	MUNICIPAL	45.597,30
MG	315780	SANTA LUZIA	MUNICIPAL	219.292,56
MG	315790	SANTA MARGARIDA	ESTADUAL	108.674,55
MG	315960	SANTA RITA DO SAPUCAI	ESTADUAL	78.552,60
MG	315990	SANTO ANTONIO DO AMPARO	MUNICIPAL	339.660,00
MG	316040	SANTO ANTONIO DO MONTE	ESTADUAL	147.308,25
MG	316070	SANTOS DUMONT	ESTADUAL	60.232,65
MG	316100	SAO DOMINGOS DO PRATA	ESTADUAL	78.012,00
MG	316105	SAO FELIX DE MINAS	ESTADUAL	78.012,00
MG	316110	SAO FRANCISCO	ESTADUAL	67.548,00
MG	316240	SAO JOAO DA PONTE	ESTADUAL	85.357,50
MG	316250	SAO JOAO DEL REI	MUNICIPAL	53.126,10
MG	316292	SAO JOAQUIM DE BICAS	ESTADUAL	78.012,00
MG	316370	SAO LOURENCO	ESTADUAL	228.333,30
MG	316470	SAO SEBASTIAO DO PARAISO	MUNICIPAL	253.997,70
MG	316530	SAO VICENTE DE MINAS	ESTADUAL	78.012,00
MG	316720	SETE LAGOAS	MUNICIPAL	447.927,75
MG	316760	SIMONESIA	ESTADUAL	78.012,00
MG	316860	TEÓFILO OTONI	MUNICIPAL	314.672,37
MG	316920	TOMBOS	MUNICIPAL	102.849,45
MG	316930	TRES CORACOES	ESTADUAL	13.035,00
MG	316940	TRES PONTAS	MUNICIPAL	234.595,80
MG	317010	UBERABA	MUNICIPAL	168.220,95
MG	317020	UBERLANDIA	MUNICIPAL	1.085.030,10
MG	317070	VARGINHA	ESTADUAL	68.106,15
MG	317080	VARZEA DA PALMA	ESTADUAL	42.530,40
MG	317120	VESPASIANO	ESTADUAL	244.028,40
MG	317130	VICOSA	MUNICIPAL	121.838,10
TOTAL MINAS GERAIS				24.237.797,43
MT	510025	ALTA FLORESTA	MUNICIPAL	41.360,40
MT	510170	BARRA DO BUGRES	MUNICIPAL	158.213,70
MT	510180	BARRA DO GARCAS	MUNICIPAL	282.000,00
MT	510250	CACERES	ESTADUAL	129.381,15
MT	510267	CAMPO VERDE	MUNICIPAL	122.920,05
MT	510320	COLIDER	MUNICIPAL	75.103,80
MT	510335	CONFRESA	MUNICIPAL	99.660,00
MT	510340	CUIABA	MUNICIPAL	575.756,10
MT	510340	CUIABA	ESTADUAL	692.353,20
MT	510350	DIAMANTINO	MUNICIPAL	179.770,50
MT	510410	GUARANTA DO NORTE	MUNICIPAL	183.878,25
MT	510480	JACIARA	MUNICIPAL	217.044,90
MT	510510	JUARA	MUNICIPAL	78.613,20
MT	510515	JUINA	MUNICIPAL	131.694,15
MT	510525	LUCAS DO RIO VERDE	MUNICIPAL	99.660,00
MT	510625	NOVA XAVANTINA	ESTADUAL	72.604,35
MT	510642	PEIXOTO DE AZEVEDO	MUNICIPAL	293.219,85
MT	510650	POCONE	ESTADUAL	189.477,15
MT	510675	PONTES E LACERDA	ESTADUAL	101.811,30
MT	510704	PRIMAVERA DO LESTE	MUNICIPAL	276.698,85
MT	510760	RONDONOPOLIS	ESTADUAL	641.620,05
MT	510710	SAO JOSE DOS QUATRO MARCOS	MUNICIPAL	90.570,45
MT	510790	SINOP	ESTADUAL	283.674,60
MT	510792	SORRISO	MUNICIPAL	191.049,00
MT	510795	TANGARA DA SERRA	MUNICIPAL	280.764,45
MT	510840	VARZEA GRANDE	ESTADUAL	353.064,90
MT	510860	VILA RICA	MUNICIPAL	99.660,00
TOTAL MATO GROSSO				5.941.624,35
MS	500100	APARECIDA DO TABOADO	MUNICIPAL	78.012,00
MS	500110	AQUIDAUANA	MUNICIPAL	9.590,37
MS	500210	BELA VISTA	MUNICIPAL	98.083,50
MS	500220	BONITO	MUNICIPAL	78.012,00
MS	500270	CAMPO GRANDE	MUNICIPAL	1.361.392,26
MS	500320	CORUMBA	MUNICIPAL	414.054,15
MS	500330	COXIM	MUNICIPAL	78.012,00
MS	500370	DOURADOS	MUNICIPAL	520.894,50
MS	500620	NOVA ANDRADINA	MUNICIPAL	279.343,05
MS	500630	PARANAIBA	MUNICIPAL	191.776,95
MS	500660	PONTA PORA	MUNICIPAL	93.360,00
MS	500769	SAO GABRIEL DO OESTE	MUNICIPAL	248.916,15
MS	500790	SIDROLANDIA	MUNICIPAL	72.560,85
MS	500830	TRES LAGOAS	MUNICIPAL	292.059,00
TOTAL MATO GROSSO DO SUL				3.816.066,78

PA	150010	ABAETETUBA	MUNICIPAL	298.956,45
PA	150034	AGUA AZUL DO NORTE	MUNICIPAL	78.012,00
PA	150040	ALENQUER	MUNICIPAL	31.883,70
PA	150060	ALTAMIRA	ESTADUAL	1.560,00
PA	150080	ANANINDEUA	MUNICIPAL	283.639,50
PA	150095	AURORA DO PARA	MUNICIPAL	78.012,00
PA	150130	BARCARENA	MUNICIPAL	135.387,00
PA	150140	BELEM	MUNICIPAL	1.063.538,61
PA	150170	BRAGANCA	ESTADUAL	352.682,40
PA	150172	BRASIL NOVO	ESTADUAL	55.090,50
PA	150178	BREU BRANCO	MUNICIPAL	78.012,00
PA	150180	BREVES	MUNICIPAL	135.387,00
PA	150210	CAMETA	MUNICIPAL	135.387,00
PA	150215	CANAA DOS CARAJAS	MUNICIPAL	78.012,00
PA	150240	CASTANHAL	MUNICIPAL	479.380,56
PA	150270	CONCEICAO DO ARAGUAIA	MUNICIPAL	91.865,25
PA	150309	GOIANESIA DO PARA	MUNICIPAL	106.552,65
PA	150330	IGARAPE-MIRI	MUNICIPAL	78.012,00
PA	150420	MARABA	MUNICIPAL	207.558,60
PA	150442	MARITUBA	MUNICIPAL	127.393,50
PA	150450	MELGACO	ESTADUAL	78.012,00
PA	150460	MOCAJUBA	MUNICIPAL	78.012,00
PA	150470	MOJU	MUNICIPAL	13.035,00
PA	150543	OURILANDIA DO NORTE	MUNICIPAL	78.012,00
PA	150580	PORTEL	MUNICIPAL	78.012,00
PA	150590	PORTO DE MOZ	MUNICIPAL	78.012,00
PA	150618	RONDON DO PARA	ESTADUAL	7.445,40
PA	150650	SANTA ISABEL DO PARA	ESTADUAL	223.838,55
PA	150680	SANTAREM	MUNICIPAL	93.360,00
PA	150680	SANTAREM	ESTADUAL	397.035,00
PA	150730	SAO FELIX DO XINGU	MUNICIPAL	159.659,94
PA	150808	TUCUMA	MUNICIPAL	233.697,75
PA	150840	XINGUARA	MUNICIPAL	41.358,45
TOTAL PARÁ				5.455.812,81
PB	250030	ALAGOA GRANDE	MUNICIPAL	41.316,00
PB	250060	ALHANDRA	MUNICIPAL	78.012,00
PB	250130	AROEIRAS	MUNICIPAL	115.827,30
PB	250150	BANANEIRAS	MUNICIPAL	137.590,38
PB	250157	BARRA DE SANTANA	MUNICIPAL	114.669,00
PB	250190	BELEM	MUNICIPAL	99.660,00
PB	250300	CAAPORA	MUNICIPAL	150.435,90
PB	250320	CABEDELO	MUNICIPAL	178.287,24
PB	250370	CAJAZEIRAS	MUNICIPAL	217.560,00
PB	250370	CAJAZEIRAS	MUNICIPAL	251.959,80
PB	250400	CAMPINA GRANDE	MUNICIPAL	217.105,05
PB	250430	CATOLE DO ROCHA	MUNICIPAL	78.012,00
PB	250440	CONCEICAO	MUNICIPAL	10.751,16
PB	250460	CONDE	MUNICIPAL	78.012,00
PB	250480	COREMAS	MUNICIPAL	68.705,10
PB	250600	ESPERANCA	MUNICIPAL	58.149,45
PB	250630	GUARABIRA	MUNICIPAL	93.360,00
PB	250680	INGA	MUNICIPAL	78.012,00
PB	250690	ITABAIANA	MUNICIPAL	78.012,00
PB	250700	ITAPORANGA	MUNICIPAL	124.864,50
PB	250750	JOAO PESSOA	MUNICIPAL	303.777,21
PB	250830	LAGOA SECA	MUNICIPAL	122.214,60
PB	250890	MAMANGUAPE	MUNICIPAL	27.173,85
PB	250910	MARI	MUNICIPAL	78.012,00
PB	250970	MONTEIRO	MUNICIPAL	67.540,20
PB	251080	PATOS	MUNICIPAL	94.920,00
PB	251130	PIANCO	MUNICIPAL	92.509,35
PB	251140	PICUI	MUNICIPAL	78.012,00
PB	251200	POCINHOS	MUNICIPAL	78.012,00
PB	251210	POMBAL	MUNICIPAL	42.843,75
PB	251230	PRINCESA ISABEL	MUNICIPAL	78.012,00
PB	251250	QUEIMADAS	MUNICIPAL	114.669,00
PB	251600	SOLANEA	MUNICIPAL	115.126,95
PB	251620	SOUSA	MUNICIPAL	677.323,11
PB	251630	SUME	MUNICIPAL	78.012,00
PB	251650	TAPEROA	MUNICIPAL	201.051,30
PB	251670	TEIXEIRA	MUNICIPAL	78.012,00
TOTAL PARAÍBA				4.597.522,20
PE	260005	ABREU E LIMA	MUNICIPAL	476.787,90
PE	260050	AGUAS BELAS	MUNICIPAL	78.012,00
PE	260110	ARARIPINA	MUNICIPAL	78.012,00
PE	260120	ARCOVERDE	MUNICIPAL	135.387,00
PE	260200	BODOCO	MUNICIPAL	247.422,30
PE	260280	BUIQUE	ESTADUAL	163.889,25
PE	260290	CABO DE SANTO AGOSTINHO	MUNICIPAL	875.955,00
PE	260300	CABROBO	MUNICIPAL	78.012,00
PE	260345	CAMARAGIBE	MUNICIPAL	217.272,00
PE	260410	CARUARU	MUNICIPAL	55.944,00
PE	260450	CHA GRANDE	MUNICIPAL	99.660,00
PE	260500	CUPIRA	MUNICIPAL	78.012,00
PE	260570	FLORESTA	MUNICIPAL	217.383,60
PE	260600	GARANHUNS	MUNICIPAL	13.035,00
PE	260610	GLORIA DO GOITA	MUNICIPAL	78.012,00
PE	260620	GOIANA	MUNICIPAL	135.387,00
PE	260660	IBIMIRIM	MUNICIPAL	180.863,70
PE	260680	IGARASSU	MUNICIPAL	135.387,00
PE	260730	IPUBI	MUNICIPAL	78.012,00
PE	260765	ITAMBE	MUNICIPAL	78.012,00
PE	260790	JABOATAO DOS GUARARAPES	MUNICIPAL	453.929,97
PE	260845	LAGOA DO CARRO	MUNICIPAL	78.012,00
PE	260850	LAGOA DO ITAENGA	MUNICIPAL	78.012,00
PE	260960	OLINDA	MUNICIPAL	428.272,20
PE	260990	OURICURI	MUNICIPAL	339.660,00
PE	261000	PALMARES	MUNICIPAL	78.012,00
PE	261060	PAUDALHO	MUNICIPAL	78.012,00
PE	261070	PAULISTA	MUNICIPAL	565.870,56
PE	261080	PEDRA	MUNICIPAL	306.118,95
PE	261100	PETROLÂNDIA	MUNICIPAL	78.012,00
PE	261110	PETROLINA	MUNICIPAL	197.962,50
PE	261220	SALGUEIRO	ESTADUAL	99.660,00
PE	261260	SANTA MARIA DA BOA VISTA	MUNICIPAL	77.461,50
PE	261350	SAO JOSE DO BELMONTE	MUNICIPAL	78.012,00
PE	261400	SERRITA	MUNICIPAL	152.754,30
PE	261410	SERTANIA	MUNICIPAL	78.012,00
PE	261450	SURUBIM	MUNICIPAL	149.754,21
PE	261560	TRINDADE	MUNICIPAL	78.012,00
PE	261630	VICENCIA	MUNICIPAL	99.660,00
TOTAL PERNAMBUCO				6.995.657,94
PI	220020	AGUA BRANCA	MUNICIPAL	41.449,65
PI	220040	ALTOS	ESTADUAL	44.799,00
PI	220050	AMARANTE	ESTADUAL	78.012,00
PI	220060	ANGICAL DO PIAUI	ESTADUAL	56.284,80
PI	220120	BARRAS	MUNICIPAL	43.605,60
PI	220150	BATALHA	ESTADUAL	41.316,00
PI	220190	BOM JESUS	ESTADUAL	72.106,05
PI	220200	BURITI DOS LOPES	MUNICIPAL	78.012,00
PI	220220	CAMPO MAIOR	ESTADUAL	41.316,00
PI	220230	CANTO DO BURITI	ESTADUAL	78.012,00
PI	220270	COCAL	ESTADUAL	78.012,00
PI	220450	GUADALUPE	ESTADUAL	126.549,45
PI	220550	JOSE DE FREITAS	ESTADUAL	99.660,00
PI	220570	LUIS CORREIA	ESTADUAL	42.385,20
PI	220580	LUZILANDIA	ESTADUAL	78.012,00
PI	220620	MIGUEL ALVES	ESTADUAL	147.222,15
PI	220700	OEIRAS	ESTADUAL	44.431,95
PI	220770	PARNAIBA	MUNICIPAL	257.489,40
PI	220780	PAULISTANA	MUNICIPAL	47.280,60
PI	220790	PEDRO II	ESTADUAL	78.012,00
PI	220800	PICOS	MUNICIPAL	98.119,50
PI	220820	PIO IX	ESTADUAL	78.012,00
PI	220830	PIRACURUCA	MUNICIPAL	43.262,70
PI	220840	PIRIPIRI	MUNICIPAL	93.360,00
PI	221000	SÃO JOÃO DO PIAUÍ	MUNICIPAL	78.012,00
PI	221040	SAO MIGUEL DO TAPUIO	ESTADUAL	78.012,00
PI	221050	SAO PEDRO DO PIAUI	ESTADUAL	50.540,10
PI	221080	SIMPLICIO MENDES	MUNICIPAL	78.012,00
PI	221100	TERESINA	ESTADUAL	76.971,30
PI	221100	TERESINA	MUNICIPAL	1.441.935,66
PI	221110	UNIAO	ESTADUAL	50.724,15
PI	221120	URUCUI	ESTADUAL	79.485,15
PI	221130	VALENCA DO PIAUI	ESTADUAL	78.012,00
TOTAL PIAUÍ				3.898.426,41
PR	410040	ALMIRANTE TAMANDARE	ESTADUAL	14.643,00
PR	410110	ANDIRA	ESTADUAL	157.153,95
PR	410140	APUCARANA	MUNICIPAL	348.999,15
PR	410160	ARAPOTI	ESTADUAL	82.886,70
PR	410180	ARAUCARIA	MUNICIPAL	191.934,60
PR	410240	BANDEIRANTES	ESTADUAL	248.082,90
PR	410280	BELA VISTA DO PARAISO	ESTADUAL	139.521,30
PR	410370	CAMBE	ESTADUAL	405.280,65
PR	410400	CAMPINA GRANDE DO SUL	ESTADUAL	66.446,70
PR	410420	CAMPO LARGO	ESTADUAL	158.283,60
PR	410430	CAMPO MOURAO	MUNICIPAL	345.652,35
PR	410480	CASCAVEL	ESTADUAL	1.328.658,81
PR	410490	CASTRO	ESTADUAL	137.773,80
PR	410540	CHOPINZINHO	ESTADUAL	308.652,00
PR	410550	CIANORTE	MUNICIPAL	100.038,60
PR	410580	COLOMBO	ESTADUAL	81.182,10
PR	410590	COLORADO	ESTADUAL	135.028,05
PR	410650	CORONEL VIVIDA	ESTADUAL	78.012,00
PR	410690	CURITIBA	MUNICIPAL	2.599.439,55
PR	410690	CURITIBA	ESTADUAL	397.035,00
PR	410830	FOZ DO IGUACU	MUNICIPAL	452.424,60
PR	410860	GOIOERE	MUNICIPAL	78.012,00
PR	410940	GUARAPUAVA	ESTADUAL	393.995,10
PR	410980	IBIPORA	ESTADUAL	339.583,20
PR	411125	ITAPERUCU	ESTADUAL	53.346,15
PR	411150	IVAIPORA	ESTADUAL	77.769,60
PR	411180	JACAREZINHO	ESTADUAL	110.916,30
PR	411320	LAPA	ESTADUAL	200.171,55
PR	411330	LARANJEIRAS DO SUL	ESTADUAL	78.012,00
PR	411350	LOANDA	ESTADUAL	83.505,60
PR	411370	LONDRINA	MUNICIPAL	843.808,71
PR	411420	MANDAGUARI	MUNICIPAL	96.017,25
PR	411480	MARIALVA	ESTADUAL	218.025,90
PR	411520	MARINGA	MUNICIPAL	716.204,70
PR	411690	NOVA ESPERANCA	ESTADUAL	312.788,70
PR	411750	PAICANDU	ESTADUAL	41.432,25
PR	411790	PALOTINA	ESTADUAL	78.012,00
PR	411820	PARANAGUA	ESTADUAL	99.660,00
PR	411840	PARANAVAI	ESTADUAL	168.915,15
PR	411850	PATO BRANCO	MUNICIPAL	397.035,00
PR	411915	PINHAIS	ESTADUAL	97.270,35
PR	411930	PINHAO	ESTADUAL	41.449,65
PR	411950	PIRAQUARA	ESTADUAL	265.867,95
PR	411960	PITANGA	ESTADUAL	44.808,00
PR	411990	PONTA GROSSA	ESTADUAL	287.437,20
PR	412060	PRUDENTOPOLIS	ESTADUAL	63.904,80
PR	412220	RIO BRANCO DO SUL	ESTADUAL	99.660,00
PR	412230	RIO NEGRO	ESTADUAL	165.662,40
PR	412240	ROLANDIA	ESTADUAL	255.194,85
PR	412410	SANTO ANTONIO DA PLATINA	ESTADUAL	284.825,70
PR	412550	SAO JOSE DOS PINHAIS	MUNICIPAL	351.351,75
PR	412625	SARANDI	ESTADUAL	44.686,65
PR	412710	TELEMACO BORBA	ESTADUAL	308.437,50
PR	412770	TOLEDO	ESTADUAL	244.099,35
PR	412810	UMUARAMA	MUNICIPAL	874.395,00
PR	412820	UNIAO DA VITORIA	ESTADUAL	254.478,15
TOTAL PARANÁ				15.847.869,87
RJ	330010	ANGRA DOS REIS	MUNICIPAL	113.098,50
RJ	330030	BARRA DO PIRAÍ	MUNICIPAL	229.579,20
RJ	330040	BARRA MANSA	MUNICIPAL	384.403,80
RJ	330045	BELFORD ROXO	MUNICIPAL	346.869,60
RJ	330050	BOM JARDIM	MUNICIPAL	78.012,00
RJ	330070	CABO FRIO	ESTADUAL	13.035,00
RJ	330080	CACHOEIRAS DE MACACU	MUNICIPAL	39.340,65
RJ	330100	CAMPOS DOS GOYTACAZES	MUNICIPAL	1.134.168,75
RJ	330110	CANTAGALO	ESTADUAL	67.480,80
RJ	330120	CARMO	MUNICIPAL	96.477,75
RJ	330095	COMENDADOR LEVY GASPARIAN	ESTADUAL	139.617,75
RJ	330140	CONCEICAO DE MACABU	ESTADUAL	152.938,50
RJ	330150	CORDEIRO	MUNICIPAL	76.827,15

RJ	330170	DUQUE DE CAXIAS	MUNICIPAL	166.514,25
RJ	330180	ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN	MUNICIPAL	77.917,65
RJ	330185	GUAPIMIRIM	MUNICIPAL	78.012,00
RJ	330190	ITABORAI	MUNICIPAL	278.276,70
RJ	330200	ITAGUAI	MUNICIPAL	115.859,70
RJ	330205	ITALVA	ESTADUAL	121.043,85
RJ	330210	ITAOCARA	ESTADUAL	74.407,65
RJ	330220	ITAPERUNA	MUNICIPAL	221.529,60
RJ	330225	ITATIAIA	MUNICIPAL	78.012,00
RJ	330227	JAPERI	ESTADUAL	54.342,30
RJ	330240	MACAE	ESTADUAL	283.468,80
RJ	330250	MAGE	MUNICIPAL	376.291,05
RJ	330260	MANGARATIBA	MUNICIPAL	78.012,00
RJ	330280	MENDES	MUNICIPAL	225.595,80
RJ	330285	MESQUITA	MUNICIPAL	206.110,20
RJ	330300	MIRACEMA	ESTADUAL	49.904,70
RJ	330310	NATIVIDADE	MUNICIPAL	71.565,60
RJ	330330	NITEROI	MUNICIPAL	1.088.324,70
RJ	330350	NOVA IGUACU	MUNICIPAL	224.198,46
RJ	330360	PARACAMBI	MUNICIPAL	363.379,80
RJ	330370	PARAIBA DO SUL	MUNICIPAL	335.575,65
RJ	330380	PARATI	ESTADUAL	187.293,30
RJ	330390	PETROPOLIS	MUNICIPAL	994.662,30
RJ	330395	PINHEIRAL	MUNICIPAL	78.012,00
RJ	330410	PORCIUNCULA	ESTADUAL	88.821,45
RJ	330411	PORTO REAL	MUNICIPAL	60.501,30
RJ	330414	QUEIMADOS	ESTADUAL	98.274,00
RJ	330415	QUISSAMA	MUNICIPAL	169.532,25
RJ	330420	RESENDE	MUNICIPAL	548.751,42
RJ	330430	RIO BONITO	MUNICIPAL	207.746,85
RJ	330452	RIO DAS OSTRAS	ESTADUAL	99.660,00
RJ	330455	RIO DE JANEIRO	MUNICIPAL	135.022,56
RJ	330460	SANTA MARIA MADALENA	MUNICIPAL	78.012,00
RJ	330470	SANTO ANTONIO DE PADUA	ESTADUAL	49.210,50
RJ	330480	SAO FIDELIS	ESTADUAL	80.778,00
RJ	330475	SÃO FRANCISCO DE ITABAPOANA	ESTADUAL	78.012,00
RJ	330490	SAO GONCALO	MUNICIPAL	486.634,50
RJ	330510	SAO JOAO DE MERITI	MUNICIPAL	1.560,00
RJ	330520	SAO PEDRO DA ALDEIA	ESTADUAL	168.423,00
RJ	330530	SAO SEBASTIAO DO ALTO	ESTADUAL	86.182,80
RJ	330555	SEROPEDICA	MUNICIPAL	32.036,70
RJ	330570	SUMIDOURO	MUNICIPAL	250.007,34
RJ	330580	TERESOPOLIS	MUNICIPAL	14.595,00
RJ	330600	TRES RIOS	MUNICIPAL	108.003,00
RJ	330610	VALENCA	MUNICIPAL	102.451,20
RJ	330620	VASSOURAS	MUNICIPAL	78.012,00
RJ	330630	VOLTA REDONDA	MUNICIPAL	1.463.807,40
TOTAL RIO DE JANEIRO				13.186.194,78
RN	240020	ACU	MUNICIPAL	27.699,90
RN	240100	APODI	ESTADUAL	125.939,25
RN	240110	AREIA BRANCA	MUNICIPAL	78.012,00
RN	240145	BARAUNA	MUNICIPAL	85.170,90
RN	240200	CAICO	MUNICIPAL	110.574,51
RN	240220	CANGUARETAMA	MUNICIPAL	78.012,00
RN	240260	CEARA-MIRIM	MUNICIPAL	13.035,00
RN	240310	CURRAIS NOVOS	ESTADUAL	52.804,80
RN	240420	GOIANINHA	MUNICIPAL	78.012,00
RN	240580	JOÃO CÂMARA	MUNICIPAL	78.012,00
RN	240610	JUCURUTU	MUNICIPAL	114.568,65
RN	240710	MACAIBA	MUNICIPAL	284.918,85
RN	240720	MACAU	MUNICIPAL	93.360,00
RN	240800	MOSSORO	MUNICIPAL	1.208.911,50
RN	240810	NATAL	MUNICIPAL	1.206.200,55
RN	240830	NOVA CRUZ	MUNICIPAL	93.360,00
RN	240890	PARELHAS	MUNICIPAL	46.624,05
RN	240325	PARNAMIRIM	MUNICIPAL	24.803,85
RN	240940	PAU DOS FERROS	MUNICIPAL	358.551,15
RN	241120	SANTA CRUZ	MUNICIPAL	95.589,75
RN	241150	SANTO ANTONIO	MUNICIPAL	78.012,00
RN	241200	SAO GONCALO DO AMARANTE	MUNICIPAL	30.809,10
RN	241220	SAO JOSE DE MIPIBU	MUNICIPAL	00,00
RN	241250	SAO MIGUEL	MUNICIPAL	46.049,10
RN	241260	SAO PAULO DO POTENGI	MUNICIPAL	78.012,00
TOTAL RIO GRANDE DO NORTE				4.452.323,58
RO	110001	ALTA FLORESTA D'OESTE	MUNICIPAL	165.650,40
RO	110002	ARIQUEMES	MUNICIPAL	13.035,00
RO	110005	CEREJEIRAS	MUNICIPAL	99.660,00
RO	110006	COLORADO DO OESTE	MUNICIPAL	99.660,00
RO	110010	GUAJARA-MIRIM	MUNICIPAL	245.168,40
RO	110011	JARU	MUNICIPAL	339.660,00
RO	110012	JI-PARANA	MUNICIPAL	397.035,00
RO	110013	MACHADINHO D'OESTE	MUNICIPAL	339.660,00
RO	110033	NOVA MAMORE	MUNICIPAL	339.660,00
RO	110018	PIMENTA BUENO	MUNICIPAL	78.012,00
RO	110020	PORTO VELHO	MUNICIPAL	411.095,70
RO	110020	PORTO VELHO	ESTADUAL	237.397,80
RO	110025	PRESIDENTE MEDICI	MUNICIPAL	51.745,80
RO	110030	VILHENA	MUNICIPAL	97.542,75
TOTAL RONDÔNIA				2.914.982,85
RR	140020	CARACARAI	ESTADUAL	78.012,00
RR	140010	BOA VISTA	ESTADUAL	808.737,60
TOTAL RORAIMA				886.749,60
RS	430040	ALEGRETE	MUNICIPAL	346.436,85
RS	430060	ALVORADA	ESTADUAL	746.256,75
RS	430130	ARROIO GRANDE	ESTADUAL	78.012,00
RS	430150	AUGUSTO PESTANA	ESTADUAL	101.356,20
RS	430160	BAGE	ESTADUAL	96.528,60
RS	430210	BENTO GONCALVES	MUNICIPAL	34.714,80
RS	430222	BOA VISTA DO CADEADO	MUNICIPAL	78.012,00
RS	430280	CACAPAVA DO SUL	ESTADUAL	78.012,00
RS	430300	CACHOEIRA DO SUL	MUNICIPAL	383.312,25
RS	430310	CACHOEIRINHA	ESTADUAL	397.035,00
RS	430390	CAMPO BOM	ESTADUAL	318.519,30
RS	430420	CANDELARIA	ESTADUAL	239.860,80
RS	430440	CANELA	MUNICIPAL	259.863,30
RS	430450	CANGUCU	ESTADUAL	123.829,20
RS	430460	CANOAS	MUNICIPAL	217.035,00
RS	430463	CAPAO DA CANOA	ESTADUAL	233.343,30
RS	430466	CAPAO DO LEAO	MUNICIPAL	92.741,25
RS	430470	CARAZINHO	MUNICIPAL	328.631,40
RS	430510	CAXIAS DO SUL	ESTADUAL	905.509,35
RS	430610	CRUZ ALTA	ESTADUAL	274.978,50
RS	430640	DOIS IRMAOS	ESTADUAL	78.012,00
RS	430660	DOM PEDRITO	ESTADUAL	339.660,00
RS	430680	ENCANTADO	ESTADUAL	78.012,00
RS	430690	ENCRUZILHADA DO SUL	ESTADUAL	271.641,60
RS	430700	ERECHIM	ESTADUAL	89.155,35
RS	430760	ESTANCIA VELHA	ESTADUAL	263.480,55
RS	430770	ESTEIO	ESTADUAL	347.856,00
RS	430780	ESTRELA	ESTADUAL	44.355,45
RS	430790	FARROUPILHA	MUNICIPAL	363.928,05
RS	430850	FREDERICO WESTPHALEN	ESTADUAL	79.608,00
RS	430900	GIRUA	MUNICIPAL	90.311,10
RS	430920	GRAVATAI	MUNICIPAL	462.720,90
RS	430930	GUAIBA	ESTADUAL	315.505,65
RS	430940	GUAPORE	MUNICIPAL	280.027,95
RS	431010	IGREJINHA	ESTADUAL	222.293,85
RS	431020	IJUI	ESTADUAL	281.645,10
RS	431060	ITAQUI	ESTADUAL	93.882,30
RS	431090	JACUTINGA	ESTADUAL	146.135,55
RS	431100	JAGUARAO	ESTADUAL	62.384,70
RS	431120	JULIO DE CASTILHOS	ESTADUAL	153.132,30
RS	431140	LAJEADO	ESTADUAL	48.439,65
RS	431240	MONTENEGRO	ESTADUAL	78.012,00
RS	431310	NOVA PALMA	ESTADUAL	269.947,95
RS	431320	NOVA PETROPOLIS	MUNICIPAL	117.078,30
RS	431340	NOVO HAMBURGO	MUNICIPAL	291.070,20
RS	431350	OSORIO	ESTADUAL	112.770,75
RS	431390	PANAMBI	MUNICIPAL	259.009,20
RS	431405	PAROBE	ESTADUAL	285.612,00
RS	431410	PASSO FUNDO	ESTADUAL	164.832,60
RS	431440	PELOTAS	MUNICIPAL	1.647.978,15
RS	431460	PIRATINI	ESTADUAL	78.012,00
RS	431510	PORTO XAVIER	MUNICIPAL	137.606,85
RS	431530	QUARAI	ESTADUAL	64.489,35
RS	431560	RIO GRANDE	ESTADUAL	291.304,05
RS	431570	RIO PARDO	MUNICIPAL	438.069,00
RS	431600	ROLANTE	ESTADUAL	199.889,70
RS	431640	ROSARIO DO SUL	ESTADUAL	78.012,00
RS	431680	SANTA CRUZ DO SUL	MUNICIPAL	739.743,90
RS	431690	SANTA MARIA	ESTADUAL	473.034,15
RS	431720	SANTA ROSA	MUNICIPAL	78.012,00
RS	431730	SANTA VITORIA DO PALMAR	ESTADUAL	159.948,60
RS	431710	SANTANA DO LIVRAMENTO	ESTADUAL	195.768,00
RS	431740	SANTIAGO	ESTADUAL	513.175,65
RS	431750	SANTO ANGELO	ESTADUAL	94.920,00
RS	431760	SANTO ANTONIO DA PATRULHA	ESTADUAL	262.795,05
RS	431800	SAO BORJA	MUNICIPAL	120.522,30
RS	431820	SAO FRANCISCO DE PAULA	ESTADUAL	99.660,00
RS	431830	SAO GABRIEL	ESTADUAL	219.871,80
RS	431840	SAO JERONIMO	ESTADUAL	176.706,60
RS	431850	SAO JOSE DO NORTE	ESTADUAL	74.171,40
RS	431870	SAO LEOPOLDO	MUNICIPAL	162.397,17
RS	431880	SAO LOURENCO DO SUL	ESTADUAL	892.877,70
RS	431890	SAO LUIZ GONZAGA	ESTADUAL	189.762,90
RS	431950	SÃO SEBASTIÃO DO CAÍ	ESTADUAL	78.012,00
RS	431960	SAO SEPE	ESTADUAL	173.428,35
RS	431990	SAPIRANGA	ESTADUAL	204.855,00
RS	432120	TAQUARA	ESTADUAL	137.750,40
RS	432130	TAQUARI	ESTADUAL	199.760,55
RS	432140	TENENTE PORTELA	ESTADUAL	78.012,00
RS	432150	TORRES	ESTADUAL	52.288,65
RS	432170	TRES COROAS	ESTADUAL	306.577,20
RS	432190	TRES PASSOS	ESTADUAL	78.012,00
RS	432200	TRIUNFO	ESTADUAL	292.668,90
RS	432220	TUPANCIRETA	ESTADUAL	203.981,10
RS	432260	VENANCIO AIRES	MUNICIPAL	152.678,01
RS	432270	VERA CRUZ	ESTADUAL	197.004,60
RS	432280	VERANOPOLIS	MUNICIPAL	78.012,00
RS	432300	VIAMAO	ESTADUAL	586.955,70
TOTAL				21.233.233,68
SC	420010	ABELARDO LUZ	MUNICIPAL	179.527,50
SC	420140	ARARANGUA	ESTADUAL	124.039,65
SC	420200	BALNEARIO CAMBORIU	MUNICIPAL	333.650,34
SC	420230	BIGUAÇU	MUNICIPAL	78.012,00
SC	420240	BLUMENAU	MUNICIPAL	867.564,45
SC	420290	BRUSQUE	MUNICIPAL	84.510,45
SC	420300	CACADOR	MUNICIPAL	124.960,20
SC	420320	CAMBORIU	MUNICIPAL	78.012,00
SC	420360	CAMPOS NOVOS	ESTADUAL	76.081,35
SC	420380	CANOINHAS	MUNICIPAL	178.721,85
SC	420390	CAPINZAL	ESTADUAL	339.660,00
SC	420420	CHAPECO	MUNICIPAL	414.041,40
SC	420425	COCAL DO SUL	ESTADUAL	83.080,50
SC	420430	CONCORDIA	MUNICIPAL	197.530,20
SC	420460	CRICIUMA	MUNICIPAL	506.664,81
SC	420480	CURITIBANOS	ESTADUAL	100.802,55
SC	420500	DIONISIO CERQUEIRA	ESTADUAL	156.814,65
SC	420540	FLORIANOPOLIS	MUNICIPAL	1.424.982,60
SC	420545	FORQUILHINHA	ESTADUAL	78.012,00
SC	420570	GAROPABA	ESTADUAL	70.319,55
SC	420590	GASPAR	MUNICIPAL	116.043,45
SC	420670	HERVAL D'OESTE	ESTADUAL	87.328,35
SC	420690	IBIRAMA	MUNICIPAL	78.012,00
SC	420700	ICARA	ESTADUAL	71.628,15
SC	420730	IMBITUBA	MUNICIPAL	64.452,75
SC	420750	INDAIAL	MUNICIPAL	216.629,55
SC	420810	ITAIOPOLIS	ESTADUAL	241.353,75
SC	420820	ITAJAI	MUNICIPAL	652.535,70
SC	420830	ITAPEMA	MUNICIPAL	126.506,40
SC	420890	JARAGUA DO SUL	MUNICIPAL	449.645,70
SC	420900	JOACABA	ESTADUAL	55.879,20
SC	420910	JOINVILLE	MUNICIPAL	773.955,51
SC	420930	LAGES	MUNICIPAL	179.325,75
SC	420940	LAGUNA	MUNICIPAL	167.792,85
SC	421010	MAFRA	ESTADUAL	241.318,65

SC	421050	MARAVILHA	MUNICIPAL	78.012,00
SC	421130	NAVEGANTES	MUNICIPAL	78.012,00
SC	421170	ORLEANS	MUNICIPAL	154.724,76
SC	421190	PALHOCA	MUNICIPAL	245.534,85
SC	421220	PAPANDUVA	ESTADUAL	2.785,50
SC	421360	PORTO UNIAO	ESTADUAL	142.670,85
SC	421420	QUILOMBO	MUNICIPAL	69.229,83
SC	421480	RIO DO SUL	MUNICIPAL	103.629,30
SC	421500	RIO NEGRINHO	MUNICIPAL	78.012,06
SC	421620	SAO FRANCISCO DO SUL	MUNICIPAL	78.012,00
SC	421650	SAO JOAQUIM	MUNICIPAL	204.339,15
SC	421690	SAO LOURENCO DO OESTE	MUNICIPAL	67.940,55
SC	421720	SAO MIGUEL DO OESTE	MUNICIPAL	78.012,00
SC	421760	SIDEROPOLIS	ESTADUAL	98.075,40
SC	421820	TIMBO	ESTADUAL	300.552,90
SC	421830	TRES BARRAS	MUNICIPAL	78.012,00
SC	421870	TUBARAO	MUNICIPAL	172.581,60
SC	421900	URUSSANGA	MUNICIPAL	99.660,00
SC	421930	VIDEIRA	MUNICIPAL	78.012,00
SC	421950	XANXERE	ESTADUAL	129.747,75
SC	421970	XAXIM	MUNICIPAL	225.757,65
TOTAL SANTA CATARINA				11.582.709,96
SE	280020	AQUIDABA	ESTADUAL	287.435,70
SE	280030	ARACAJU	MUNICIPAL	2.375.876,43
SE	280060	BARRA DOS COQUEIROS	ESTADUAL	99.660,00
SE	280120	CANINDE DE SAO FRANCISCO	ESTADUAL	241.683,15
SE	280210	ESTANCIA	MUNICIPAL	231.619,05
SE	280290	ITABAIANA	MUNICIPAL	302.351,10
SE	280300	ITABAIANINHA	ESTADUAL	177.682,65
SE	280320	ITAPORANGA D'AJUDA	ESTADUAL	212.379,45
SE	280340	JAPOATA	ESTADUAL	82.588,95
SE	280350	LAGARTO	MUNICIPAL	355.252,65
SE	280400	MARUIM	ESTADUAL	261.892,65
SE	280450	NOSSA SENHORA DA GLORIA	ESTADUAL	44.559,60
SE	280460	NOSSA SENHORA DAS DORES	ESTADUAL	78.012,00
SE	280480	NOSSA SENHORA DO SOCORRO	MUNICIPAL	702.011,85
SE	280550	POCO VERDE	ESTADUAL	70.359,15
SE	280570	PROPRIA	ESTADUAL	197.095,95
SE	280580	RIACHAO DO DANTAS	ESTADUAL	78.012,00
SE	280620	SALGADO	ESTADUAL	205.100,25
SE	280670	SAO CRISTOVAO	ESTADUAL	382.314,60
SE	280710	SIMAO DIAS	ESTADUAL	202.547,55
SE	280740	TOBIAS BARRETO	ESTADUAL	64.482,15
TOTAL SERGIPE				6.652.916,88
SP	350010	ADAMANTINA	MUNICIPAL	78.012,00
SP	350050	AGUAS DE LINDOIA	MUNICIPAL	173.048,40
SP	350160	AMERICANA	MUNICIPAL	272.183,55
SP	350190	AMPARO	MUNICIPAL	109.389,60
SP	350270	APIAI	MUNICIPAL	178.166,10
SP	350280	ARACATUBA	MUNICIPAL	93.360,00
SP	350320	ARARAQUARA	MUNICIPAL	169.433,85
SP	350330	ARARAS	MUNICIPAL	174.445,65
SP	350550	BARRETOS	MUNICIPAL	6.620,16
SP	350570	BARUERI	MUNICIPAL	492.151,80
SP	350590	BATATAIS	MUNICIPAL	279.383,85
SP	350600	BAURU	MUNICIPAL	1.024.246,65
SP	350750	BOTUCATU	MUNICIPAL	93.360,00
SP	350750	BOTUCATU	ESTADUAL	157.530,30
SP	350800	BURI	MUNICIPAL	78.012,00
SP	350850	CACAPAVA	MUNICIPAL	13.035,00
SP	350860	CACHOEIRA PAULISTA	MUNICIPAL	78.012,00
SP	350950	CAMPINAS	MUNICIPAL	2.460.159,45
SP	350970	CAMPOS DO JORDAO	MUNICIPAL	204.808,50
SP	351000	CANDIDO MOTA	MUNICIPAL	158.858,67
SP	351020	CAPAO BONITO	MUNICIPAL	72.311,85
SP	351040	CAPIVARI	MUNICIPAL	241.216,80
SP	351050	CARAGUATATUBA	MUNICIPAL	220.773,30
SP	351060	CARAPICUIBA	MUNICIPAL	338.205,90
SP	351080	CASA BRANCA	ESTADUAL	587.845,41
SP	351280	COSMOPOLIS	MUNICIPAL	259.703,85
SP	351340	CRUZEIRO	MUNICIPAL	78.012,00
SP	351350	CUBATAO	MUNICIPAL	16.284,45
SP	351380	DIADEMA	MUNICIPAL	1.362.023,08
SP	351440	DRACENA	MUNICIPAL	70.297,95
SP	351500	EMBU	MUNICIPAL	610.249,95
SP	351510	EMBU-GUACU	MUNICIPAL	140.861,25
SP	351518	ESPIRITO SANTO DO PINHAL	MUNICIPAL	78.012,00
SP	351550	FERNANDOPOLIS	MUNICIPAL	194.732,40
SP	351620	FRANCA	MUNICIPAL	362.922,90
SP	351630	FRANCISCO MORATO	MUNICIPAL	377.197,65
SP	351670	GARCA	MUNICIPAL	205.627,95
SP	351740	GUAIRA	MUNICIPAL	78.012,00
SP	351750	GUAPIACU	MUNICIPAL	78.012,00
SP	351770	GUARA	MUNICIPAL	297.214,05
SP	351870	GUARUJA	MUNICIPAL	80.070,84
SP	351880	GUARULHOS	MUNICIPAL	694.676,25
SP	351907	HORTOLANDIA	MUNICIPAL	13.035,00
SP	352040	ILHABELA	MUNICIPAL	303.048,00
SP	352050	INDAIATUBA	MUNICIPAL	359.951,85
SP	352100	IPERO	MUNICIPAL	78.012,00
SP	352210	ITANHAEM	MUNICIPAL	81.772,35
SP	352220	ITAPECERICA DA SERRA	MUNICIPAL	381.672,90
SP	352230	ITAPETININGA	MUNICIPAL	33.752,10
SP	352240	ITAPEVA	MUNICIPAL	13.643,00
SP	352250	ITAPEVI	MUNICIPAL	13.035,00
SP	352260	ITAPIRA	MUNICIPAL	146.690,25
SP	352320	ITARARE	MUNICIPAL	103.268,85
SP	352340	ITATIBA	MUNICIPAL	13.035,03
SP	352400	ITUPEVA	MUNICIPAL	155.185,98
SP	352440	JACAREI	MUNICIPAL	644.172,45
SP	352500	JANDIRA	MUNICIPAL	264.172,50
SP	352530	JAU	MUNICIPAL	473.513,94
SP	352590	JUNDIAI	MUNICIPAL	821.770,26
SP	352600	JUNQUEIROPOLIS	MUNICIPAL	78.012,00
SP	352620	JUQUITIBA	MUNICIPAL	339.660,00
SP	352670	LEME	MUNICIPAL	78.012,00
SP	352690	LIMEIRA	MUNICIPAL	13.035,00
SP	352710	LINS	MUNICIPAL	268.951,95
SP	352720	LORENA	MUNICIPAL	99.660,00
SP	352850	MAIRIPORA	MUNICIPAL	99.660,00
SP	352880	MARACAI	MUNICIPAL	73.575,90
SP	352900	MARILIA	MUNICIPAL	276.582,90
			ESTADUAL	218.295,45
SP	352920	MARTINOPOLIS	MUNICIPAL	93.360,00
SP	352930	MATAO	MUNICIPAL	147.040,80
SP	352940	MAUA	MUNICIPAL	638.997,15
SP	353030	MIRASSOL	MUNICIPAL	109.814,70
SP	353050	MOCOCA	MUNICIPAL	179.591,40
SP	353070	MOGI GUACU	MUNICIPAL	150.564,90
SP	353080	MOJI MIRIM	MUNICIPAL	106.395,00
SP	353180	MONTE MOR	MUNICIPAL	78.012,00
SP	353440	OSASCO	MUNICIPAL	446.713,35
SP	353550	PARAGUACU PAULISTA	MUNICIPAL	74.077,05
SP	353650	PAULINIA	MUNICIPAL	713.327,16
SP	353670	PEDERNEIRAS	MUNICIPAL	78.012,00
SP	353710	PEDREIRA	MUNICIPAL	146.239,35
SP	353730	PENAPOLIS	MUNICIPAL	161.063,10
SP	353760	PERUÍBE	MUNICIPAL	78.012,00
SP	353800	PINDAMONHANGABA	MUNICIPAL	248.872,35
SP	353930	PIRASSUNUNGA	MUNICIPAL	552.298,50
SP	354075	POTIM	MUNICIPAL	254.499,00
SP	354100	PRAIA GRANDE	MUNICIPAL	35.926,95
SP	354140	PRESIDENTE PRUDENTE	MUNICIPAL	93.360,00
SP	354150	PRESIDENTE VENCESLAU	MUNICIPAL	168.880,80
SP	354220	RANCHARIA	MUNICIPAL	125.670,45
SP	354330	RIBEIRAO PIRES	MUNICIPAL	736.521,75
SP	354340	RIBEIRAO PRETO	MUNICIPAL	363.277,35
SP	354390	RIO CLARO	MUNICIPAL	1.085.170,86
SP	354400	RIO DAS PEDRAS	MUNICIPAL	99.660,00
SP	354520	SALTO	MUNICIPAL	14.643,00
SP	354640	SANTA CRUZ DO RIO PARDO	MUNICIPAL	210.145,50
SP	354660	SANTA FE DO SUL	MUNICIPAL	78.012,00
SP	354670	SANTA GERTRUDES	MUNICIPAL	99.660,00
SP	354750	SANTA RITA DO PASSA QUATRO	ESTADUAL	204.503,85
SP	354730	SANTANA DE PARNAIBA	MUNICIPAL	973.161,60
SP	354780	SANTO ANDRE	MUNICIPAL	2.326.470,42
SP	354850	SANTOS	MUNICIPAL	3.022.761,60
SP	354870	SÃO BERNARDO DO CAMPO	MUNICIPAL	270.045,12
SP	354890	SAO CARLOS	MUNICIPAL	93.360,00
SP	354910	SAO JOAO DA BOA VISTA	MUNICIPAL	13.035,00
SP	354970	SAO JOSE DO RIO PARDO	MUNICIPAL	42.996,15
SP	354980	SAO JOSE DO RIO PRETO	MUNICIPAL	642.564,75
SP	354990	SAO JOSE DOS CAMPOS	MUNICIPAL	776.297,40
SP	355020	SAO MIGUEL ARCANJO	MUNICIPAL	78.012,00
SP	355030	SAO PAULO	MUNICIPAL	324.769,68
SP	355030	SAO PAULO	ESTADUAL	140.860,65
SP	355060	SAO ROQUE	MUNICIPAL	303.654,90
SP	355070	SAO SEBASTIAO	MUNICIPAL	232.726,50
SP	355100	SAO VICENTE	MUNICIPAL	1.560,00
SP	355210	SOCORRO	MUNICIPAL	262.488,15
SP	355220	SOROCABA	MUNICIPAL	57.660,15
SP	355240	SUMARE	MUNICIPAL	397.035,00
SP	355250	SUZANO	MUNICIPAL	276.222,90
SP	355280	TABOAO DA SERRA	MUNICIPAL	1.560,00
SP	355370	TAQUARITINGA	MUNICIPAL	678.351,30
SP	355395	TARUMA	MUNICIPAL	105.541,47
SP	355410	TAUBATE	MUNICIPAL	159.787,20
SP	355540	UBATUBA	MUNICIPAL	302.262,60
SP	355645	VARGEM GRANDE PAULISTA	MUNICIPAL	99.660,00
SP	355650	VARZEA PAULISTA	MUNICIPAL	110.003,40
SP	355670	VINHEDO	MUNICIPAL	186.472,05
SP	355700	VOTORANTIM	MUNICIPAL	237.495,81
SP	355710	VOTUPORANGA	MUNICIPAL	13.035,00
TOTAL SÃO PAULO				37.885.831,14
TO	170220	ARAGUATINS	MUNICIPAL	15.080,70
TO	170550	COLINAS DO TOCANTINS	MUNICIPAL	78.012,00
TO	170700	DIANOPOLIS	ESTADUAL	38.286,15
TO	170950	GURUPI	MUNICIPAL	61.588,95
TO	172100	PALMAS	MUNICIPAL	146.000,40
TO	171610	PARAISO DO TOCANTINS	MUNICIPAL	67.167,30
TO	172120	TOCANTINOPOLIS	MUNICIPAL	78.012,00
TOTAL TOCANTINS				484.147,50
TOTAL BRASIL				213.743.577,80

Anexo XXI

LISTA DE INSTRUMENTAIS E MATERIAIS PERMANENTES ODONTOLÓGICOS (Origem: PRT MS/GM 2371/2009, Anexo 1)

LISTA DE INSTRUMENTAIS E MATERIAIS PERMANENTES ODONTOLÓGICOS

1) Alavancas inox adulto e infantil
2) Alavancas Seldim adulto
3) Alveolótomos
4) Aplicador para cimento de hidróxido de cálcio
5) Arcos de Yang e Ostby
6) Bandeja de aço
7) Brunidor
8) Cabo para bisturi
9) Cabo para espelho
10) Caixas metálicas inoxidáveis com tampa
11) Calcador de Paiva
12) Calcador Ward (vários números)
13) Cânula para aspiração endodôntica
14) Colgadura
15) Compasso Willis
16) Condensadores Clev-Dent
17) Condensadores Eames

18) Condensadores Hollemback 3s
19) Curetas periodontais
20) Esculpidor Lecron
21) Espátula nº 01
22) Espátula nº 31
23) Espátula nº 36
24) Espátula de cera nº 7
25) Espátula de cimento nº 24
26) Espátula metálica para gesso
27) Espátula plástica para alginato
28) Espelho de mão e de parede
29) Espelho bucal
30) Extirpa-nervos
31) Faca para gesso
32) Fórceps infantis e adultos (vários números)
33) Frasco para biópsia
34) Freza de tungstênio tipo pera MaxiCut
35) Gengivótomos de Kirkland e Orban
36) Gral de borracha
37) Grampos para isolamento absoluto
38) Jogo de moldeiras para desdentados
39) Jogo de moldeiras totais perfuradas
40) Lamparina a álcool
41) Limas endodônticas
42) Limas ósseas
43) Limpador de brocas
44) Macro-escova
45) Macro-modelo
46) Moldeiras hemiarcadas perfuradas (direita e esquerda)
47) Moldeiras parciais perfuradas
48) Óculos de proteção
49) Pedra de afiar curetas periodontais
50) Perfurador de lençol de borracha
51) Pinça porta grampo
52) Pinça anatômica (serrilhada) - 14 cm
53) Pinça Muller
54) Pinça clínica
55) Pinças Halstead (mosquito) curvas e retas
56) Placa de vidro
57) Pote Dappen
58) Porta-agulha
59) Porta-amálgama
60) Porta-matriz
61) Punch (4,5 ou 6 mm)
62) Régua de Fox
63) Régua milimetrada para endodontia
64) Removedor de brocas
65) Seringa luer-lok para irrigação
66) Seringa carpule
67) Sindesmótomo
68) Sonda exploradora
69) Sonda milimetrada
70) Sugador cirúrgico
71) Tesoura Metzembaum - 14 cm reta
72) Tesoura cirúrgica reta e curva, íris e standart

Anexo XXII
INCENTIVO VISA/2010: AMAZÔNIA LEGAL (Origem: PRT MS/GM 4164/2010, Anexo 1)
INCENTIVO VISA/2010: AMAZÔNIA LEGAL
Critério: PER CAPITA, correspondendo a R$. 0,40/hab.
TETO FINANCEIRO POR ESTADO

ESTADO	POP IBGE 2009	TOTAL	FNS	ANVISA
Acre	691.132	494.568,40	267.413,00	227.155,40
Amapá	626.609	494.568,40	112.283,25	382.285,15
Amazonas	3.393.369	1.357.347,60	48.000,00	1.309.347,60
Maranhão	6.367.138	2.546.855,20	909.276,01	1.637.579,19
Mato Grosso	3.001.692	1.200.676,80	480.259,44	720.417,36
Pará	7.431.020	2.972.408,00	706.643,93	2.265.764,07
Rondônia	1.503.928	601.571,20	174.802,49	426.768,71
Roraima	421.499	494.568,40	80.612,51	413.955,89
Tocantins	1.292.051	516.820,40	250.053,18	266.767,22
TOTAL BRASIL	24.728.438	10.679.384,40	3.029.343,81	7.650.040,59

Fonte: IBGE/DPE/COPIS/GEADD
(*) Piso para Estados com população abaixo de 1.236.421(5% da população total): R$494.568,40

Anexo XXIII
DISTRIBUIÇÃO DO TETO FINANCEIRO - ESTADOS (Origem: PRT MS/GM 4164/2010, Anexo 2)
DISTRIBUIÇÃO DO TETO FINANCEIRO - ESTADOS

UF	TOTAL/ESTADO	VALOR	
		FNS	ANVISA
Acre	494.568,40	267.413,00	227.155,40
Amapá	377.284,80	85.656,00	291.628,80
Maranhão	201.855,20	72.066,17	129.789,03
Mato Grosso	396.926,80	158.766,99	238.159,81
Roraima	494.568,40	80.612,51	413.955,89
Rondônia	209.310,00	60.820,58	148.489,42
Tocantins	97.782,00	47.309,86	50.472,14
Totais	2.272.295,60	772.645,11	1.499.650,49

Anexo XXIV
DISTRIBUIÇÃO DO TETO FINANCEIRO - MUNICÍPIOS (Origem: PRT MS/GM 4164/2010, Anexo 3)
DISTRIBUIÇÃO DO TETO FINANCEIRO - MUNICÍPIOS

AMAPÁ	Cód IBGE	TOTAL	Valor	
			FNS	ANVISA
Macapá	160030	68.683,60	15.593,44	53.090,16
Oiapoque	160050	48.600,00	11.033,80	37.566,20
Total Amapá	2	117.283,60	26.627,25	90.656,35

AMAZONAS	Cód IBGE	TOTAL	Valor	
			FNS	ANVISA
Barreirinha	130050	28.057,26	992,19	27.065,07
Benjamin Constant	130060	99.400,00	3.515,09	95.884,91
Boca do Acre	130070	99.922,50	3.533,57	96.388,93
Borba	130080	131.610,00	4.654,14	126.955,86
Eirunepé	130140	110.140,00	3.894,89	106.245,11
Itacoatiara	130190	104.411,35	3.692,31	100.719,04
Itapiranga	130200	59.770,00	2.113,65	57.656,35
Manaus	130260	167.715,00	5.930,92	161.784,08
Maués	130290	104.309,00	3.688,69	100.620,31
Nova Olinda do Norte	130310	143.601,14	5.078,18	138.522,96
Parintins	130340	120.000,00	4.243,57	115.756,43
São Gabriel da Cachoeira	130380	104.411,35	3.692,31	100.719,04
Santa Isabel do Rio Negro	130360	84.000,00	2.970,50	81.029,50
Total Amazonas	13	1.357.347,60	48.000,00	1.309.347,60

MARANHÃO	Cód IBGE	TOTAL	VALOR	
			FNS	ANVISA
Alcântara	210020	40.000,00	14.280,76	25.719,24
Altamira do Maranhão	210040	25.000,00	8.925,48	16.074,52
Alto Alegre do Pindaré	210047	60.000,00	21.421,15	38.578,85
Amapá do Maranhão	210055	25.000,00	8.925,48	16.074,52
Amarante do Maranhão	210060	60.000,00	21.421,15	38.578,85
Araguanã	210087	25.000,00	8.925,48	16.074,52
Balsas	210140	65.000,00	23.206,24	41.793,76
Barão de Grajaú	210150	50.000,00	17.850,96	32.149,04
Barreirinhas	210170	65.000,00	23.206,24	41.793,76
Bom Jardim	210200	60.000,00	21.421,15	38.578,85
Buriticupu	210232	65.000,00	23.206,24	41.793,76
Cantanhede	210270	50.000,00	17.850,96	32.149,04
Centro Novo do Maranhão	210317	50.000,00	17.850,96	32.149,04
Colinas	210350	60.000,00	21.421,15	38.578,85
Conceição do LagoAçu	210355	25.000,00	8.925,48	16.074,52
Dom Pedro	210380	50.000,00	17.850,96	32.149,04
Estreito	210405	50.000,00	17.850,96	32.149,04
Governador Nunes Freire	210467	50.000,00	17.850,96	32.149,04
Itapecuru Mirim	210540	65.000,00	23.206,24	41.793,76
João Lisboa	210550	50.000,00	17.850,96	32.149,04
Junco do Maranhão	210565	25.000,00	8.925,48	16.074,52
Lago do Junco	210580	25.000,00	8.925,48	16.074,52
Lago dos Rodrigues	210594	25.000,00	8.925,48	16.074,52
Luís Domingues	210620	25.000,00	8.925,48	16.074,52
Maracaçumé	210632	50.000,00	17.850,96	32.149,04
Mata Roma	210640	25.000,00	8.925,48	16.074,52
Matões do Norte	210663	25.000,00	8.925,48	16.074,52
Miranda do Norte	210675	50.000,00	17.850,96	32.149,04
Mirinzal	210680	25.000,00	8.925,48	16.074,52

Morros	210710	50.000,00	17.850,96	32.149,04
Olho D'Água das Cunhãs	210740	50.000,00	17.850,96	32.149,04
Paulo Ramos	210810	50.000,00	17.850,96	32.149,04
Presidente Dutra	210910	60.000,00	21.421,15	38.578,85
Presidente Médici	210923	25.000,00	8.925,48	16.074,52
Presidente Sarney	210927	25.000,00	8.925,48	16.074,52
Raposa	210945	50.000,00	17.850,96	32.149,04
Ribamar Fiquene	210955	25.000,00	8.925,48	16.074,52
Rosário	210960	60.000,00	21.421,15	38.578,85
Santa Inês	210990	65.000,00	23.206,24	41.793,76
Santa Luzia	211000	65.000,00	23.206,24	41.793,76
Santa Luzia do Paruá	211003	50.000,00	17.850,96	32.149,04
São Benedito do Rio Preto	211040	25.000,00	8.925,48	16.074,52
São Francisco do Maranhão	211090	25.000,00	8.925,48	16.074,52
São João Batista	211100	50.000,00	17.850,96	32.149,04
São José de Ribamar	211120	80.000,00	28.561,53	51.438,47
São Luís Gonzaga do Maranhão	211140	50.000,00	17.850,96	32.149,04
São Luís	211130	155.000,00	55.337,96	99.662,04
Tuntum	211230	60.000,00	21.421,15	38.578,85
Zé Doca	211400	60.000,00	21.421,15	38.578,85
Total Maranhão	49	2.345.000,00	837.209,84	1.507.790,16

Juruti	150390	130.000,00	30.905,49	99.094,51
Marituba	150442	10.000,00	2.377,35	7.622,65
Marabá	150420	114.600,00	27.244,37	87.355,63
Melgaço	150450	99.690,00	23.699,75	75.990,25
Moju	150470	89.000,00	21.158,37	67.841,63
Nova Timboteua	150500	42.000,00	9.984,85	32.015,15
Oriximiná	150530	234.122,00	55.658,88	178.463,12
Oeiras do Pará	150520	66.000,00	15.690,48	50.309,52
Parauapebas	150553	30.000,00	7.132,04	22.867,96
Pau D'Arco	150555	20.000,00	4.754,69	15.245,31
Peixe-Boi	150560	63.500,00	15.096,14	48.403,86
Prainha	150600	80.000,00	19.018,76	60.981,24
Redenção	150613	9.222,00	2.192,39	7.029,61
Rurópolis	150619	106.450,00	25.306,84	81.143,16
Salinópolis	150620	51.144,80	12.158,88	38.985,92
Santa Bárbara do Pará	150635	35.000,00	8.320,71	26.679,29
Santa Maria do Pará	150660	43.305,00	10.295,09	33.009,91
Soure	150790	69.950,00	16.629,53	53.320,47
Tucumã	150808	43.420,60	10.322,57	33.098,03
Ulianópolis	150812	201.600,00	47.927,28	153.672,72
Vitória do Xingu	150835	92.000,00	21.871,57	70.128,43
Total Pará	35	2.972.408,00	706.643,93	2.265.764,07

PARÁ	Cód IBGE	TOTAL	VALOR	
			FNS	ANVISA
Acará	150020	99.830,00	23.733,04	76.096,96
Água Azul do Norte	150034	48.520,00	11.534,88	36.985,12
Ananindeua	150080	20.000,00	4.754,69	15.245,31
Baião	150120	68.000,00	16.165,95	51.834,05
Barcarena	150130	80.000,00	19.018,76	60.981,24
Belém	150140	587.583,60	139.688,89	447.894,71
Breves	150180	82.640,00	19.646,38	62.993,62
Bonito	150160	96.000,00	22.822,51	73.177,49
Cametá	150210	57.000,00	13.550,87	43.449,13
Capitão Poço	150230	17.700,00	4.207,90	13.492,10
Floresta do Araguaia	150304	10.000,00	2.377,35	7.622,65
Igarapé-Açú	150320	34.000,00	8.082,97	25.917,03
Igarapé Miri	150330	93.315,00	22.184,19	71.130,81
Inhangapi	150340	46.815,00	11.129,54	35.685,46

MATO GROSSO	Cód IBGE	TOTAL	VALOR	
			FNS	ANVISA
Água Boa	510020	68.750,00	27.499,35	41.250,65
Alta Floresta	510025	68.750,00	27.499,35	41.250,65
Araputanga	510125	68.750,00	27.499,35	41.250,65
Colíder	510320	68.750,00	27.499,35	41.250,65
Juara	510510	68.750,00	27.499,35	41.250,65
Juína	510515	53.750,00	21.499,50	32.250,50
Nova Lacerda	510618	68.750,00	27.499,35	41.250,65
Pontal do Araguaia	510665	53.750,00	21.499,50	32.250,50
Rondonópolis	510760	53.750,00	21.499,50	32.250,50
Terra Nova do Norte	510805	68.750,00	27.499,35	41.250,65
Várzea Grande	510840	53.750,00	21.499,50	32.250,50
Vila Rica	510860	53.750,00	21.499,50	32.250,50
Diamantino	510350	53.750,00	21.499,50	32.250,50
Total Mato Grosso	13	803.750,00	321.492,45	482.257,55

RONDÔNIA	Cód IBGE	TOTAL	VALOR	
			FNS	ANVISA
Cacoal	110004	8.210,00	2.385,63	5.824,37
Guajará-Mirim	110010	30.000,00	8.717,30	21.282,70
Governador Jorge Teixeira	110100	7.531,20	2.188,39	5.342,81
Ji-Paraná	110012	101.520,00	29.499,33	72.020,67
Porto Velho	110020	120.000,00	34.869,19	85.130,81
Presidente Médici	110025	125.000,00	36.322,07	88.677,93
Total Rondônia	6	392.261,20	113.981,91	278.279,29

TOCANTINS	Cód IBGE	TOTAL	VALOR	
			FNS	ANVISA
Augustinópolis	170255	26.000,00	12.579,58	13.420,42
Ananás	170100	28.000,00	13.547,24	14.452,76
Dianópolis	170700	40.000,00	19.353,20	20.646,80
Brasilândia do Tocantins	170360	30.000,00	14.514,90	15.485,10
Fátima	170755	30.000,00	14.514,90	15.485,10
Miranorte	171330	30.000,00	14.514,90	15.485,10
Palmas	172100	124.540,18	60.256,27	64.283,91
Paraiso do Tocantins	171610	50.648,22	24.505,12	26.143,10
Taguatinga	172090	40.000,00	19.353,20	20.646,80
Tocantinópolis	172120	19.850,00	9.604,02	10.245,98
Total de Tocantins	10	419.038,40	202.743,32	216.295,08

TOTAL GERAL	128	8.407.088,80	2.256.698,70	6.150.390,10

Anexo XXV

APLICÁVEL AO COMPONENTE CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARA PROPOSTAS HABILITADAS A PARTIR DE 2013 (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Anexo 1)

APLICÁVEL AO COMPONENTE CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARA PROPOSTAS HABILITADAS A PARTIR DE 2013

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE													
		1 EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA			2 EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA			3 EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA			4 EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA		
N°	AMBIENTES	Qtd. (un)	Área unit. (m²)	Área total (m²)	Qtd. (un)	Área unit. (m²)	Área total (m²)	Qtd. (un)	Área unit. (m²)	Área total (m²)	Qtd. (un)	Área unit. (m²)	Área total (m²)
1	Sala de recepção e espera	15 pessoas			30 pessoas			45 pessoas			60 pessoas		
		1	23	23	1	45	45	1	68	68	1	90	90
2	Sanitário para pessoa com deficiência	2	2,55	5,1	2	2,55	5,1	3	2,55	7,65	3	2,55	7,65
3	Sala de imunização	1	9	9	1	9	9	1	9	9	1	9	9
4	Farmácia (estocagem/dispensação de medicamentos)	1	14	14	1	14	14	1	14	14	1	16	16
5	Consultório indiferenciado /Acolhimento	2	9	18	3	9	27	4	9	36	5	9	45
6	Consultório com sanitário anexo	1	9	9	2	9	18	2	9	18	3	9	27
6.1	Sanitário do consultório (pessoa com deficiência)	1	2,55	2,55	1	2,55	2,55	1	2,55	2,55	2	2,55	5,1
6.2	Sanitário do consultório	0	0	0	1	1,6	1,6	1	1,6	1,6	1	1,6	1,6
7	Consultório odontológico												
7.1	Consultório odontológico para 2 Equipos	1	20	20	2	20	40	1	20	20	0	0	0
7.2	Consultório odontológico para 3 Equipos	0	0	0	0	0	0	1	30	30	2	30	60
8	Sala de inalação coletiva	4 pacientes			4 pacientes			6 pacientes			6 pacientes		
		1	6	6	1	6	6	1	9	9	1	9	9
9	Sala de coleta	0	0	0	0	0	0	1	4	4	1	4	4
10	Sala de curativos	1	9	9	1	9	9	1	9	9	1	9	9
11	Sala de Procedimento/Coleta	1	10	10	1	10	10	0	0	0	0	0	0
11.1	Banheiro	1	4,8	4,8	1	4,8	4,8	0	0	0	0	0	0
12	Sala de Procedimento	0	0	0	0	0	0	1	10	10	1	10	10
12.1	Banheiro	0	0	0	0	0	0	1	4,8	4,8	1	4,8	4,8
13	CME simplificada - tipo I												
13.1	Expurgo	1	5	5	1	5	5	1	5	5	1	5	5
13.2	Sala de esterilização/estocagem de material esterilizado	1	5	5	1	5	5	1	5	5	1	5	5
14	Sala de administração e gerência	1	7,5	7,5	1	7,5	7,5	1	12,5	12,5	1	12,5	12,5
15	Sala de atividades coletivas/Sala de ACS	1	20	20	1	20	20	1	25	25	1	30	30
16	Almoxarifado	1	2,8	2,8	1	3	3	1	3	3	1	4	4
17	Copa	1	4,5	4,5	1	4,5	4,5	1	6	6	1	6	6
18	Banheiro para funcionários	1	3,5	3,5	2	3,5	7	2	3,5	7	2	3,5	7
19	Depósito de material de limpeza (DML)	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	4
20	Abrigo externo de resíduos sólidos												
20.1	Depósito de Resíduos Comuns	1	1	1	1	1,4	1,4	1	2,3	2,3	1	2,3	2,3
20.2	Depósito de Resíduos Contaminados	1	1	1	1	1,2	1,2	1	1,5	1,5	1	2	2
20,3	Depósito de Resíduos Recicláveis	1	1	1	1	1,2	1,2	1	1,5	1,5	1	2	2
21	Área externa para embarque e desembarque de ambulância	1	21	21	1	21	21	1	21	21	1	21	21

Para as áreas previstas e para aquelas não listadas nestes quadros, deverão ser acatadas as normas contidas na Resolução RDC Nº 50/2002 - ANVISA e alterações. Os ambientes previstos no quadro acima deverão ainda estar em concordância com o descrito no Manual de Acessibilidades em Unidades Básicas de Saúde, disponível no seguinte endereço eletrônico: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/recomendacoes_acessibilidade.pdf.

Anexo XXVI

APLICÁVEL AOS PROJETOS HABILITADOS NO ÂMBITO DO PLANO NACIONAL DE IMPLANTAÇÃO DE UBS ATÉ 2012 (Origem: PRT MS/GM 340/2013, Anexo 2)

APLICÁVEL AOS PROJETOS HABILITADOS NO ÂMBITO DO PLANO NACIONAL DE IMPLANTAÇÃO DE UBS ATÉ 2012

Para o planejamento e a definição da área física mínima e dos ambientes necessários em uma Unidade Básica de Saúde - UBS, foram levados em consideração diversos fatores tais como os fluxos de atendimento e as atividades mínimas a serem desenvolvidas em cada Unidade. A definição da área física contida no quadro a seguir é a mínima necessária para cada UBS. Recomendamos prever a ampliação da área desses ambientes e a existência de outros ambientes além dos aqui listados, conforme a necessidade local e as atividades planejadas a serem desenvolvidas pela Unidade, como por exemplo, sala de administração ou gerência, consultório odontológico, almoxarifado, farmácia etc.

Estrutura mínima para projetos de Unidades Básicas de Saúde- UBS - PORTE I

AMBIENTE	Área Unitária Mínima	QUANTIDADE MÍNIMA	Área Total Mínima
Recepção	9m2	1	9m2
Sala de espera - pode ser conjunta com a recepção, desde que a soma dos ambientes atinja a área total mínima de 24m2	15m2	1	15m2

Consultório	9m2 com dimensão mínima de 2,5m	2	18m2
Consultório Odontológico	12 m2	1	12m2
Sala de procedimentos	9m2 com dimensão mínima de 2,5m	1	9m2
Sala exclusiva de vacinas	9m2 com dimensão mínima de 2,5m	1	9m2
Sala de curativos	9m2 com dimensão mínima de 2,5m	1	9m2
Sala de reuniões	20m2	1	20m2
Copa/cozinha	4,5m2 com dimensão mínima de 1,5	1	4,5m2
Área de depósito de materiais de limpeza	3m2 com dimensão mínima de 1,5	1	3m2
Sanitário para o público, adaptado para deficientes físicos	3,2m2 com dimensão mínima de 1,7m	1	3,2m2
Banheiro para funcionários	4m2	1	4m2
Sala de utilidades/apoio à esterelização (caso o projeto não preveja uma Central de Materiais e Esterilização)	4m2	1	4m2

Depósito de lixo	4m2	1	4m2
Abrigo de resíduos sólidos (expurgo)	4m2 e dimensão mínima de 2m	1	4m2
Área total mínima dos ambientes	127,7 m2		
Área total mínima com 20% para circulação (área mínima a ser construída)	153,24 m2		

Estrutura mínima para projetos de Unidades Básicas de Saúde - UBS - PORTE II

AMBIENTE	Área Unitária Mínima	QUANTIDADE MÍNIMA	Área Total Mínima
Recepção	9m2	1	9m2
Sala(s) de espera - pode(m) ser conjuntas com a recepção, desde que a soma dos ambientes atinja a área total mínima de 54m2, e pode ser mais de uma, desde que a soma atinja a área total mínima de 45m2.	15m2	1 (com 45m2)	45m2
Consultório	9m2 com dimensão mínima de 2,5m	5	45m2
Consultório Odontológico para 3 equipes ou 3 Consultórios Odontológicos cada um com no mínimo 12 m2	12m2	1 (com 36m2)	36m2
Sala de procedimentos	9m2 com dimensão mínima de 2,5m	1	9m2
Sala exclusiva de vacinas	9m2 com dimensão mínima de 2,5m	1	9m2
Sala de curativos	9m2 com dimensão mínima de 2,5m	1	9m2
Sala de reuniões	40m2	1	40m2
Almoxarifado	3m2 com dimensão mínima de 1,5	1	3m2
Copa/cozinha	4,5m2 com dimensão mínima de 1,5m	1	4,5m2
Área de depósito de materiais de limpeza	3m2 com dimensão mínima de 1,5m	1	3m2
Administração e gerência	3m2 com dimensão mínima de 1,5m	1	5,5m2
Sanitário para deficientes físicos	3,2m2 com dimensão mínima de 1,7m	1	3,2m2
Sanitário para o público	1,6m2 e dimensão mínima de 1,2m	2	3,2m2
Banheiro para funcionários	4m2	2	8m2
Sala de utilidades/apoio à esterilização (caso o projeto não preveja uma Central de Materiais e Esterilização)	4m2	1	4m2
Depósito de lixo	4m2	1	4m2
Abrigo de resíduos sólidos (expurgo)	4m2 e dimensão mínima de 2m	1	4m2
Área total mínima dos ambientes	244,4m2		
Área Total Mínima com 20% para circulação (área mínima a ser construída)	293,28m2		

Para as áreas previstas e para aquelas não listadas nestes quadros, deverão ser acatadas as normas contidas na Resolução RDC Nº 50/2002 - ANVISA e alterações. Os ambientes previstos no quadro acima deverão ainda estar em concordância com o descrito no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família, disponível on-line em http://dtr2004.saude. gov.br/dab/docs/ publica- coes/ge-ral/manual_estrutura_ubs.pdf. As UBS financiadas por esta Portaria deverão obrigatoriamente estar adequadas ao regulamento de identificação visual da Saúde da Família, o qual pode ser acessado no endereço www.saude.gov.br/dab.

Anexo XXVII

RECURSOS FINANCEIROS REPASSADOS AOS ESTADOS E MUNICÍPIOS DESTINADOS AO CUSTEIO E A MANUTENÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO, SEGUNDO O LIMITE FINANCEIRO ANUAL DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR (MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE)(Origem: PRT MS/GM 907/2005, Anexo 1)

UF: BAHIA

Portarias GM/MS	Data	Código	Município	Hospital	Valor anual (R$)
Nº 1.787	26/08/04			Associação Obras Sociais Irmã Dulce	2.123.774,88
Nº 145	24/01/05			Hospital Prof. Edgard Santos	420.728,36
Gestão Estadual					2.544.503,24

UF: GOIÁS

Portarias GM/MS	Data	Código	Município	Hospital	Valor anual
Nº 25	05/01/05	520870	Goiânia	Hospital das Clínicas de Goiás	930.029,87
Total Gestão Plena Municipal					1.523.859,26
Total Gestão Estadual					0,00
Total do Estado do Maranhão					1.523.859,26

UF: MINAS GERAIS

Portarias GM/MS	Data	Código	Município	Hospital	Valor anual
Nº 1.871	06/09/04	310620	Belo Horizonte	Santa Casa de Mis. de Belo Horizonte	932.177,17
Nº 64	12/01/05	310620	Belo Horizonte	Hosp. de Clínicas de Belo Horizonte	966.157,60
Nº 2698	23/12/04	317010	Uberaba	Hosp. Esc. da Fac. de Med. do Triângulo Mineiro	663.429,46
Nº 2696	23/12/04	317020	Uberlândia	Hosp. de Clínicas da Univ. Fed. de Uberlândia	2.149.039,73
Total Gestão Plena Municipal					4.710.803,96
Total Gestão Estadual					0,00
Total do Estado de Minas Gerais					4.710.803,96

UF: MATO GROSSO DO SUL

Portarias GM/MS	Data	Código	Município	Hospital	Valor anual
Nº 2.546	30/11/04	500270	Campo Grande	Soc. Benef. de Campo Grande - Santa Casa	1.569.104,49
Total Gestão Plena Municipal					1.569.104,49
Total Gestão Estadual					0,00
Total do Estado do Mato Grosso do Sul					1.569.104,49

UF: PARÁ

Portarias GM/MS	Data	Código	Município	Hospital	Valor anual
Nº 26	05/01/05	150140	Belém	HU João de Barros de Barreto	524.172,85
Total Gestão Plena Municipal					524.172,85
Total Gestão Estadual					0,00
Total do Estado do Pará					524.172,85

UF: PARAÍBA

Portarias GM/MS	Data	Código	Município	Hospital	Valor anual
Nº 28	05/01/05	250750	João Pessoa	HU Lauro Wanderley	417.080,66
Total Gestão Plena Municipal					417.080,66
Total Gestão Estadual					0,00
Total do Estado da Paraíba					417.080,66

UF: PERNAMBUCO

Portarias GM/MS	Data	Código	Município	Hospital	Valor anual
Nº 2.280	20/10/04			Inst. Mat. Infantil de Pernambuco	1.710.794,77
Nº 143	24/01/05			Hosp. de Clín da Univ. Fed. de Pernambuco	619.550,68
Total Gestão Estadual					2.330.345,45

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300653

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

UF: PARANÁ

Portarias GM/MS	Data	Código	Município	Hospital	Valor anual
Nº 2.583	02/12/04	410690	Curitiba	Hosp. de Clínicas de Curitiba	1.829.921,22
Nº 2.584	02/12/04	410690	Curitiba	Hosp. Evangélico de Curitiba	1.421.838,93
Total Gestão Plena Municipal					3.251.760,15
Total Gestão Estadual					0,00
Total do Estado do Paraná					3.251.760,15

UF: RIO DE JANEIRO

Portarias GM/MS	Data	Código	Município	Hospital	Valor anual
Nº 30	05/01/05	330330	Niterói	Hosp. Univ. Antônio Pedro	876.588,80
Total Gestão Plena Municipal					876.588,80
Nº 2.726	28/12/04			Hosp. Univ. Clementino F. Filho	792.851,22
Nº 144	24/01/05			Instituto de Puer. e Ped. Martagão Gesteira	227.259,07
Total Gestão Estadual					1.020.110,29
Total do Estado do Rio de Janeiro					1.896.699,09

UF: RIO GRANDE DO NORTE

Portarias GM/MS	Data	Código	Município	Hospital	Valor anual
Nº 29	05/01/05	240810	Natal	Hosp. Univ. Onofre Lopes	593.073,32
Total Gestão Plena Municipal					593.073,32
Total Gestão Estadual					
Total do Estado do Rio Grande do Norte					593.073,32

UF: RIO GRANDE DO SUL

Portarias GM/MS	Data	Código	Município	Hospital	Valor anual
Nº 22	05/01/05	431440	Pelotas	Hosp. da Fund. de Apoio Univ. - UFPEL	470.673,32
Nº 24	05/01/05	431440	Pelotas	Hosp. Univ. S. Francisco de Paulo	300.579,62
Nº 1.750	24/08/04	431490	Porto Alegre	Hosp. S. Lucas da PUC	1.019.967,16
Nº 2.353	26/10/04	431490	Porto Alegre	Hosp. de Clínicas de Porto Alegre	1.590.530,04
Nº 2.354	26/10/04	431490	Porto Alegre	Fund. Univ. de Cardiologia/Inst. de Cardiologia	574.020,43
Nº 327	04/03/05	431490	Porto Alegre	Hospital Cristo Redentor - GHC	479.724,59
Nº 328	04/03/05	431490	Porto Alegre	Hospital Fêmina - GHC	457.899,16
Nº 329	04/03/05	431490	Porto Alegre	Hosp. N. Senhora da Conceição - GHC	2.239.943,62
Total Gestão Plena Municipal					7.133.337,94
Nº 23	05/01/05			Hosp. Univ. de Santa Maria	1.087.541,14
Nº 65	12/01/05			Hosp. Univ. Dr. Miguel Riet Correa Júnior	297.195,52
Total Gestão Estadual					1.384.736,66
Total do Estado do Rio Grande do Sul					8.518.074,60

UF: SANTA CATARINA

Portarias GM/MS	Data	Código	Município	Hospital	Valor anual (R$)
Nº 27	05/01/05			Hosp. Universitário - Univ. Fed. de Santa Catarina	829.186,49
Gestão Estadual					829.186,49

UF: SÃO PAULO

Portarias GM/MS	Data	Código	Município	Hospital	Valor anual (R$)
Nº 2.622	15/12/04	350950	Campinas	Hosp. Munic. Dr. Mário Gatti	1.007.589,63
Nº 2.625	15/12/04	350950	Campinas	Hosp. Mat. Celso Pierro/Soc. Camp. Educ. e Instr	1.146.282,27
Nº 2.626	15/12/04	352690	Limeira	Santa Casa de Limeira	1.190.723,58
Nº 2.758	31/12/04	352900	Marília	Hosp. das Clínicas /Fund. Mun. de Ens. Superior	1.059.995,77
Nº 1.641	09/08/04			Casa de Saúde Santa Marcelina	2.491.746,59
Total Gestão Plena Municipal					6.896.337,84
Nº 1.705	17/08/04			Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	5.015.955,17
Nº 2.411	05/11/04			Hospital são Paulo - UNIFESP	4.722.100,81
Nº 2.623	15/12/04			Univ. Estadual de Campinas - HC e CAISM	3.112.675,56
Nº 2.624	15/12/04			Hospital Estadual de Sumaré	740.513,13
Total Gestão Estadual					13.591.244,67
Total do Estado de São Paulo					20.487.582,51

Anexo XXVIII
EQUIPES HABILITADAS (EM NÚMERO DE EQUIPES POR TIPO E PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA ANUAL) (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Anexo 1)
Equipes Habilitadas (em Número de Equipes por Tipo e Previsão Orçamentária Anual)
Planilha 1 -EQUIPES HABILITADAS (EM NÚMERO DE EQUIPES POR TIPO E PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA ANUAL)

Quantitativo de Equipes Habilitadas							Custeio anual		
UF	IBGE	Município	Proponente	EMAD I	EMAD 2	EMAP	EMAD I (R$)	EMAD 2 (R$)	EMAP (R$)
AC	120020	CRUZEIRO DO SUL	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
AC	120040	RIO BRANCO	Municipal	1	0	0	600.000,00		
AC	120040	RIO BRANCO	Estadual	1	0	0	600.000,00		
AL	270030	ARAPIRACA	Municipal	2	0	1	1.200.000,00		72.000,00
AL	270040	ATALAIA	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
AL	270140	CAMPO ALEGRE	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
AL	270290	GIRAU DO PONCIANO	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
AL	270400	JUNQUEIRO	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
AL	270430	MACEIO	Municipal	7	0	2	4.200.000,00		144.000,00
AL	270470	MARECHAL DEODORO	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
AL	270630	PALMEIRA DOS INDIOS	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
AL	270800	SANTANA DO IPANEMA	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
AL	270860	SAO MIGUEL DOS CAMPOS	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
AL	270915	TEOTONIO VILELA	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
AL	270930	UNIAO DOS PALMARES	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00

AL	270940	VICOSA	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
AM	130185	IRANDUBA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
AM	130260	MANAUS	Estadual	9	0	3	5.400.000,00	-	216.000,00
AM	130406	TABATINGA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
AP	160030	MACAPA	Municipal	3	0	1	1.800.000,00	-	72.000,00
BA	290120	ANAGE	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
BA	290320	BARREIRAS	Estadual	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
BA	290390	BOM JESUS DA LAPA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
BA	290520	CAETITE	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
BA	290570	CAMACARI	Estadual	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
BA	290590	CAMPO ALEGRE DE LOURDES	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
BA	290687	CAPIM GROSSO	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
BA	291010	DOM BASILIO/ Rio das Contas	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
BA	291072	EUNAPOLIS	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
BA	291080	FEIRA DE SANTANA	Municipal	1	0	0	600.000,00		
BA	291080	FEIRA DE SANTANA	Estado	1	0	1	600.000,00		72.000,00
BA	291170	GUANAMBI	Estadual	1	0	1	600.000,00		72.000,00
BA	291320	IBOTIRAMA	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
BA	291360	ILHEUS	Estadual	1	0	1	600.000,00		72.000,00
BA	291360	ILHEUS	Municipal	1	0	0	600.000,00		
BA	291465	ITABELA	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
BA	291560	ITAMARAJU	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
BA	291610	ITAPARICA	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
BA	291700	ITIUBA	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
BA	291770	JAGUARARI	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
BA	291800	JEQUIE	Estadual	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
BA	291810	JEREMOABO	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
BA	291840	JUAZEIRO	Estadual	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
BA	291920	LAURO DE FREITAS	Estadual	1	0	0	600.000,00		
BA	292010	MAIRI	Municipal	0	1	0	-	408.000,00	-
BA	292100	MATA DE SAO JOAO	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
BA	292120	MIGUEL CALMON	Municipal	0	1	0	-	408.000,00	-
BA	292300	NOVA VICOSA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
BA	292510	POCOES	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
BA	292530	PORTO SEGURO	Municipal	2	0	1	1.200.000,00	-	72.000,00
BA	292640	RIACHO DE SANTANA	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
BA	292740	SALVADOR	Estadual	5	0	2	3.000.000,00	-	144.000,00
BA	292740	SALVADOR	Municipal	5	0	2	3.000.000,00	-	144.000,00
BA	292840	SANTA RITA DE CASSIA	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
BA	292860	SANTO AMARO	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
BA	293050	SERRINHA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
BA	293070	SIMOES FILHO	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
BA	293135	TEIXEIRA DE FREITAS	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
BA	293250	UNA	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
BA	293330	VITORIA DA CONQUISTA	Estadual	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
CE	230170	Aurora	Municipal	0	1	0	-	408.000,00	-
CE	230350	CASCAVEL	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
CE	230420	CRATO	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
CE	230428	EUSEBIO	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
CE	230495	GUAIUBA	Municipal	0	1	0	-	408.000,00	-
CE	230523	HORIZONTE	Municipal	1	0	0	600.000,00	-	-
CE	230580	IPU	Municipal	1	0	0	600.000,00	-	-
CE	230625	ITAITINGA	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
CE	230630	ITAPAGE	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
CE	230690	JAGUARIBE	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
CE	230730	JUAZEIRO DO NORTE	Municipal	3	0	1	1.800.000,00	-	72.000,00
CE	230765	MARACANAU	Municipal	2	0	1	1.200.000,00	-	72.000,00
CE	230770	MARANGUAPE	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
CE	230810	MAURITI	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
CE	230970	PACATUBA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
CE	231020	PARACURU	Municipal	0	1	0	-	408.000,00	-
CE	231025	PARAIPABA	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
CE	231070	PENTECOSTE	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
CE	231140	QUIXERAMOBIM	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
CE	231160	REDENCAO	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
CE	231240	SAO GONCALO DO AMARANTE	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
CE	231290	SOBRAL	Municipal	2	0	1	1.200.000,00	-	72.000,00
CE	231410	VICOSA DO CEARA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
DF	530010	BRASILIA	Estadual	13	0	5	7.800.000,00	-	360.000,00
GO	520025	AGUAS LINDAS DE GOIAS	Municipal	2	0	1	1.200.000,00	-	72.000,00
GO	520140	APARECIDA DE GOIANIA	Municipal	3	0	1	1.800.000,00	-	72.000,00
GO	520450	CALDAS NOVAS	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
GO	520620	CRISTALINA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
GO	520800	FORMOSA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
GO	520860	GOIANESIA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
GO	520870	GOIANIA	Municipal	8	0	3	4.800.000,00	-	216.000,00
GO	520890	GOIAS	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00

GO	521000	INHUMAS	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
GO	521250	LUZIANIA	Municipal	1	0	0	600.000,00	-	-
GO	521310	MINEIROS	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
GO	521450	NEROPOLIS	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
GO	521523	NOVO GAMA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
GO	521560	PADRE BERNARDO	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
GO	521710	PIRACANJUBA	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
GO	521760	PLANALTINA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
GO	521850	QUIRINOPOLIS	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
GO	521890	RUBIATABA/ Ipiranga de Goiás	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
GO	522045	SENADOR CANEDO	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
GO	522185	VALPARAISO DE GOIAS	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
MA	210060	AMARANTE DO MARANHAO	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
MA	210232	BURITICUPU	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
MA	210330	CODO	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
MA	210380	DOM PEDRO	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
MA	210480	GRAJAU	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
MA	210530	IMPERATRIZ	Municipal	2	0	1	1.200.000,00	-	72.000,00
MA	210750	PACO DO LUMIAR	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
MA	210900	PORTO FRANCO	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
MA	211120	SAO JOSE DE RIBAMAR	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
MA	211130	SAO LUIS	Municipal	3	0	1	1.800.000,00	-	72.000,00
MA	211150	SAO MATEUS DO MARANHAO	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
MG	310560	BARBACENA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
MG	310620	BELO HORIZONTE	Municipal	12	0	1	7.200.000,00	-	72.000,00
MG	310670	BETIM	Municipal	4	0	1	2.400.000,00	-	72.000,00
MG	310740	Bom Despacho	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
MG	311340	CARATINGA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
MG	311860	CONTAGEM	Municipal	6	0	0	3.600.000,00	-	-
MG	312670	FRANCISCO SA	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
MG	312980	IBIRITE	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
MG	313330	ITAOBIM	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
MG	313505	JAIBA	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
MG	313580	JEQUITINHONHA	Municipal	0	0	1	-	408.000,00	72.000,00
MG	313670	JUIZ DE FORA	Municipal	3	0	1	1.800.000,00	-	72.000,00
MG	313760	LAGOA SANTA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
MG	314310	MONTE CARMELO	Municipal	1	0	0	600.000,00	-	-
MG	314330	MONTES CLAROS	Municipal	4	0	1	2.400.000,00	-	72.000,00
MG	314480	NOVA LIMA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
MG	314710	PARA DE MINAS	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
MG	315180	POCOS DE CALDAS	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
MG	315670	SABARA	Municipal	1	0	0	600.000,00	-	-
MG	316370	SAO LOURENCO	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
MG	316553	SARZEDO	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
MG	316800	TAIOBEIRA	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
MG	317010	UBERABA	Municipal	2	0	1	1.200.000,00	-	72.000,00
MG	317020	UBERLANDIA	Municipal	7	0	3	4.200.000,00	-	216.000,00
MG	317070	VARGINHA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
MG	317120	VESPASIANO	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
MS	500270	CAMPO GRANDE	Municipal	3	0	1	1.800.000,00	-	72.000,00
MS	500320	CORUMBA	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
MS	500330	COXIM	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
MS	500769	SAO GABRIEL DO OESTE	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
MT	510267	CAMPO VERDE	Municipal	0	1	0	-	408.000,00	-
MT	510840	VARZEA GRANDE	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PA	150080	ANANINDEUA	Municipal	3	0	1	1.800.000,00	-	72.000,00
PA	150140	BELÉM	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PA	150220	C APANEMA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PA	150240	CASTANHAL	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PA	150270	CONCEICAO DO ARAGUAIA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PA	150309	GOIANESIA DO PARA	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
PA	150320	IGARAPE-ACU	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
PA	150380	JACUNDA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PA	150543	OURILANDIA DO NORTE	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
PA	150613	REDENCAO	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PA	150670	SANTANA DO ARAGUAIA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PA	150730	SAO FELIX DO XINGU	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PA	150795	TAILANDIA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PA	150808	TUCUMA	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
PA	150810	TUCURUI	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PA	150812	ULIANOPOLIS	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PA	150840	XINGUARA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PB	250440	CONCEICAO/ Serra Grande	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
PB	250460	CONDE	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
PB	250510	CUITE	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
PB	250630	GUARABIRA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PB	250700	ITAPORANGA	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00

PB	250750	JOAO PESSOA	Municipal	7	0	3	4.200.000,00	-	216.000,00
PB	250970	MONTEIRO	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
PB	251210	POMBAL	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
PB	251250	QUEIMADAS	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PE	260005	ABREU E LIMA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PE	260050	AGUAS BELAS	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PE	260290	CABO DE SANTO AGOSTINHO	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PE	260410	CARUARU	Municipal	3	0	1	1.800.000,00	-	72.000,00
PE	260620	GOIANA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PE	260760	ILHA DE ITAMARACA	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
PE	260775	ITAPISSUMA	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
PE	260790	JABOATAO DOS GUARARAPES	Municipal	5	0	2	3.000.000,00	-	144.000,00
PE	260880	LAJEDO	Municipal	0	1	0	-	408.000,00	-
PE	2 6 111 0	PETROLINA	Municipal	3	0	1	1.800.000,00	-	72.000,00
PE	261160	RECIFE	Municipal	9	0	3	5.400.000,00	-	216.000,00
PE	261300	SAO BENTO DO UNA	Municipal	1	0	0	600.000,00	-	-
PE	261310	SAO CAITANO	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
PE	261330	SAO JOAQUIM DO MONTE	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
PE	261640	VITORIA DE SANTO ANTAO	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PI	220120	BARRAS	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PI	220190	BOM JESUS	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
PI	220230	CANTO DO BURITI	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
PI	220390	FLORIANO	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PI	220550	JOSE DE FREITAS	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
PI	220570	LUIS CORREIA	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
PI	220790	PEDRO II	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
PI	220840	PIRIPIRI	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PI	221000	SAO JOAO DO PIAUI	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
PI	221060	SAO RAIMUNDO NONATO	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
PI	221100	TERESINA	Municipal	1	0	0	600.000,00	-	-
PI	221130	VALENCA DO PIAUI	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
PR	410370	CAMBE	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PR	410480	CASCAVEL	Municipal	3	0	1	1.800.000,00	-	72.000,00
PR	410690	CURITIBA	Municipal	10	0	3	6.000.000,00	-	216.000,00
PR	410940	GUARAPUAVA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PR	411370	LONDRINA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
PR	411790	PALOTINA	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
PR	411840	PARANAVAI	Municipal	1	0	0	600.000,00	-	-
PR	412405	SANTA TEREZINHA DE ITAIPU	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
RJ	330010	ANGRA DOS REIS	Municipal	2	0	1	1.200.000,00	-	72.000,00
RJ	330040	BARRA MANSA	Municipal	2	0	1	1.200.000,00	-	72.000,00
RJ	330045	BELFORD ROXO	Municipal	4	0	2	2.400.000,00	-	144.000,00
RJ	330100	CAMPOS DOS GOYTACAZES	Municipal	4	0	2	2.400.000,00	-	144.000,00
RJ	330170	DUQUE DE CAXIAS	Municipal	2	0	1	1.200.000,00	-	72.000,00
RJ	330200	ITAGUAI	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
RJ	330225	ITATIAIA	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
RJ	330227	JAPERI	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
RJ	330240	MACAE	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
RJ	330285	MESQUITA	Municipal	2	0	1	1.200.000,00	-	72.000,00
RJ	330320	NILOPOLIS	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
RJ	330340	NOVA FRIBURGO	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
RJ	330350	NOVA IGUACU	Municipal	2	0	1	1.200.000,00	-	72.000,00
RJ	330395	PINHEIRAL	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
RJ	330400	PIRAI	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
RJ	330414	QUEIMADOS	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
RJ	330420	RESENDE	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
RJ	330430	RIO BONITO	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
RJ	330455	RIO DE JANEIRO	Municipal	11	0	4	6.600.000,00	-	288.000,00
RJ	330490	SAO GONCALO	Municipal	9	0	3	5.400.000,00	-	216.000,00
RJ	330510	SAO JOAO DE MERITI	Municipal	5	0	2	3.000.000,00	-	144.000,00
RJ	330555	SEROPEDICA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
RJ	330560	SILVA JARDIM	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
RJ	330600	TRES RIOS	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
RJ	330630	VOLTA REDONDA	Municipal	2	0	1	1.200.000,00	-	72.000,00
RN	240020	ACU	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
RN	240810	NATAL	Estadual	5	0	2	3.000.000,00	-	144.000,00
RN	240890	PARELHAS	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
RN	240325	PARNAMIRIM	Estadual	2	0	1	1.200.000,00	-	72.000,00
RN	241220	SAO JOSE DE MIPIBU	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
RO	110002	ARIQUEMES	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
RO	110020	PORTO VELHO	Estadual	4	0	1	2.400.000,00	-	72.000,00
RO	110030	VILHENA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
RS	430210	BENTO GONCALVES	Municipal	1	0	0	600.000,00	-	-
RS	430463	CAPAO DA CANOA	Municipal	1	0	0	600.000,00	-	-
RS	430510	CAXIAS DO SUL	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
RS	430535	CHARQUEADAS	Municipal	0	1	0	-	408.000,00	-
RS	431240	MONTENEGRO	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00

RS	431340	NOVO HAMBURGO	Municipal	2	0	1	1.200.000,00	-	72.000,00
RS	431405	PA R O B E	Municipal	1	0	0	600.000,00	-	-
RS	431440	PELOTAS	Municipal	3	0	1	1.800.000,00	-	72.000,00
RS	431450	PINHEIRO MACHADO/ Candiota	Municipal	0	1	0	-	408.000,00	-
RS	431490	PORTO ALEGRE	Municipal	9	0	1	5.400.000,00		72.000,00
RS	431680	SANTA CRUZ DO SUL	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
RS	431720	SANTA ROSA	Municipal	1	0	0	600.000,00		
RS	432000	SAPUCAIA DO SUL	Municipal	1	0	0	600.000,00		
RS	432160	TRAMANDAI	Municipal	1	0	0	600.000,00		
RS	432260	VENANCIO AIRES	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
SC	420140	ARARANGUA	Municipal	1	0	0	600.000,00		
SC	420230	BIGUACU	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
SC	420240	BLUMENAU	Municipal	3	0	1	1.800.000,00		72.000,00
SC	420395	CAPIVARI DE BAIXO	Municipal	0	1	0	-	408.000,00	
SC	420420	CHAPECO	Municipal	2	0	1	1.200.000,00	-	72.000,00
SC	420890	JARAGUA DO SUL	Municipal	1	0	0	600.000,00		
SC	420910	JOINVILLE	Municipal	3	0	1	1.800.000,00	-	72.000,00
SC	421050	MARAVILHA	Municipal	0	1	0	-	408.000,00	-
SE	280120	CANINDE DE SAO FRANCISCO	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
SP	350100	ALTINOPOLIS/ Santo Antônio da Alegria	Municipal	0	1	0	-	408.000,00	-
SP	350160	AMERICANA	Municipal	2	0	1	1.200.000,00	-	72.000,00
SP	350170	AMERICO BRASILIENSE	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
SP	350320	ARARAQUARA	Municipal	1	0	0	600.000,00		
SP	350330	ARARAS	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
SP	350390	ARUJA	Municipal	1	0	0	600.000,00		
SP	350410	ATIBAIA	Municipal	1	0	1	600.000,00		
SP	350550	BARRETOS	Municipal	1	0	1	600.000,00		
SP	350560	BARRINHA	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
SP	350570	BARUERI	Municipal	3	0	1	1.800.000,00	-	72.000,00
SP	350590	BATATAIS	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
SP	350600	BAURU	Municipal	1	0	0	600.000,00	-	-
SP	350660	BIRITIBA-MIRIM	Municipal	0	1	1	-	408.000,00	72.000,00
SP	350760	BRAGANCA PAULISTA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
SP	350950	CAMPINAS	Municipal	7	0	3	4.200.000,00	-	216.000,00
SP	351060	CARAPICUIBA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
SP	351280	COSMOPOLIS	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
SP	351340	CRUZEIRO	Municipal	1	0	0	600.000,00		
SP	351500	EMBU DAS ARTES	Municipal	2	0	0	1.200.000,00		
SP	351510	EMBU-GUACU	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	
SP	351570	FERRAZ DE VASCONCELOS	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
SP	351670	GARCA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
SP	351870	GUARUJA	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
SP	351880	GUARULHOS	Municipal	3	0	1	1.800.000,00	-	72.000,00
SP	351907	HORTOLANDIA	Municipal	2	0	1	1.200.000,00	-	72.000,00
SP	352050	INDAIATUBA	Municipal	2	0	1	1.200.000,00	-	72.000,00
SP	352210	ITANHAEM	Municipal	1	0	0	600.000,00	-	72.000,00
SP	352220	ITAPECERICA DA SERRA	Municipal	1	0	0	600.000,00	-	
SP	352240	ITAPEVA	Municipal	1	0	0	600.000,00	-	
SP	352250	ITAPEVI	Municipal	2	0	0	1.200.000,00	-	
SP	352310	ITAQUAQUECETUBA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
SP	352390	ITU	Municipal	1	0	0	600.000,00		
SP	352400	ITUPEVA	Municipal	1	0	0	600.000,00		
SP	352440	JACAREI	Municipal	1	0	0	600.000,00		
SP	352470	JAGUARIUNA	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
SP	352510	JARDINOPOLIS	Municipal	1	0	0	600.000,00	-	
SP	352690	LIMEIRA	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
SP	352710	LINS	Municipal	1	0	0	600.000,00		
SP	352940	MAUA	Municipal	3	0	1	1.800.000,00		72.000,00
SP	353050	MOCOCA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
SP	353060	MOGI DAS CRUZES	Municipal	1	0	0	600.000,00		-
SP	353080	MOJI MIRIM	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
SP	353300	NOVA GRANADA	Municipal	0	1	0	-		-
SP	353430	ORLANDIA	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
SP	353440	OSASCO	Municipal	3	0	1	1.800.000,00	-	72.000,00
SP	353470	OURINHOS	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
SP	353800	PINDAMONHANGABA	Municipal	1	0	0	600.000,00	-	-
SP	353950	PITANGUEIRAS	Municipal	3	1	1	-	408.000,00	72.000,00
SP	353980	POA	Municipal	1	0	0	600.000,00		
SP	354020	PONTAL	Municipal	1	0	0	600.000,00		
SP	354060	PORTO FELIZ	Municipal	1	0	0	600.000,00		
SP	354100	PRAIA GRANDE	Municipal	0	0	0	600.000,00		
SP	354330	RIBEIRAO PIRES	Municipal	1	0	0	600.000,00		
SP	354340	RIBEIRAO PRETO	Municipal	3	0	0	1.800.000,00		
SP	354390	RIO CLARO	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
SP	354520	SALTO	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
SP	354580	SANTA BARBARA D'OESTE	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	72.000,00
SP	354640	SANTA CRUZ DO RIO PARDO	Municipal	1	0	1	600.000,00	-	216.000,00

SP	354780	SANTO ANDRE	Municipal	7	0	3	4.200.000,00	-	72.000,00
SP	354850	SANTOS	Municipal	4	0	1	2.400.000,00		72.000,00
SP	354870	SAO BERNARDO DO CAMPO	Municipal	5	0	1	3.000.000,00		72.000,00
SP	354880	SAO CAETANO DO SUL	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
SP	354890	SAO CARLOS	Municipal	2	0	1	1.200.000,00		72.000,00
SP	354940	SAO JOAQUIM DA BARRA	Municipal	1	0	0	600.000,00		
SP	354970	SAO JOSE DO RIO PARDO	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
SP	354980	SAO JOSE DO RIO PRETO	Municipal	4	0	1	2.400.000,00		72.000,00
SP	355030	SAO PAULO	Municipal	28	0	10	16.800.000,00		720.000,00
SP	355030	SAO PAULO	Estado	1	0	0	600.000,00		
SP	355100	SAO VICENTE	Municipal	3	0	1	1.800.000,00		72.000,00
SP	355170	SERTAOZINHO	Municipal	1	0	0	600.000,00		
SP	355220	SOROCABA	Municipal	5	0	1	3.000.000,00		72.000,00
SP	355240	SUMARE	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
SP	355280	TABOAO DA SERRA	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
SP	355370	TAQUARITINGA	Municipal	1	0	0	600.000,00		
SP	355620	VALINHOS	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
SP	355670	VINHEDO	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
SP	355700	VOTORANTIM	Municipal	1	0	0	600.000,00		
SP	355710	VOTUPORANGA	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
TO	170210	ARAGUAINA	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
TO	171820	PORTO NACIONAL	Municipal	1	0	1	600.000,00		72.000,00
Total				515	82	325	309.000.000,00	33.456.000,00	23.400.000,00

Anexo XXIX
INCENTIVO AOS ESTADOS (Origem: PRT MS/GM 1738/2013, Anexo 1)
INCENTIVO AOS ESTADOS

Porte populacional (IBGE, 2012)	Estados	Valor de repasse	Valor total de repasse
< 2,5 milhões de hab.	RR, AP, AC, TO, RO, SE	R$ 90.000,00	R$ 540.000,00
2,5 milhões a < 4 milhões de hab	MT, RN, PI, AL, AM, ES, PB, MS	R$ 110.000,00	R$ 880.000,00
4 milhões a 9 milhões de hab.	GO, SC, MA, PA, CE, PE	R$ 130.000,00	R$ 780.000,00
> 9 milhões de hab.	PR, RS, BA, RJ, MG, SP	R$ 150.000,00	R$ 900.000,00
Total	26	-	R$ 3.100.000,00

Anexo XXX
INCENTIVO AOS MUNICÍPIOS (Origem: PRT MS/GM 1738/2013, Anexo 2)
INCENTIVO AOS MUNICÍPIOS

UF	Município	Código IBGE	Porte Populacional (IBGE 2012)	Valor de Repasse
AC	Rio Branco	120040	348.354	R$ 35.000,00
AL	Arapiraca	270030	218.140	R$ 30.000,00
AL	Maceió	270430	953.393	R$ 60.000,00
AM	Manaus	130260	1.861.838	R$ 80.000,00
AP	Macapá	160030	415.554	R$ 40.000,00
BA	Camaçari	290570	255.238	R$ 30.000,00
BA	Feira de Santana	291080	568.099	R$ 50.000,00
BA	Ilhéus	291360	187.315	R$ 20.000,00
BA	Itabuna	291480	205.885	R$ 30.000,00
BA	Jequié	291800	152.372	R$ 20.000,00
BA	Juazeiro	291840	201.499	R$ 30.000,00
BA	Lauro de Freitas	291920	171.042	R$ 20.000,00
BA	Salvador	292740	2.710.968	R$ 100.000,00
BA	Vitória da Conquista	293330	315.884	R$ 35.000,00
CE	Caucaia	230370	336.091	R$ 35.000,00
CE	Fortaleza	230440	2.500.194	R$ 100.000,00
CE	Juazeiro do Norte	230730	255.648	R$ 30.000,00
CE	Maracanaú	230765	213.404	R$ 30.000,00
CE	Sobral	231290	193.134	R$ 20.000,00
DF	Brasília	530010	2.648.532	R$ 100.000,00
ES	Cachoeiro de Itapemirim	320120	192.156	R$ 20.000,00
ES	Cariacica	320130	352.431	R$ 35.000,00
ES	Serra	320500	422.569	R$ 40.000,00
ES	Vila Velha	320520	424.948	R$ 40.000,00
ES	Vitória	320530	333.162	R$ 35.000,00
GO	Águas Lindas de Goiás	520025	167.477	R$ 20.000,00
GO	Anápolis	520110	342.347	R$ 35.000,00
GO	Aparecida de Goiânia	520140	474.219	R$ 40.000,00
GO	Goiânia	520870	1.333.767	R$ 80.000,00
GO	Luziânia	521250	179.582	R$ 20.000,00
GO	Rio Verde	521880	185.465	R$ 20.000,00
MA	Caxias	210300	158.059	R$ 20.000,00
MA	Imperatriz	210530	250.063	R$ 30.000,00
MA	São José de Ribamar	211120	167.714	R$ 20.000,00
MA	São Luís	211130	1.039.610	R$ 80.000,00
MA	Timon	211220	159.471	R$ 20.000,00
MG	Belo Horizonte	310620	2.395.785	R$ 80.000,00
MG	Betim	310670	388.873	R$ 35.000,00
MG	Contagem	311860	613.815	R$ 60.000,00
MG	Divinópolis	312230	217.404	R$ 30.000,00
MG	Governador Valadares	312770	266.190	R$ 30.000,00
MG	Ibirité	312980	162.867	R$ 20.000,00
MG	Ipatinga	313130	243.541	R$ 30.000,00
MG	Juiz de Fora	313670	525.225	R$ 50.000,00
MG	Montes Claros	314330	370.216	R$ 35.000,00
MG	Poços de Caldas	315180	315180	R$ 20.000,00
MG	Ribeirão das Neves	315460	303.029	R$ 35.000,00
MG	Santa Luzia	315780	205.666	R$ 30.000,00
MG	Sete Lagoas	316720	218.574	R$ 30.000,00
MG	Uberaba	317010	302.623	R$ 35.000,00
MG	Uberlândia	317020	619.536	R$ 60.000,00
MS	Campo Grande	500270	805.397	R$ 60.000,00
MS	Dourados	500370	200.729	R$ 30.000,00
MT	Cuiabá	510340	561.329	R$ 50.000,00

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300659

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

MT	Rondonópolis	510760	202.309	R$ 30.000,00
MT	Várzea Grande	510840	258.208	R$ 30.000,00
PA	Ananindeua	150080	483.821	R$ 40.000,00
PA	Belém	150140	1.410.430	R$ 80.000,00
PA	Castanhal	150240	178.986	R$ 20.000,00
PA	Marabá	150420	243.583	R$ 30.000,00
PA	Parauapebas	150553	166.342	R$ 20.000,00
PA	Santarém	150680	299.419	R$ 30.000,00
PB	Campina Grande	250400	389.995	R$ 35.000,00
PB	João Pessoa	250750	742.478	R$ 60.000,00
PE	Cabo de Santo Agostinho	260290	260290	R$ 20.000,00
PE	Caruaru	260410	324.095	R$ 35.000,00
PE	Jaboatão dos Guararapes	260790	654.786	R$ 60.000,00
PE	Olinda	260960	379.271	R$ 35.000,00
PE	Paulista	261070	306.239	R$ 35.000,00
PE	Petrolina	261110	305.352	R$ 35.000,00
PE	Recife	261160	1.555.039	R$ 80.000,00
PI	Teresina	221100	830.231	R$ 60.000,00
PR	Cascavel	410480	292.372	R$ 30.000,00
PR	Colombo	410580	217.443	R$ 30.000,00
PR	Curitiba	410690	1.776.761	R$ 80.000,00
PR	Foz do Iguaçu	410830	255.718	R$ 30.000,00
PR	Guarapuava	410940	169.252	R$ 20.000,00
PR	Londrina	411370	515.707	R$ 50.000,00
PR	Maringá	411520	367.410	R$ 35.000,00
PR	Ponta Grossa	411990	317.339	R$ 35.000,00
PR	São José dos Pinhais	412550	273.255	R$ 30.000,00
RJ	Angra dos Reis	330010	177.101	R$ 20.000,00
RJ	Barra Mansa	330040	178.880	R$ 20.000,00
RJ	Belford Roxo	330045	474.596	R$ 40.000,00
RJ	Cabo Frio	330070	195.197	R$ 20.000,00
RJ	Campos dos Goytacazes	330100	472.300	R$ 40.000,00
RJ	Duque de Caxias	330170	867.067	R$ 60.000,00
RJ	Itaboraí	330190	222.618	R$ 30.000,00
RJ	Macaé	330240	217.951	R$ 30.000,00
RJ	Magé	330250	230.568	R$ 30.000,00
RJ	Mesquita	330285	169.537	R$ 20.000,00
RJ	Nilópolis	330320	157.986	R$ 20.000,00
RJ	Niterói	330330	491.807	R$ 40.000,00
RJ	Nova Friburgo	330340	183.391	R$ 20.000,00
RJ	Nova Iguaçu	330350	801.746	R$ 60.000,00
RJ	Petrópolis	330390	297.192	R$ 30.000,00
RJ	Rio de Janeiro	330455	6.390.290	R$ 100.000,00
RJ	São Gonçalo	330490	1.016.128	R$ 80.000,00
RJ	São João de Meriti	330510	460.062	R$ 40.000,00
RJ	Teresópolis	330580	167.622	R$ 20.000,00
RJ	Volta Redonda	330630	260.180	R$ 30.000,00
RN	Mossoró	240800	266.758	R$ 30.000,00
RN	Natal	240810	817.590	R$ 60.000,00
RN	Parnamirim	240325	214.199	R$ 30.000,00
RO	Porto Velho	110020	442.701	R$ 40.000,00
RR	Boa Vista	140010	296.959	R$ 30.000,00
RS	Alvorada	430060	197.441	R$ 20.000,00
RS	Canoas	430460	326.505	R$ 35.000,00
RS	Caxias do Sul	430510	446.911	R$ 40.000,00
RS	Gravataí	430920	259.138	R$ 30.000,00
RS	Novo Hamburgo	431340	239.355	R$ 30.000,00
RS	Passo Fundo	431410	187.298	R$ 20.000,00
RS	Pelotas	431440	329.435	R$ 35.000,00
RS	Porto Alegre	431490	1.416.714	R$ 80.000,00
RS	Rio Grande	431560	198.842	R$ 20.000,00
RS	Santa Maria	431690	263.662	R$ 30.000,00
RS	São Leopoldo	431870	217.189	R$ 30.000,00
RS	Viamão	432300	241.190	R$ 30.000,00
SC	Blumenau	420240	316.139	R$ 35.000,00
SC	Chapecó	420420	189.052	R$ 20.000,00
SC	Criciúma	420460	195.614	R$ 20.000,00
SC	Florianópolis	420540	433.158	R$ 40.000,00
SC	Itajaí	420820	526.338	R$ 20.000,00
SC	Joinville	420910	526.338	R$ 50.000,00
SC	Lages	420930	156.604	R$ 20.000,00
SC	São José	421660	215.278	R$ 30.000,00
SE	Aracaju	280030	587.701	R$ 50.000,00
SE	Nossa Senhora do Socorro	280480	165.194	R$ 20.000,00
SP	Americana	350160	214.873	R$ 30.000,00
SP	Araçatuba	350280	183.441	R$ 20.000,00
SP	Araraquara	350320	212.617	R$ 30.000,00
SP	Barueri	350570	245.652	R$ 30.000,00
SP	Bauru	350600	348.146	R$ 35.000,00
SP	Bragança Paulista	350760	150.023	R$ 20.000,00
SP	Campinas	350950	1.098.630	R$ 80.000,00
SP	Carapicuíba	351060	373.358	R$ 35.000,00
SP	Cotia	351300	209.027	R$ 30.000,00
SP	Diadema	351380	390.980	R$ 35.000,00
SP	Embu das Artes	351500	245.148	R$ 30.000,00
SP	Ferraz de Vasconcelos	351570	172.222	R$ 20.000,00
SP	Franca	351620	323.307	R$ 35.000,00
SP	Francisco Morato	351630	157.603	R$ 20.000,00
SP	Guarujá	351870	294.669	R$ 30.000,00
SP	Guarulhos	351880	1.244.518	R$ 80.000,00
SP	Hortolândia	351907	198.758	R$ 20.000,00
SP	Indaiatuba	352050	209.859	R$ 30.000,00
SP	Itapecerica da Serra	352220	156.077	R$ 20.000,00
SP	Itapevi	352250	206.558	R$ 30.000,00
SP	Itaquaquecetuba	352310	329.144	R$ 35.000,00
SP	Itu	352390	156.983	R$ 20.000,00
SP	Jacareí	352440	352440	R$ 30.000,00
SP	Jundiaí	352590	377.183	R$ 35.000,00
SP	Limeira	352690	280.096	R$ 30.000,00
SP	Marília	352900	219.664	R$ 30.000,00
SP	Mauá	352940	425.169	R$ 40.000,00
SP	Mogi das Cruzes	353060	396.468	R$ 35.000,00
SP	Osasco	353440	668.877	R$ 60.000,00
SP	Pindamonhangaba	353800	150.162	R$ 20.000,00
SP	Piracicaba	353870	369.919	R$ 35.000,00
SP	Praia Grande	354100	272.390	R$ 30.000,00
SP	Presidente Prudente	354140	210.393	R$ 30.000,00
SP	Ribeirão Preto	354340	619.746	R$ 60.000,00

SP	Rio Claro	354390	188.977	R$ 20.000,00
SP	Santa Bárbara d'Oeste	354580	181.509	R$ 20.000,00
SP	Santo André	354780	680.496	R$ 60.000,00
SP	Santos	354850	419.614	R$ 40.000,00
SP	São Bernardo do Campo	354870	774.886	R$ 60.000,00
SP	São Caetano do Sul	354880	150.638	R$ 20.000,00
SP	São Carlos	354890	226.322	R$ 30.000,00
SP	São José do Rio Preto	354980	415.769	R$ 40.000,00
SP	São José dos Campos	354990	643.603	R$ 60.000,00
SP	São Paulo	355030	11.376.685	R$ 100.000,00
SP	São Vicente	355100	336.809	R$ 35.000,00
SP	Sorocaba	355220	600.692	R$ 60.000,00
SP	Sumaré	355240	246.247	R$ 30.000,00
SP	Suzano	355250	267.583	R$ 30.000,00
SP	Taboão da Serra	355280	251.608	R$ 30.000,00
SP	Taubaté	355410	283.899	R$ 30.000,00
TO	Araguaína	170210	156.123	R$ 20.000,00
TO	Palmas	172100	242.070	R$ 30.000,00
TOTAL				R$ 6.755.000,00

Anexo XXXI

Recursos financeiros para municípios com equipes de Saúde da Família que atuem em áreas priorizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Origem: PRT MS/GM 2920/2008, Anexo 1)

Lista de municípios e respectivas localidades priorizados pelo Pronasci, o número de ESF Modalidade 1 que podem atuar nessas áreas

Cód. Município	Município	Localidades prioritárias	No- de ESF
ACRE			
120010	BRASILEIA	Brasiléia	2
120040	RIO BRANCO	Rio Branco	34
PARÁ			
150140 BELEM		Guamá, Terra Firme	11
CEARÁ			
230440 FORTALEZA		Grande Bom Jardim	2
PERNAMBUCO			
260290	CABO DE SANTO AGOSTINHO	Chiado do Rato, Fluminense, Alto dos Indios, Cruzeiro, Alto da Bela Vista, São Francisco, Alto do Colégio, Corrego do Morcego, Novo Horizonte	9
260790	JABOATAO DOS GUARARAPES	Cajueiro Seco	6
260960	OLINDA	Ilha do Maruim, V-8, Alto da Mina	3
261070	PAULISTA	Janga	3
261160	RECIFE	Santo Amaro - Zeis Santo Amaro, Santo Amaro - Zeis João de Bar- ros, Iputinga - Zeis Vila União / Detran, Ilha Joana Bezerra -Zeis Coque, Ibura	17
ALAGOAS			
270430	MACEIO	Vargem do Lago, Benedito Bentes, Jacintinho	14
BAHIA			
290570	CAMACARI	PHOC I, PHOC II, PHOC III	1
291920	LAURO DE FREITAS	Itinga	9
292740	SALVADOR	Tancredo Neves-Beiru, São Cristovão	3
MINAS GERAIS			
310620	BELO HORIZONTE	Jardim Felicidade, Conjunto Paulo VI, Vila Cemig, Taquaril, Pedreira Prado Lopes	14
310670	BETIM	Jardim Teresópolis	9
311860	CONTAGEM	Vila Pérola, Oitis	3
312980	IBIRITE	Vila Ideal, Recanto das Árvores, Sumidouro, Novo Horizonte, Safira, Piratininga, Laranjeiras, Washington Pires, Curumim, Jd das Rosas, Grota	11
315460	RIBEIRAO DAS NEVES	Florença, Urca, Pedra Branca, Santinho, Vila Bispo de Maura	1
315780	SANTA LUZIA	São Benedito	26
ESPÍRITO SANTO			
320130	CARIACICA	Nova Rosa da Penha I I, Nova Esperança, Nova Rosa da Penha I, Padre Matias, Vila Cajueiro, Vila Progresso I, Vila Progresso II, Vila Progresso III	1
320510	VIANA	Nova Bethânia, Areinha, Canãa, Marcílio de Noronha	3
320520	VILA VELHA	Barramares, João Goulart, Morada da Barra, Residencial Jabaeté	6
320530	VITORIA	Ilha do Príncipe, Forte São João, Resistência, São Pedro	3
RIO DE JANEIRO			
330045	BELFORD ROXO	Lote XV	5
330190	ITABORAI	Complexo da Reta	4
330200	ITAGUAI	Brisamar	1
330240	MACAE	Malvinas, Botafogo, Novo Horizonte, Campo D'Oeste	4
330285	MESQUITA	Chatuba	3
330320	NILOPOLIS	Paiol, Novo Horizonte	5
330330	NITEROI	Comunidade de Vila Ipiranga, Preventório	12
330350	NOVA IGUACU	Centro - Nova Iguaçu	1
330414	QUEIMADOS	Campo da Banha,Vila Nascente, Inconfidência, Centro, São Simão, Jardim Queimados	1
330455	RIO DE JANEIRO	Vila Kennedy. Ilha do Governador, Rocinha, Complexo do Alemão, Favela da Maré, Manguinhos	28
330490	SAO GONCALO	Complexo do Salgueiro	15
330510	SAO JOAO DE MERITI	Coelho da Rocha	2
SÃO PAULO			
350950	CAMPINAS	Distritos Industriais de Campinas (DICs) I, II, III, IV, V. VI, Jd Ae- roporto, Jd Cristina, Jd Profilurb, Pq Universitário de Viracopos, Jd Paraiso de Viracopos (região sudoeste)	11
351380	DIADEMA	Região Sul, Gazuza, Naval	19
351880	GUARULHOS	Cumbica	14
353910	PIRAPORA DO BOM JESUS	Parque Payol, Centro Pirapora	3
354780	SANTO ANDRE	Jardim Santo André, Jardim Vila Rica, Vila João Ramalho, Bairro Ca- ta Preta e Jardim Irene	6
354870	SÃO BERNARDO DO CAMPO	Bairro dos Alvarengas (PAT)	4
355030	SAO PAULO	Distrito da Brasilândia (Jardim Vista Alegre, Jardim Elisa Maria, Jar- dim Damasceno, Jardim Paulistano)	10
355280	TABOAO DA SERRA	Scandia, Trianon, Pirajussara, Saporito, Vila Sonia	15
355645	VARGEM GRANDE PAULISTA	Agreste, Saão Marcos, São Lucas, Jardim Margarida	3
PARANÁ			
410040	ALMIRANTE TAMANDARE	Campina do Arruda, Cachoeira e São Jorge	1
410180	ARAUCARIA	Estação, Boqueirão, Fazenda Velha, Campina da Barra, Capela Velha, Costeira, São Miguel, Thomaz Coelho, Barigui	4
410580	COLOMBO	Ana Terra, São Gabriel e Monza	2
410690	CURITIBA	Sitio Cercado	18
411950	PIRAQUARA	Guarituba, Vila Vivente Macedo	6
412550	SAO JOSE DOS PINHAIS	Guatupê, Borda do Campo, Itália	4
RIO GRANDE DO SUL			
430060	ALVORADA	Grande Região Umbù, Santa Bárbara	7
430310	CACHOEIRINHA	Vila Anair, Vila da Paz	3
430770	ESTEIO	São José, Liberdade, São Sebastião, Jd. Planalto, Sto Inácio, Olimpica, Parq. Amamdor, Parq. Claré, Novo Esteio, Parque Primavera	1
430920	GRAVATAI	Eixo Tom Jobim, Eixo Rincão da Madalena, Eixo Xará	2
431490	PORTO ALEGRE	Bom Jesus, Vila jardim, Restinga Velha, Lomba do Pinheiro	15
431870	SAO LEOPOLDO	Campina, Rio dos Sino, Vicentina	2
432300	VIAMAO	Augusta Marina, Augusta Meneghini, Augusta Fiel	2

GOIÁS			
520025	AGUAS LINDAS DE GOIAS	Setor 02, Aguas Bonitas, Morada da Serra, Alterosa, Setor 09	3
520549	CIDADE OCIDENTAL	Super Quadra 19, Parque Nápoles A, Parque Nova Friburgo, Ocidental Park, Super Quadras 13 e 16, Jardim ABC de Goiás	8
520800	FORMOSA	Setor Nordeste, Setor Benedito, Parque Lago, Lagoa dos Santos, Vila Vicentina	1
521250	LUZIANIA	Jardim Ingá	5
521523	NOVO GAMA	Pedregal de Baixo, Pedregal do Meio - Vila União	5
521760	PLANALTINA DE GOIÁS	Setor Norte, São José, Paquetá	23
522185	VALPARAISO DE GOIAS	Parque Marajó, Ipanema, Pacaembú, Vila Guaíra, Esplanada II, Esplanada IV, Jardim Oriente, São Bernardo, Araruama, Santa Rita	7
DISTRITO FEDERAL			
530010 BRASÍLIA		Arapoanga, Cidade Estrututal, Itapoã	5

Anexo XXXII

PROCEDIMENTOS MÍNIMOS A SEREM REALIZADOS PELOS ESTABELECIMENTOS HABILITADOS COMO SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO (SRC), E RESPECTIVOS PERCENTUAIS DE INCREMENTO. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Anexo 1)

Procedimentos mínimos a serem realizados pelos estabelecimentos habilitados como Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), e respectivos percentuais de incremento.

Código	Procedimento	% de incremento	Componente que receberá o incremento
02.01.02.003-3	Coleta de material p/ exame citopatológico de colo uterino	-	-
02.11.04.002-9	Colposcopia	60,0%	SA
02.01.01.066-6	Biópsia do colo uterino	60,0%	SA SH
04.09.06.008-9	Exerese da zona de transformação do colo uterino	60,0%	SA
02.05.02.016-0	Ultrassonografia pelvica (ginecologica)	60,0%	SA SH
02.05.02.018-6	Ultrassonografia transvaginal	-	SA

Anexo XXXIII

PROCEDIMENTOS MÍNIMOS A SEREM REALIZADOS PELOS ESTABELECIMENTOS HABILITADOS COMO SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA (SDM), E RESPECTIVOS PERCENTUAIS DE INCREMENTO. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Anexo 2)

Procedimentos mínimos a serem realizados pelos estabelecimentos habilitados como Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM), e respectivos percentuais de incremento.

Código	Procedimento	% de incremento	Componente que receberá o incremento
02.01.01.056-9	Biópsia/exerese de nódulo de mama	60,0%	SA
02.04.03.018-8	Mamografia bilateral para rastreamento	-	-
02.04.03.003-0	Mamografia unilateral	-	-
02.01.01.058-5	Punção aspirativa de mama por agulha fina	60,0%	SA
02.01.01.060-7	Punção de mama por agulha grossa	60,0%	SA
02.05.02.009-7	Ultrassonografia mamária bilateral	-	-

Anexo XXXIV

PRODUÇÃO MÍNIMA ANUAL A SER ATINGIDA, POR ESTABELECIMENTO HABILITADO COMO SRC E/OU COMO SDM, DE ACORDO COM O PORTE POPULACIONAL DO MUNICÍPIO OU DA REGIÃO DE SAÚDE. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Anexo 3)

Produção mínima anual a ser atingida, por estabelecimento habilitado como SRC e/ou como SDM, de acordo com o porte populacional do Município ou da região de saúde.

Procedimentos	Porte populacional (habitantes) - Habilitação como SRC		
	até 49.999	de 50.000 a 499.999	mais de 500.000
Coleta de material p/ exame citopatológico de colo uterino	-	-	-
Colposcopia	200	400	800
Biópsia do colo uterino	20	60	100
Exerese da zona de transformação do colo uterino	30	60	80
Ultrassonografia pélvica (ginecológica)	90	150	250
Ultrassonografia transvaginal	300	700	1.500
Procedimentos	Porte populacional (habitantes) - Habilitação como SDM		
	de 150.000 a 299.999	de 300.000 a 499.999	mais de 500.000
Biópsia/exerese de nódulo de mama	60	80	100
Mamografia bilateral para rastreamento	3000	3.500	4.500
Mamografia unilateral	300	400	550
Punção aspirativa de mama por agulha fina	60	80	100
Punção de mama por agulha grossa	40	60	100
Ultrassonografia mamária bilateral	400	550	700

Anexo XXXV

DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS AOS ESTADOS (PF-VISA) (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Anexo 1)

DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS AOS ESTADOS (PF-VISA)

FONTE: FNS E ANVISA

Estados	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual Fonte: FNS (A)	Repasse PF-VISA Mensal Fonte: FNS (A)	Fato Gerador Anual Fonte: ANVISA (B)	Fato Gerador Mensal Fonte: ANVISA (B)
Acre	776.463	630.000,00	52.500,00	9.732,09	811,01
Alagoas	3.300.935	990.280,50	82.523,38	27.065,94	2.255,50
Amapá	734.996	630.000,00	52.500,00	4.315,82	359,65
Amazonas	3.807.921	1.142.376,30	95.198,03	87.520,93	7.293,41
Bahia	15.044.137	4.513.241,10	376.103,43	437.428,84	36.452,40
Ceará	8.778.576	2.633.572,80	219.464,40	328.160,85	27.346,74
Distrito Federal	2.789.761	836.928,30	69.744,03	79.629,98	6.635,83
Goiás	6.434.048	1.930.214,40	160.851,20	724.017,94	60.334,83
Maranhão	6.794.301	2.038.290,30	169.857,53	49.806,06	4.150,51
Mato Grosso	3.182.113	954.633,90	79.552,83	197.056,03	16.421,34
Mato Grosso do Sul	2.587.269	776.180,70	64.681,73	123.272,64	10.272,72
Minas Gerais	20.593.356	6.178.006,80	514.833,90	1.808.342,27	150.695,19
Pará	7.969.654	2.390.896,20	199.241,35	212.241,23	17.686,77
Paraíba	3.914.421	1.174.326,30	97.860,53	82.497,70	6.874,81
Paraná	10.997.465	3.299.239,50	274.936,63	1.230.524,17	102.543,68
Pernambuco	9.208.550	2.762.565,00	230.213,75	327.552,05	27.296,00
Piauí	3.184.166	955.249,80	79.604,15	48.621,98	4.051,83

Rio de Janeiro	16.369.179	4.910.753,70	409.229,48	2.993.415,78	249.451,32
Rio Grande do Norte	3.373.959	1.012.187,70	84.348,98	67.672,17	5.639,35
Rio Grande do Sul	11.164.043	3.349.212,90	279.101,08	1.168.156,04	97.346,34
Rondônia	1.728.214	630.000,00	52.500,00	17.056,94	1.421,41
Roraima	488.072	630.000,00	52.500,00	859,73	71,64
Santa Catarina	6.634.254	1.990.276,20	165.856,35	822.551,58	68.545,97
São Paulo	43.663.669	13.099.100,70	1.091.591,73	6.842.795,91	570.232,99
Sergipe	2.195.662	658.698,60	54.891,55	47.319,26	3.943,27
Tocantins	1.478.164	630.000,00	52.500,00	9.233,45	769,45
TOTAL BRASIL	201.032.714	61.898.041,50	5.158.170,13	17.879.451,59	1.489.954,30

Anexo XXXVI

DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS AOS MUNICÍPIOS (PF-VISA) (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Anexo 2)

ACRE	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal
Acrelândia	120001	13.353	12.000,00	1.000,00
Assis Brasil	120005	6.480	12.000,00	1.000,00
Brasiléia	120010	22.899	13.739,40	1.144,95
Bujari	120013	9.003	12.000,00	1.000,00
Capixaba	120017	9.836	12.000,00	1.000,00
Cruzeiro do Sul	120020	80.377	48.226,20	4.018,85
Epitaciolândia	120025	16.099	12.000,00	1.000,00
Feijó	120030	32.411	19.446,60	1.620,55
Jordão	120032	7.147	12.000,00	1.000,00
Mâncio Lima	120033	16.410	12.000,00	1.000,00
Manoel Urbano	120034	8.386	12.000,00	1.000,00
Marechal Thaumaturgo	120035	15.857	12.000,00	1.000,00
Plácido de Castro	120038	17.795	12.000,00	1.000,00
Porto Acre	120080	16.029	12.000,00	1.000,00
Porto Walter	120039	10.143	12.000,00	1.000,00
Rio Branco	120040	357.194	214.316,40	17.859,70
Rodrigues Alves	120042	15.968	12.000,00	1.000,00
Santa Rosa do Purus	120043	5.374	12.000,00	1.000,00
Sena Madureira	120050	40.311	24.186,60	2.015,55
Senador Guiomard	120045	20.799	12.479,40	1.039,95
Tarauacá	120060	37.571	22.542,60	1.878,55
Xapuri	120070	17.021	12.000,00	1.000,00
TOTAIS	22	776.463	534.937,20	44.578,10
ALAGOAS	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal
Água Branca	270010	20.545	12.327,00	1.027,25
Anadia	270020	17.989	12.000,00	1.000,00
Arapiraca	270030	227.640	136.584,00	11.382,00
Atalaia	270040	46.787	30.117,06	2.509,76
Barra de Santo Antônio	270050	15.377	12.000,00	1.000,00
Barra de São Miguel	270060	8.112	12.000,00	1.000,00
Batalha	270070	18.201	12.000,00	1.000,00
Belém	270080	4.737	12.000,00	1.000,00
Belo Monte	270090	6.751	12.000,00	1.000,00
Boca da Mata	270100	27.074	16.244,40	1.353,70
Branquinha	270110	10.823	12.000,00	1.000,00
Cacimbinhas	270120	10.729	12.000,00	1.000,00
Cajueiro	270130	21.480	12.888,00	1.074,00
Campestre	270135	6.925	12.000,00	1.000,00
Campo Alegre	270140	55.161	33.096,60	2.758,05
Campo Grande	270150	9.631	12.000,00	1.000,00
Canapi	270160	17.880	12.000,00	1.000,00
Capela	270170	17.266	12.000,00	1.000,00
Carneiros	270180	8.758	12.000,00	1.000,00
Chã Preta	270190	7.413	12.000,00	1.000,00
Coité do Nóia	270200	11.110	12.000,00	1.000,00
Colônia Leopoldina	270210	21.307	12.784,20	1.065,35
Coqueiro Seco	270220	5.817	12.000,00	1.000,00
Coruripe	270230	55.648	33.388,80	2.782,40
Craíbas	270235	23.885	14.331,00	1.194,25
Delmiro Gouveia	270240	50.999	30.599,40	2.549,95
Dois Riachos	270250	11.234	12.000,00	1.000,00
Estrela de Alagoas	270255	18.123	12.000,00	1.000,00
Feira Grande	270260	22.377	13.426,20	1.118,85
Feliz Deserto	270270	4.678	12.000,00	1.000,00
Flexeiras	270280	12.862	12.000,00	1.000,00
Girau do Ponciano	270290	39.657	23.794,20	1.982,85
Ibateguara	270300	15.762	12.000,00	1.000,00
Igaci	270310	26.051	15.630,60	1.302,55
Igreja Nova	270320	24.328	14.596,80	1.216,40
Inhapi	270330	18.516	12.000,00	1.000,00
Jacaré dos Homens	270340	5.511	12.000,00	1.000,00
Jacuípe	270350	7.193	12.000,00	1.000,00
Japaratinga	270360	8.234	12.000,00	1.000,00
Jaramataia	270370	5.718	12.000,00	1.000,00
Jequiá da Praia	270375	11.969	12.000,00	1.000,00
Joaquim Gomes	270380	23.813	14.287,80	1.190,65
Jundiá	270390	4.275	12.000,00	1.000,00
Junqueiro	270400	25.073	15.043,80	1.253,65
Lagoa da Canoa	270410	18.566	12.000,00	1.000,00
Limoeiro de Anadia	270420	28.244	16.946,40	1.412,20
Maceió	270430	996.733	598.039,80	49.836,65
Major Isidoro	270440	19.874	12.000,00	1.000,00
Mar Vermelho	270490	3.698	12.000,00	1.000,00
Maragogi	270450	31.299	18.779,40	1.564,95
Maravilha	270460	10.168	12.000,00	1.000,00
Marechal Deodoro	270470	49.853	29.911,80	2.492,65
Maribondo	270480	13.807	12.000,00	1.000,00
Mata Grande	270500	25.349	15.209,40	1.267,45
Messias	270520	17.110	12.000,00	1.000,00
Minador do Negrão	270530	5.439	12.000,00	1.000,00
Monteirópolis	270540	7.219	12.000,00	1.000,00
Murici	270550	28.158	16.894,80	1.407,90
Novo Lino	270560	12.479	12.000,00	1.000,00
Olho d'Água das Flores	270570	21.499	12.899,40	1.074,95
Olho d'Água do Casado	270580	9.114	12.000,00	1.000,00
Olho d'Água Grande	270590	5.159	12.000,00	1.000,00
Olivença	270600	11.594	12.000,00	1.000,00
Ouro Branco	270610	11.409	12.000,00	1.000,00
Palestina	270620	4.934	12.000,00	1.000,00
Palmeira dos Índios	270630	73.532	44.119,20	3.676,60
Pão de Açúcar	270640	24.975	14.985,00	1.248,75
Pariconha	270642	10.674	12.000,00	1.000,00
Paripueira	270644	12.474	12.000,00	1.000,00
Passo de Camaragibe	270650	15.372	12.000,00	1.000,00
Paulo Jacinto	270660	7.685	12.000,00	1.000,00
Penedo	270670	63.595	38.157,00	3.179,75
Piaçabuçu	270680	17.941	12.000,00	1.000,00
Pilar	270690	35.003	21.001,80	1.750,15
Pindoba	270700	2.961	12.000,00	1.000,00
Piranhas	270710	24.556	14.733,60	1.227,80
Poço das Trincheiras	270720	14.401	12.000,00	1.000,00
Porto Calvo	270730	27.047	16.228,20	1.352,35
Porto de Pedras	270740	8.362	12.000,00	1.000,00
Porto Real do Colégio	270750	20.066	12.039,60	1.003,30
Quebrangulo	270760	11.700	12.000,00	1.000,00
Rio Largo	270770	71.834	43.100,40	3.591,70
Roteiro	270780	6.836	12.000,00	1.000,00
Santa Luzia do Norte	270790	7.257	12.000,00	1.000,00
Santana do Ipanema	270800	47.352	28.411,20	2.367,60
Santana do Mundaú	270810	11.134	12.000,00	1.000,00
São Brás	270820	7.006	12.000,00	1.000,00
São José da Laje	270830	23.847	14.308,20	1.192,35
São José da Tapera	270840	31.867	19.120,20	1.593,35
São Luís do Quitunde	270850	34.239	20.543,40	1.711,95
São Miguel dos Campos	270860	59.077	35.446,20	2.953,85
São Miguel dos Milagres	270870	7.709	12.000,00	1.000,00
São Sebastião	270880	33.826	20.295,60	1.691,30
Satuba	270890	15.737	12.000,00	1.000,00
Senador Rui Palmeira	270895	13.765	12.000,00	1.000,00
Tanque d'Arca	270900	6.374	12.000,00	1.000,00
Taquarana	270910	19.725	12.000,00	1.000,00
Teotônio Vilela	270915	43.605	26.163,00	2.180,25
Traipu	270920	27.488	16.492,80	1.374,40
União dos Palmares	270930	65.495	39.297,00	3.274,75
Viçosa	270940	26.289	15.773,40	1.314,45
TOTAIS	102	3.300.935	2.313.039,66	192.753,31
AMAZONAS	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal
Alvarães	130002	15.166	12.000,00	1.000,00
Amaturá	130006	10.436	12.000,00	1.000,00
Anamã	130008	11.636	12.000,00	1.000,00
Anori	130010	18.351	12.000,00	1.000,00
Apuí	130014	19.860	12.000,00	1.000,00
Atalaia do Norte	130020	17.174	12.000,00	1.000,00
Autazes	130030	35.554	21.332,40	1.777,70
Barcelos	130040	27.110	16.266,00	1.355,50
Barreirinha	130050	29.737	17.842,20	1.486,85
Benjamin Constant	130060	37.564	22.538,40	1.878,20
Beruri	130063	17.332	12.000,00	1.000,00
Boa Vista do Ramos	130068	16.820	12.000,00	1.000,00
Boca do Acre	130070	32.792	19.675,20	1.639,60
Borba	130080	38.073	22.843,80	1.903,65
Caapiranga	130083	12.004	12.000,00	1.000,00
Canutama	130090	14.754	12.000,00	1.000,00
Carauari	130100	27.405	16.443,00	1.370,25
Careiro	130110	35.431	21.258,60	1.771,55
Careiro da Várzea	130115	26.722	16.033,20	1.336,10
Coari	130120	81.325	48.795,00	4.066,25
Codajás	130130	25.696	15.417,60	1.284,80
Eirunepé	130140	33.127	19.876,20	1.656,35
Envira	130150	18.051	12.000,00	1.000,00
Fonte Boa	130160	21.859	13.176,46	1.098,04
Guajará	130165	15.291	12.000,00	1.000,00
Humaitá	130170	49.137	29.482,20	2.456,85
Ipixuna	130180	25.362	15.217,20	1.268,10
Iranduba	130185	44.503	26.701,80	2.225,15
Itacoatiara	130190	94.278	56.566,80	4.713,90
Itamarati	130195	8.232	12.000,00	1.000,00
Itapiranga	130200	8.774	12.000,00	1.000,00
Japurá	130210	6.083	12.000,00	1.000,00
Juruá	130220	12.408	12.000,00	1.000,00
Jutaí	130230	17.376	12.000,00	1.000,00
Lábrea	130240	41.600	24.960,00	2.080,00
Manacapuru	130250	91.795	55.077,00	4.589,75
Manaquiri	130255	26.530	15.918,00	1.326,50
Manaus	130260	1.982.177	1.189.306,20	99.108,85
Manicoré	130270	51.331	30.798,60	2.566,55
Maraã	130280	18.310	12.000,00	1.000,00
Maués	130290	57.663	34.597,80	2.883,15
Nhamundá	130300	19.792	12.000,00	1.000,00
Nova Olinda do Norte	130310	33.829	20.297,40	1.691,45
Novo Airão	130320	16.719	12.000,00	1.000,00
Novo Aripuanã	130330	23.486	14.091,60	1.174,30
Parintins	130340	109.225	65.535,00	5.461,25
Pauini	130350	19.149	12.000,00	1.000,00
Presidente Figueiredo	130353	30.978	18.586,80	1.548,90
Rio Preto da Eva	130356	28.999	17.399,40	1.449,95
Santa Isabel do Rio Negro	130360	20.986	12.591,60	1.049,30
Santo Antônio do Içá	130370	24.327	14.596,20	1.216,35
São Gabriel da Cachoeira	130380	41.575	24.945,00	2.078,75
São Paulo de Olivença	130390	34.963	20.977,80	1.748,15
São Sebastião do Uatumã	130395	12.115	12.000,00	1.000,00
Silves	130400	8.946	12.000,00	1.000,00
Tabatinga	130406	58.314	34.988,40	2.915,70
Tapauá	130410	18.383	12.000,00	1.000,00
Tonantins	130423	18.162	12.000,00	1.000,00
Uarini	130426	12.801	12.000,00	1.000,00
Urucará	130430	17.367	12.000,00	1.000,00
Urucurituba	130440	20.091	12.054,60	1.004,55
TOTAIS	62	3.807.921	2.367.918,46	197.326,54

AMAPÁ	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal
Amapá	160010	8.483	12.000,00	1.000,00
Calçoene	160020	9.793	12.000,00	1.000,00
Cutias	160021	5.173	12.000,00	1.000,00
Ferreira Gomes	160023	6.525	12.000,00	1.000,00
Itaubal	160025	4.722	12.000,00	1.000,00
Laranjal do Jari	160027	43.832	26.299,20	2.191,60
Macapá	160030	437.256	262.353,60	21.862,80
Mazagão	160040	18.739	12.000,00	1.000,00
Oiapoque	160050	22.986	13.791,60	1.149,30
Pedra Branca do Amapari	160015	12.828	12.000,00	1.000,00
Porto Grande	160053	18.708	12.000,00	1.000,00
Pracuúba	160055	4.277	12.000,00	1.000,00
Santana	160060	108.897	65.338,20	5.444,85
Serra do Navio	160005	4.761	12.000,00	1.000,00
Tartarugalzinho	160070	14.292	12.000,00	1.000,00
Vitória do Jari	160080	13.724	12.000,00	1.000,00
TOTAIS	16	734.996	511.782,60	42.648,55

BAHIA	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal
Abaíra	290010	9.132	12.000,00	1.000,00
Abaré	290020	18.989	12.000,00	1.000,00
Acajutiba	290030	15.615	12.000,00	1.000,00
Adustina	290035	16.929	12.000,00	1.000,00
Água Fria	290040	16.871	12.000,00	1.000,00
Aiquara	290060	4.767	12.000,00	1.000,00
Alagoinhas	290070	152.570	91.542,00	7.628,50
Alcobaça	290080	23.176	13.905,60	1.158,80
Almadina	290090	6.327	12.000,00	1.000,00
Amargosa	290100	37.081	22.248,60	1.854,05
Amélia Rodrigues	290110	26.477	15.886,20	1.323,85
América Dourada	290115	16.884	12.000,00	1.000,00
Anagé	290120	20.698	12.418,80	1.034,90
Andaraí	290130	14.738	12.000,00	1.000,00
Andorinha	290135	14.936	12.000,00	1.000,00
Angical	290140	14.762	12.000,00	1.000,00
Anguera	290150	11.113	12.000,00	1.000,00
Antas	290160	18.744	12.000,00	1.000,00
Antônio Cardoso	290170	12.206	12.000,00	1.000,00
Antônio Gonçalves	290180	11.973	12.000,00	1.000,00
Aporá	290190	18.976	12.000,00	1.000,00
Apuarema	290195	7.795	12.000,00	1.000,00
Araças	290205	12.351	12.000,00	1.000,00
Aracatu	290200	14.232	12.000,00	1.000,00
Araci	290210	55.655	33.393,00	2.782,75
Aramari	290220	11.157	12.000,00	1.000,00
Arataca	290225	11.822	12.000,00	1.000,00
Aratuípe	290230	9.146	12.000,00	1.000,00
Aurelino Leal	290240	13.525	12.000,00	1.000,00
Baianópolis	290250	13.892	12.000,00	1.000,00
Baixa Grande	290260	21.174	12.704,40	1.058,70
Banzaê	290265	12.534	12.000,00	1.000,00
Barra	290270	53.361	32.016,60	2.668,05
Barra da Estiva	290280	22.409	13.445,40	1.120,45
Barra do Choça	290290	35.567	21.340,20	1.778,35
Barra do Mendes	290300	14.684	12.000,00	1.000,00
Barra do Rocha	290310	6.261	12.000,00	1.000,00
Barreiras	290320	150.896	90.537,60	7.544,80
Barro Alto	290323	14.855	12.000,00	1.000,00
Barro Preto	290330	6.767	12.000,00	1.000,00
Barrocas	290327	15.470	12.000,00	1.000,00
Belmonte	290340	23.471	14.082,60	1.173,55
Belo Campo	290350	18.539	12.000,00	1.000,00
Biritinga	290360	15.737	12.000,00	1.000,00
Boa Nova	290370	15.141	12.000,00	1.000,00
Boa Vista do Tupim	290380	18.888	12.000,00	1.000,00
Bom Jesus da Lapa	290390	68.282	40.969,20	3.414,10
Bom Jesus da Serra	290395	10.644	12.000,00	1.000,00
Boninal	290400	14.742	12.000,00	1.000,00
Bonito	290405	16.132	12.000,00	1.000,00
Boquira	290410	22.389	13.433,40	1.119,45
Botuporã	290420	11.162	12.000,00	1.000,00
Brejões	290430	14.866	12.000,00	1.000,00
Brejolândia	290440	10.545	12.000,00	1.000,00
Brotas de Macaúbas	290450	11.301	12.000,00	1.000,00
Brumado	290460	68.776	41.265,60	3.438,80
Buerarema	290470	19.311	12.000,00	1.000,00
Buritirama	290475	21.115	12.669,00	1.055,75
Caatiba	290480	10.828	12.000,00	1.000,00
Cabaceiras do Paraguaçu	290485	18.713	12.000,00	1.000,00
Cachoeira	290490	34.244	20.546,40	1.712,20
Caculé	290500	23.232	13.939,20	1.161,60
Caém	290510	10.429	12.000,00	1.000,00
Caetanos	290515	15.842	12.000,00	1.000,00
Caetité	290520	52.166	31.299,60	2.608,30
Cafarnaum	290530	18.489	12.000,00	1.000,00
Cairu	290540	17.168	12.000,00	1.000,00
Caldeirão Grande	290550	13.465	12.000,00	1.000,00
Camacan	290560	33.068	19.840,80	1.653,40
Camaçari	290570	275.575	165.345,00	13.778,75
Camamu	290580	37.207	22.324,20	1.860,35
Campo Alegre de Lourdes	290590	29.812	17.887,20	1.490,60
Campo Formoso	290600	71.507	42.904,20	3.575,35
Canápolis	290610	10.130	12.000,00	1.000,00
Canarana	290620	26.006	15.603,60	1.300,30
Canavieiras	290630	33.570	21.039,29	1.753,27
Candeal	290640	9.143	12.000,00	1.000,00
Candeias	290650	89.419	53.651,40	4.470,95
Candiba	290660	14.527	12.000,00	1.000,00
Cândido Sales	290670	27.057	16.234,20	1.352,85
Cansanção	290680	35.029	21.017,40	1.751,45
Capela do Alto Alegre	290685	12.128	12.000,00	1.000,00
Capim Grosso	290687	28.853	17.311,80	1.442,65
Caraíbas	290689	10.292	12.000,00	1.000,00
Caravelas	290690	22.328	13.396,80	1.116,40
Cardeal da Silva	290700	9.611	12.000,00	1.000,00
Carinhanha	290710	29.768	17.860,80	1.488,40
Casa Nova	290720	70.796	42.477,60	3.539,80
Castro Alves	290730	27.097	16.258,20	1.354,85
Catolândia	290740	3.420	12.000,00	1.000,00
Catu	290750	55.021	33.012,60	2.751,05
Caturama	290755	9.760	12.000,00	1.000,00
Central	290760	18.061	12.000,00	1.000,00
Chorrochó	290770	11.444	12.000,00	1.000,00
Cícero Dantas	290780	34.424	20.654,40	1.721,20
Cipó	290790	16.860	12.000,00	1.000,00
Coaraci	290800	20.620	12.372,00	1.031,00
Cocos	290810	19.281	12.000,00	1.000,00
Conceição da Feira	290820	22.226	13.335,60	1.111,30
Conceição do Almeida	290830	18.644	12.000,00	1.000,00
Conceição do Coité	290840	67.126	40.275,60	3.356,30
Conceição do Jacuípe	290850	32.761	19.656,60	1.638,05
Conde	290860	25.714	15.428,40	1.285,70
Condeúba	290870	18.359	12.000,00	1.000,00
Contendas do Sincorá	290880	4.354	12.000,00	1.000,00
Coração de Maria	290890	23.314	13.988,40	1.165,70
Cordeiros	290900	8.752	12.000,00	1.000,00
Coribe	290910	15.024	12.000,00	1.000,00
Coronel João Sá	290920	17.422	12.000,00	1.000,00
Correntina	290930	32.980	19.788,00	1.649,00
Cotegipe	290940	14.390	12.000,00	1.000,00
Cravolândia	290950	5.341	12.000,00	1.000,00
Crisópolis	290960	21.435	12.861,00	1.071,75
Cristópolis	290970	14.189	12.000,00	1.000,00
Cruz das Almas	290980	63.299	37.979,40	3.164,95
Curaçá	290990	34.725	20.835,00	1.736,25
Dário Meira	291000	12.721	12.000,00	1.000,00
Dias d'Ávila	291005	75.103	45.061,80	3.755,15
Dom Basílio	291010	12.379	12.000,00	1.000,00
Dom Macedo Costa	291020	4.127	12.000,00	1.000,00
Elísio Medrado	291030	8.426	12.000,00	1.000,00
Encruzilhada	291040	21.418	13.613,82	1.134,49
Entre Rios	291050	42.640	25.584,00	2.132,00
Érico Cardoso	290050	11.509	12.000,00	1.000,00
Esplanada	291060	35.930	21.558,00	1.796,50
Euclides da Cunha	291070	60.558	36.334,80	3.027,90
Eunápolis	291072	110.803	66.481,80	5.540,15
Fátima	291075	18.524	12.000,00	1.000,00
Feira da Mata	291077	5.908	12.000,00	1.000,00
Feira de Santana	291080	606.139	363.683,40	30.306,95
Filadélfia	291085	17.603	12.000,00	1.000,00
Firmino Alves	291090	5.744	12.000,00	1.000,00
Floresta Azul	291100	11.392	12.000,00	1.000,00
Formosa do Rio Preto	291110	24.799	14.879,40	1.239,95
Gandu	291120	32.814	19.688,40	1.640,70
Gavião	291125	4.747	12.000,00	1.000,00
Gentio do Ouro	291130	11.338	12.000,00	1.000,00
Glória	291140	16.003	12.000,00	1.000,00
Gongogi	291150	8.325	12.000,00	1.000,00
Governador Mangabeira	291160	21.125	12.675,00	1.056,25
Guajeru	291165	9.388	12.000,00	1.000,00
Guanambi	291170	84.645	50.787,00	4.232,25
Guaratinga	291180	22.583	13.549,80	1.129,15
Heliópolis	291185	13.812	12.000,00	1.000,00
Iaçu	291190	26.591	16.245,94	1.353,83
Ibiassucê	291200	10.866	12.000,00	1.000,00
Ibicaraí	291210	24.595	14.757,00	1.229,75
Ibicoara	291220	19.071	12.000,00	1.000,00
Ibicuí	291230	16.582	12.000,00	1.000,00
Ibipeba	291240	18.398	12.000,00	1.000,00
Ibipitanga	291250	15.162	12.000,00	1.000,00
Ibiquera	291260	5.158	12.000,00	1.000,00
Ibirapitanga	291270	24.059	14.435,40	1.202,95
Ibirapuã	291280	8.603	12.000,00	1.000,00
Ibirataia	291290	18.546	12.000,00	1.000,00
Ibitiara	291300	16.647	12.000,00	1.000,00
Ibititá	291310	18.752	12.000,00	1.000,00
Ibotirama	291320	27.285	16.371,00	1.364,25
Ichu	291330	6.265	12.000,00	1.000,00
Igaporã	291340	16.159	12.000,00	1.000,00
Igrapiúna	291345	13.636	12.000,00	1.000,00
Iguaí	291350	27.615	16.727,03	1.393,92
Ilhéus	291360	184.616	124.543,09	10.378,59
Inhambupe	291370	39.938	23.962,80	1.996,90
Ipecaetá	291380	15.753	12.000,00	1.000,00
Ipiaú	291390	47.178	28.306,80	2.358,90
Ipirá	291400	62.253	37.351,80	3.112,65
Ipupiara	291410	9.992	12.000,00	1.000,00
Irajuba	291420	7.471	12.000,00	1.000,00
Iramaia	291430	11.412	12.000,00	1.000,00
Iraquara	291440	24.882	14.929,20	1.244,10
Irará	291450	29.579	17.747,40	1.478,95
Irecê	291460	72.041	43.224,60	3.602,05
Itabela	291465	30.636	18.381,60	1.531,80
Itaberaba	291470	65.806	39.483,60	3.290,30
Itabuna	291480	218.124	130.874,40	10.906,20
Itacaré	291490	26.753	16.051,80	1.337,65
Itaeté	291500	15.996	12.000,00	1.000,00
Itagi	291510	13.433	12.000,00	1.000,00
Itagibá	291520	15.829	12.000,00	1.000,00
Itagimirim	291530	7.420	12.000,00	1.000,00
Itaguaçu da Bahia	291535	14.392	12.000,00	1.000,00
Itaju do Colônia	291540	7.507	12.000,00	1.000,00
Itajuípe	291550	21.884	13.130,40	1.094,20
Itamaraju	291560	67.128	40.276,80	3.356,40
Itamari	291570	8.259	12.000,00	1.000,00
Itambé	291580	23.723	20.170,82	1.680,90
Itanagra	291590	8.023	12.000,00	1.000,00
Itaparica	291610	22.329	13.397,40	1.116,45
Itapé	291620	10.682	12.000,00	1.000,00
Itapebi	291630	10.942	12.000,00	1.000,00
Itapetinga	291640	74.652	44.791,20	3.732,60
Itapicuru	291650	35.255	21.153,00	1.762,75
Itapitanga	291660	10.799	12.000,00	1.000,00
Itaquara	291670	8.231	12.000,00	1.000,00

Itarantim	291680	19.837	12.000,00	1.000,00
Itatim	291685	14.700	12.000,00	1.000,00
Itiruçu	291690	13.267	12.000,00	1.000,00
Itiúba	291700	38.330	22.998,00	1.916,50
Itororó	291710	21.106	12.663,60	1.055,30
Ituaçu	291720	19.211	12.000,00	1.000,00
Ituberá	291730	28.639	17.183,40	1.431,95
Iuiú	291733	11.253	12.000,00	1.000,00
Jaborandi	291735	9.417	12.000,00	1.000,00
Jacaraci	291740	15.350	12.000,00	1.000,00
Jacobina	291750	84.328	50.596,80	4.216,40
Jaguaquara	291760	54.902	32.941,20	2.745,10
Jaguarari	291770	32.740	19.644,00	1.637,00
Jaguaripe	291780	18.114	12.000,00	1.000,00
Jandaíra	291790	10.997	12.000,00	1.000,00
Jequié	291800	161.391	96.834,60	8.069,55
Jeremoabo	291810	40.587	24.352,20	2.029,35
Jiquiriçá	291820	14.936	12.000,00	1.000,00
Jitaúna	291830	13.667	12.000,00	1.000,00
João Dourado	291835	24.633	14.779,80	1.231,65
Juazeiro	291840	214.748	138.532,93	11.544,41
Jucuruçu	291845	10.403	12.000,00	1.000,00
Jussara	291850	15.848	12.000,00	1.000,00
Jussari	291855	6.493	12.000,00	1.000,00
Jussiape	291860	7.741	12.000,00	1.000,00
Lafaiete Coutinho	291870	4.017	12.000,00	1.000,00
Lagoa Real	291875	15.542	12.000,00	1.000,00
Laje	291880	24.207	14.524,20	1.210,35
Lajedão	291890	3.971	12.000,00	1.000,00
Lajedinho	291900	4.079	12.000,00	1.000,00
Lajedo do Tabocal	291905	8.847	12.000,00	1.000,00
Lamarão	291910	9.673	12.000,00	1.000,00
Lapão	291915	27.338	16.402,80	1.366,90
Lauro de Freitas	291920	184.383	110.629,80	9.219,15
Lençóis	291930	11.300	12.000,00	1.000,00
Licínio de Almeida	291940	12.962	12.000,00	1.000,00
Livramento de Nossa Senhora	291950	45.236	27.141,60	2.261,80
Luís Eduardo Magalhães	291955	73.061	43.836,60	3.653,05
Macajuba	291960	11.835	12.000,00	1.000,00
Macarani	291970	18.419	12.000,00	1.000,00
Macaúbas	291980	49.436	29.661,60	2.471,80
Macururé	291990	8.417	12.000,00	1.000,00
Madre de Deus	291992	19.600	12.000,00	1.000,00
Maetinga	291995	5.972	12.000,00	1.000,00
Maiquinique	292000	9.864	12.000,00	1.000,00
Mairi	292010	20.194	12.116,40	1.009,70
Malhada	292020	17.375	12.000,00	1.000,00
Malhada de Pedras	292030	8.942	12.000,00	1.000,00
Manoel Vitorino	292040	14.600	12.000,00	1.000,00
Mansidão	292045	13.598	12.000,00	1.000,00
Maracás	292050	24.491	20.442,32	1.703,53
Maragogipe	292060	45.740	27.444,00	2.287,00
Maraú	292070	21.016	12.609,60	1.050,80
Marcionílio Souza	292080	11.026	12.000,00	1.000,00
Mascote	292090	15.221	12.000,00	1.000,00
Mata de São João	292100	44.538	26.722,80	2.226,90
Matina	292105	12.114	12.000,00	1.000,00
Medeiros Neto	292110	23.358	14.014,80	1.167,90
Miguel Calmon	292120	27.569	16.541,40	1.378,45
Milagres	292130	11.569	12.000,00	1.000,00
Mirangaba	292140	17.714	12.000,00	1.000,00
Mirante	292145	10.270	12.000,00	1.000,00
Monte Santo	292150	54.884	32.930,40	2.744,20
Morpará	292160	8.987	12.000,00	1.000,00
Morro do Chapéu	292170	37.326	22.395,60	1.866,30
Mortugaba	292180	12.421	12.000,00	1.000,00
Mucugê	292190	10.568	12.000,00	1.000,00
Mucuri	292200	39.927	23.956,20	1.996,35
Mulungu do Morro	292205	12.191	12.000,00	1.000,00
Mundo Novo	292210	26.518	15.910,80	1.325,90
Muniz Ferreira	292220	7.825	12.000,00	1.000,00
Muquém de São Francisco	292225	11.465	12.000,00	1.000,00
Muritiba	292230	30.635	18.381,00	1.531,75
Mutuípe	292240	22.928	13.756,80	1.146,40
Nazaré	292250	29.122	17.473,20	1.456,10
Nilo Peçanha	292260	13.555	12.000,00	1.000,00
Nordestina	292265	13.216	12.000,00	1.000,00
Nova Canaã	292270	17.013	12.000,00	1.000,00
Nova Fátima	292273	8.083	12.000,00	1.000,00
Nova Ibiá	292275	6.913	12.000,00	1.000,00
Nova Itarana	292280	8.058	12.000,00	1.000,00
Nova Redenção	292285	8.527	12.000,00	1.000,00
Nova Soure	292290	25.725	15.435,00	1.286,25
Nova Viçosa	292300	42.265	25.359,00	2.113,25
Novo Horizonte	292303	11.786	12.000,00	1.000,00
Novo Triunfo	292305	15.943	12.000,00	1.000,00
Olindina	292310	26.620	15.972,00	1.331,00
Oliveira dos Brejinhos	292320	22.738	13.642,80	1.136,90
Ouriçangas	292330	8.804	12.000,00	1.000,00
Ourolândia	292335	17.603	12.000,00	1.000,00
Palmas de Monte Alto	292340	22.260	13.356,00	1.113,00
Palmeiras	292350	9.122	12.000,00	1.000,00
Paramirim	292360	21.838	13.102,80	1.091,90
Paratinga	292370	32.258	19.354,80	1.612,90
Paripiranga	292380	29.654	17.792,40	1.482,70
Pau Brasil	292390	11.166	12.000,00	1.000,00
Paulo Afonso	292400	117.377	70.426,20	5.868,85
Pé de Serra	292405	14.478	12.000,00	1.000,00
Pedrão	292410	7.450	12.000,00	1.000,00
Pedro Alexandre	292420	18.051	12.000,00	1.000,00
Pilão Arcado	292440	35.237	21.142,20	1.761,85
Pindaí	292450	16.708	12.000,00	1.000,00
Pindobaçu	292460	21.113	12.667,80	1.055,65
Pintadas	292465	10.798	12.000,00	1.000,00
Piraí do Norte	292467	10.415	12.000,00	1.000,00
Piripá	292470	12.678	12.000,00	1.000,00
Piritiba	292480	24.462	14.677,20	1.223,10
Planaltino	292490	9.516	12.000,00	1.000,00
Planalto	292500	26.225	15.735,00	1.311,25
Poções	292510	48.576	29.145,60	2.428,80
Pojuca	292520	36.551	21.930,60	1.827,55
Ponto Novo	292525	16.321	12.000,00	1.000,00
Porto Seguro	292530	141.006	84.603,60	7.050,30
Potiraguá	292540	9.574	12.000,00	1.000,00
Prado	292550	29.095	17.457,00	1.454,75
Presidente Dutra	292560	14.629	12.000,00	1.000,00
Presidente Jânio Quadros	292570	13.442	12.000,00	1.000,00
Presidente Tancredo Neves	292575	26.238	15.742,80	1.311,90
Queimadas	292580	26.023	15.613,80	1.301,15
Quijingue	292590	28.996	17.397,60	1.449,80
Quixabeira	292593	10.045	12.000,00	1.000,00
Rafael Jambeiro	292595	24.258	14.554,80	1.212,90
Remanso	292600	41.824	25.094,40	2.091,20
Retirolândia	292610	13.092	12.000,00	1.000,00
Riachão das Neves	292620	23.209	13.925,40	1.160,45
Riachão do Jacuípe	292630	35.237	21.142,20	1.761,85
Riacho de Santana	292640	35.586	21.351,60	1.779,30
Ribeira do Amparo	292650	15.186	12.000,00	1.000,00
Ribeira do Pombal	292660	50.805	30.483,00	2.540,25
Ribeirão do Largo	292665	9.195	12.000,00	1.000,00
Rio de Contas	292670	13.592	12.000,00	1.000,00
Rio do Antônio	292680	15.427	12.000,00	1.000,00
Rio do Pires	292690	12.033	12.000,00	1.000,00
Rio Real	292700	40.203	24.121,80	2.010,15
Rodelas	292710	8.632	12.000,00	1.000,00
Ruy Barbosa	292720	31.799	19.079,40	1.589,95
Salinas da Margarida	292730	14.937	12.000,00	1.000,00
Salvador	292740	2.883.682	1.730.209,20	144.184,10
Santa Bárbara	292750	20.509	12.305,40	1.025,45
Santa Brígida	292760	15.381	12.000,00	1.000,00
Santa Cruz Cabrália	292770	27.854	16.712,40	1.392,70
Santa Cruz da Vitória	292780	6.808	12.000,00	1.000,00
Santa Inês	292790	10.884	12.000,00	1.000,00
Santa Luzia	292805	13.710	12.000,00	1.000,00
Santa Maria da Vitória	292810	41.824	25.094,40	2.091,20
Santa Rita de Cássia	292840	28.349	17.009,40	1.417,45
Santa Teresinha	292850	10.423	12.000,00	1.000,00
Santaluz	292800	36.452	21.871,20	1.822,60
Santana	292820	26.998	16.198,80	1.349,90
Santanópolis	292830	9.370	12.000,00	1.000,00
Santo Amaro	292860	61.407	36.844,20	3.070,35
Santo Antônio de Jesus	292870	99.407	59.644,20	4.970,35
Santo Estêvão	292880	52.186	31.311,60	2.609,30
São Desidério	292890	31.785	19.071,00	1.589,25
São Domingos	292895	9.820	12.000,00	1.000,00
São Felipe	292910	21.513	12.907,80	1.075,65
São Félix	292900	15.004	12.000,00	1.000,00
São Félix do Coribe	292905	15.443	12.000,00	1.000,00
São Francisco do Conde	292920	36.677	22.006,20	1.833,85
São Gabriel	292925	19.495	12.000,00	1.000,00
São Gonçalo dos Campos	292930	36.641	21.984,60	1.832,05
São José da Vitória	292935	6.202	12.000,00	1.000,00
São José do Jacuípe	292937	10.938	12.000,00	1.000,00
São Miguel das Matas	292940	11.105	12.000,00	1.000,00
São Sebastião do Passé	292950	45.090	27.054,00	2.254,50
Sapeaçu	292960	17.594	12.000,00	1.000,00
Sátiro Dias	292970	20.195	12.117,00	1.009,75
Saubara	292975	12.078	12.000,00	1.000,00
Saúde	292980	12.644	12.000,00	1.000,00
Seabra	292990	44.765	26.859,00	2.238,25
Sebastião Laranjeiras	293000	11.336	12.000,00	1.000,00
Senhor do Bonfim	293010	80.258	48.154,80	4.012,90
Sento Sé	293020	40.720	24.432,00	2.036,00
Serra do Ramalho	293015	33.034	19.820,40	1.651,70
Serra Dourada	293030	18.467	12.000,00	1.000,00
Serra Preta	293040	15.672	12.000,00	1.000,00
Serrinha	293050	82.157	49.294,20	4.107,85
Serrolândia	293060	13.238	12.000,00	1.000,00
Simões Filho	293070	129.964	77.978,40	6.498,20
Sítio do Mato	293075	13.188	12.000,00	1.000,00
Sítio do Quinto	293076	12.317	12.000,00	1.000,00
Sobradinho	293077	23.435	14.061,00	1.171,75
Souto Soares	293080	17.073	12.000,00	1.000,00
Tabocas do Brejo Velho	293090	12.990	12.000,00	1.000,00
Tanhaçu	293100	21.246	12.747,60	1.062,30
Tanque Novo	293105	17.493	12.000,00	1.000,00
Tanquinho	293110	8.510	12.000,00	1.000,00
Taperoá	293120	20.474	12.284,40	1.023,70
Tapiramutá	293130	17.345	12.000,00	1.000,00
Teixeira de Freitas	293135	153.385	92.031,00	7.669,25
Teodoro Sampaio	293140	8.125	12.000,00	1.000,00
Teofilândia	293150	22.873	13.723,80	1.143,65
Teolândia	293160	15.016	12.000,00	1.000,00
Terra Nova	293170	13.526	12.000,00	1.000,00
Tremedal	293180	18.560	12.000,00	1.000,00
Tucano	293190	55.923	33.553,80	2.796,15
Uauá	293200	25.274	15.164,40	1.263,70
Ubaíra	293210	21.897	13.138,20	1.094,85
Ubaitaba	293220	21.183	12.709,80	1.059,15
Ubatã	293230	27.312	16.387,20	1.365,60
Uibaí	293240	14.436	12.000,00	1.000,00
Umburanas	293245	18.635	12.000,00	1.000,00
Una	293250	22.989	14.001,20	1.166,77
Urandi	293260	17.239	12.000,00	1.000,00
Uruçuca	293270	22.004	13.202,40	1.100,20
Utinga	293280	19.516	12.000,00	1.000,00
Valença	293290	96.287	57.772,20	4.814,35
Várzea da Roça	293305	14.654	12.000,00	1.000,00
Várzea do Poço	293310	9.309	12.000,00	1.000,00
Várzea Nova	293315	13.581	12.000,00	1.000,00
Varzedo	293317	9.449	12.000,00	1.000,00
Vera Cruz	293320	41.524	24.914,40	2.076,20
Vereda	293325	6.781	12.000,00	1.000,00
Vitória da Conquista	293330	336.987	202.192,20	16.849,35

Wagner	293340	9.504	12.000,00	1.000,00
Wanderley	293345	13.089	12.000,00	1.000,00
Wenceslau Guimarães	293350	23.046	13.827,60	1.152,30
Xique-Xique	293360	48.100	28.860,00	2.405,00
TOTAIS	417	15.044.137	10.113.108,04	842.759,00
CEARÁ	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal
Abaiara	230010	11.089	12.000,00	1.000,00
Acarape	230015	16.011	12.000,00	1.000,00
Acaraú	230020	60.137	36.082,20	3.006,85
Acopiara	230030	52.661	31.596,60	2.633,05
Aiuaba	230040	16.784	12.000,00	1.000,00
Alcântaras	230050	11.171	12.000,00	1.000,00
Altaneira	230060	7.196	12.000,00	1.000,00
Alto Santo	230070	16.767	12.000,00	1.000,00
Amontada	230075	41.227	24.736,20	2.061,35
Antonina do Norte	230080	7.172	12.000,00	1.000,00
Apuiarés	230090	14.397	12.000,00	1.000,00
Aquiraz	230100	76.186	45.711,60	3.809,30
Aracati	230110	71.749	43.049,40	3.587,45
Aracoiaba	230120	25.988	15.592,80	1.299,40
Ararendá	230125	10.723	12.000,00	1.000,00
Araripe	230130	21.170	12.707,86	1.058,99
Aratuba	230140	11.482	12.000,00	1.000,00
Arneiroz	230150	7.766	12.000,00	1.000,00
Assaré	230160	22.988	13.792,80	1.149,40
Aurora	230170	24.716	14.829,60	1.235,80
Baixio	230180	6.165	12.000,00	1.000,00
Banabuiú	230185	17.775	12.000,00	1.000,00
Barbalha	230190	57.818	34.690,80	2.890,90
Barreira	230195	20.371	12.222,60	1.018,55
Barro	230200	22.104	13.262,40	1.105,20
Barroquinha	230205	14.771	12.000,00	1.000,00
Baturité	230210	34.512	20.707,20	1.725,60
Beberibe	230220	51.442	30.865,20	2.572,10
Bela Cruz	230230	31.804	19.082,40	1.590,20
Boa Viagem	230240	53.608	32.164,80	2.680,40
Brejo Santo	230250	47.218	28.330,80	2.360,90
Camocim	230260	61.918	37.150,80	3.095,90
Campos Sales	230270	27.030	16.218,00	1.351,50
Canindé	230280	76.439	45.863,40	3.821,95
Capistrano	230290	17.470	12.000,00	1.000,00
Caridade	230300	21.236	12.741,60	1.061,80
Cariré	230310	18.629	12.000,00	1.000,00
Cariríaçu	230320	26.821	16.092,60	1.341,05
Cariús	230330	18.815	12.000,00	1.000,00
Carnaubal	230340	17.282	12.000,00	1.000,00
Cascavel	230350	68.926	41.355,60	3.446,30
Catarina	230360	19.676	12.000,00	1.000,00
Catunda	230365	10.218	12.000,00	1.000,00
Caucaia	230370	344.936	206.961,60	17.246,80
Cedro	230380	24.958	14.974,80	1.247,90
Chaval	230390	12.865	12.000,00	1.000,00
Choró	230393	13.195	12.000,00	1.000,00
Chorozinho	230395	19.187	12.000,00	1.000,00
Coreaú	230400	22.653	13.591,80	1.132,65
Crateús	230410	74.103	44.461,80	3.705,15
Crato	230420	126.591	75.954,60	6.329,55
Croatá	230423	17.569	12.000,00	1.000,00
Cruz	230425	23.344	14.006,40	1.167,20
Deputado Irapuan Pinheiro	230426	9.360	12.000,00	1.000,00
Ererê	230427	7.041	12.000,00	1.000,00
Eusébio	230428	49.455	29.673,00	2.472,75
Farias Brito	230430	19.015	12.000,00	1.000,00
Forquilha	230435	22.998	13.798,80	1.149,90
Fortaleza	230440	2.551.806	1.531.083,60	127.590,30
Fortim	230445	15.603	12.000,00	1.000,00
Frecheirinha	230450	13.402	12.000,00	1.000,00
General Sampaio	230460	6.591	12.000,00	1.000,00
Graça	230465	15.281	12.000,00	1.000,00
Granja	230470	53.435	32.061,00	2.671,75
Granjeiro	230480	4.569	12.000,00	1.000,00
Groaíras	230490	10.668	12.000,00	1.000,00
Guaiúba	230495	25.310	15.186,00	1.265,50
Guaraciaba do Norte	230500	38.832	23.299,20	1.941,60
Guaramiranga	230510	3.909	12.000,00	1.000,00
Hidrolândia	230520	19.882	12.000,00	1.000,00
Horizonte	230523	60.584	36.350,40	3.029,20
Ibaretama	230526	13.155	12.000,00	1.000,00
Ibiapina	230530	24.458	14.674,80	1.222,90
Ibicuitinga	230533	11.890	12.000,00	1.000,00
Icapuí	230535	19.129	12.000,00	1.000,00
Icó	230540	66.885	40.131,00	3.344,25
Iguatu	230550	100.053	60.031,80	5.002,65
Independência	230560	25.946	15.567,60	1.297,30
Ipaporanga	230565	11.500	12.000,00	1.000,00
Ipaumirim	230570	12.256	12.000,00	1.000,00
Ipu	230580	41.190	24.714,00	2.059,50
Ipueiras	230590	38.159	22.895,40	1.907,95
Iracema	230600	14.011	12.000,00	1.000,00
Irauçuba	230610	23.202	13.921,20	1.160,10
Itaiçaba	230620	7.567	12.000,00	1.000,00
Itaitinga	230625	37.705	22.623,00	1.885,25
Itapagé	230630	50.211	30.126,60	2.510,55
Itapipoca	230640	122.220	73.332,00	6.111,00
Itapiúna	230650	19.409	12.000,00	1.000,00
Itarema	230655	39.494	23.696,40	1.974,70
Itatira	230660	19.861	12.000,00	1.000,00
Jaguaretama	230670	18.040	12.000,00	1.000,00
Jaguaribara	230680	10.892	12.000,00	1.000,00
Jaguaruana	230700	33.174	19.904,40	1.658,70
Jardim	230710	27.067	16.240,20	1.353,35
Jati	230720	7.764	12.000,00	1.000,00
Jijoca de Jericoacoara	230725	18.292	12.000,00	1.000,00
Juazeiro do Norte	230730	261.289	156.773,40	13.064,45
Jucás	230740	24.351	14.610,60	1.217,55
Lavras da Mangabeira	230750	31.435	18.861,00	1.571,75
Limoeiro do Norte	230760	57.372	34.423,20	2.868,60
Madalena	230763	19.017	12.000,00	1.000,00
Maracanaú	230765	217.922	130.753,20	10.896,10
Maranguape	230770	120.405	72.243,00	6.020,25
Marco	230780	25.944	15.566,40	1.297,20
Martinópole	230790	10.693	12.000,00	1.000,00
Massapê	230800	36.854	22.112,40	1.842,70
Mauriti	230810	45.640	27.384,00	2.282,00
Meruoca	230820	14.377	12.000,00	1.000,00
Milagres	230830	28.487	17.092,20	1.424,35
Milhã	230835	13.207	12.000,00	1.000,00
Miraíma	230837	13.259	12.000,00	1.000,00
Missão Velha	230840	35.056	21.033,60	1.752,80
Mombaça	230850	43.493	26.541,50	2.211,79
Monsenhor Tabosa	230860	16.984	12.000,00	1.000,00
Morada Nova	230870	62.287	37.372,20	3.114,35
Moraújo	230880	8.393	12.000,00	1.000,00
Morrinhos	230890	21.561	12.936,60	1.078,05
Mucambo	230900	14.335	12.000,00	1.000,00
Mulungu	230910	12.196	12.000,00	1.000,00
Nova Olinda	230920	14.908	12.000,00	1.000,00
Nova Russas	230930	31.692	19.015,20	1.584,60
Novo Oriente	230940	28.075	16.845,00	1.403,75
Ocara	230945	24.829	14.897,40	1.241,45
Orós	230950	21.503	12.901,80	1.075,15
Pacajus	230960	66.510	39.906,00	3.325,50
Pacatuba	230970	77.723	46.633,80	3.886,15
Pacoti	230980	11.857	12.000,00	1.000,00
Pacujá	230990	6.131	12.000,00	1.000,00
Palhano	231000	9.126	12.000,00	1.000,00
Palmácia	231010	12.624	12.000,00	1.000,00
Paracuru	231020	32.919	19.751,40	1.645,95
Paraipaba	231025	31.413	18.847,80	1.570,65
Parambu	231030	31.462	18.877,20	1.573,10
Paramoti	231040	11.517	12.000,00	1.000,00
Pedra Branca	231050	42.643	25.585,80	2.132,15
Penaforte	231060	8.666	12.000,00	1.000,00
Pentecoste	231070	36.442	21.865,20	1.822,10
Pereiro	231080	16.063	12.000,00	1.000,00
Pindoretama	231085	19.733	12.000,00	1.000,00
Piquet Carneiro	231090	16.169	12.000,00	1.000,00
Pires Ferreira	231095	10.556	12.000,00	1.000,00
Poranga	231100	12.203	12.000,00	1.000,00
Porteiras	231110	15.108	12.000,00	1.000,00
Potengi	231120	10.651	12.000,00	1.000,00
Potiretama	231123	6.278	12.000,00	1.000,00
Quiterianópolis	231126	20.505	12.303,00	1.025,25
Quixadá	231130	83.990	50.394,00	4.199,50
Quixelô	231135	15.046	12.000,00	1.000,00
Quixeramobim	231140	75.565	45.339,00	3.778,25
Quixeré	231150	21.241	12.744,60	1.062,05
Redenção	231160	27.088	16.252,80	1.354,40
Reriutaba	231170	19.281	12.000,00	1.000,00
Russas	231180	73.436	44.061,60	3.671,80
Saboeiro	231190	15.835	12.000,00	1.000,00
Salitre	231195	15.976	12.000,00	1.000,00
Santa Quitéria	231220	43.358	26.014,80	2.167,90
Santana do Acaraú	231200	31.133	18.679,80	1.556,65
Santana do Cariri	231210	17.445	12.000,00	1.000,00
São Benedito	231230	45.653	27.391,80	2.282,65
São Gonçalo do Amarante	231240	46.247	27.748,20	2.312,35
São João do Jaguaribe	231250	7.829	12.000,00	1.000,00
São Luís do Curu	231260	12.663	12.000,00	1.000,00
Senador Pompeu	231270	26.656	15.993,60	1.332,80
Senador Sá	231280	7.210	12.000,00	1.000,00
Sobral	231290	197.663	118.597,80	9.883,15
Solonópole	231300	18.025	12.000,00	1.000,00
Tabuleiro do Norte	231310	30.018	18.010,80	1.500,90
Tamboril	231320	25.675	15.405,00	1.283,75
Tarrafas	231325	8.949	12.000,00	1.000,00
Tauá	231330	57.246	34.347,60	2.862,30
Tejuçuoca	231335	18.083	12.000,00	1.000,00
Tianguá	231340	72.110	43.266,00	3.605,50
Trairi	231350	53.561	32.136,60	2.678,05
Tururu	231355	15.224	12.000,00	1.000,00
Ubajara	231360	33.205	19.923,00	1.660,25
Umari	231370	7.660	12.000,00	1.000,00
Umirim	231375	19.349	12.000,00	1.000,00
Uruburetama	231380	20.768	12.460,80	1.038,40
Uruoca	231390	13.348	12.000,00	1.000,00
Varjota	231395	18.024	12.000,00	1.000,00
Várzea Alegre	231400	39.651	23.790,60	1.982,55
Viçosa do Ceará	231410	57.719	34.631,40	2.885,95
TOTAIS	184	8.778.576	5.617.241,16	468.103,43
DISTRITO FEDERAL	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal
Brasília	530010	2.789.761	1.673.856,60	139.488,05
TOTAIS	1	2.789.761	1.673.856,60	139.488,05
ESPÍRITO SANTO				
Afonso Cláudio	320010	32.551	19.530,60	1.627,55
Água Doce do Norte	320016	12.164	12.000,00	1.000,00
Águia Branca	320013	10.045	12.000,00	1.000,00
Alegre	320020	32.267	19.360,20	1.613,35
Alfredo Chaves	320030	14.859	12.000,00	1.000,00
Alto Rio Novo	320035	7.841	12.000,00	1.000,00
Anchieta	320040	26.658	15.994,80	1.332,90
Apiacá	320050	7.916	12.000,00	1.000,00
Aracruz	320060	91.562	54.937,20	4.578,10
Atilio Vivacqua	320070	10.862	12.000,00	1.000,00
Barra de São Francisco	320090	43.882	26.329,20	2.194,10
Boa Esperança	320100	15.169	12.000,00	1.000,00
Bom Jesus do Norte	320110	10.095	12.000,00	1.000,00
Brejetuba	320115	12.669	12.000,00	1.000,00
Cachoeiro de Itapemirim	320120	205.213	123.127,80	10.260,65
Cariacica	320130	375.974	225.584,40	18.798,70
Castelo	320140	37.331	22.398,60	1.866,55

Colatina	320150	120.677	72.406,20	6.033,85
Conceição da Barra	320160	30.659	18.395,40	1.532,95
Conceição do Castelo	320170	12.579	12.000,00	1.000,00
Divino de São Lourenço	320180	4.688	12.000,00	1.000,00
Domingos Martins	320190	34.059	20.435,40	1.702,95
Dores do Rio Preto	320200	6.827	12.000,00	1.000,00
Ecoporanga	320210	24.327	14.596,20	1.216,35
Fundão	320220	19.177	12.000,00	1.000,00
Governador Lindenberg	320225	11.953	12.000,00	1.000,00
Guaçuí	320230	30.144	18.086,40	1.507,20
Guarapari	320240	116.278	69.766,80	5.813,90
Ibatiba	320245	24.575	14.745,00	1.228,75
Ibiraçu	320250	12.124	12.000,00	1.000,00
Ibitirama	320255	9.400	12.000,00	1.000,00
Iconha	320260	13.548	12.000,00	1.000,00
Irupi	320265	12.798	12.000,00	1.000,00
Itaguaçu	320270	14.844	12.000,00	1.000,00
Itapemirim	320280	33.610	20.166,00	1.680,50
Itarana	320290	11.349	12.000,00	1.000,00
Iúna	320300	29.258	17.554,80	1.462,90
Jaguaré	320305	27.599	16.559,40	1.379,95
Jerônimo Monteiro	320310	11.707	12.000,00	1.000,00
João Neiva	320313	16.869	12.000,00	1.000,00
Laranja da Terra	320316	11.418	12.000,00	1.000,00
Linhares	320320	157.814	94.688,40	7.890,70
Mantenópolis	320330	14.808	12.000,00	1.000,00
Marataízes	320332	37.140	22.284,00	1.857,00
Marechal Floriano	320334	15.689	12.000,00	1.000,00
Marilândia	320335	12.092	12.000,00	1.000,00
Mimoso do Sul	320340	27.309	16.385,40	1.365,45
Montanha	320350	19.049	12.000,00	1.000,00
Mucurici	320360	5.909	12.000,00	1.000,00
Muniz Freire	320370	19.081	12.000,00	1.000,00
Muqui	320380	15.438	12.000,00	1.000,00
Nova Venécia	320390	49.564	29.738,40	2.478,20
Pancas	320400	23.125	13.875,00	1.156,25
Pedro Canário	320405	25.700	15.420,00	1.285,00
Pinheiros	320410	26.023	15.613,80	1.301,15
Piúma	320420	20.082	12.049,20	1.004,10
Ponto Belo	320425	7.590	12.000,00	1.000,00
Presidente Kennedy	320430	11.130	12.000,00	1.000,00
Rio Bananal	320435	18.892	12.000,00	1.000,00
Rio Novo do Sul	320440	11.993	12.000,00	1.000,00
Santa Leopoldina	320450	12.881	12.000,00	1.000,00
Santa Maria de Jetibá	320455	37.720	22.632,00	1.886,00
Santa Teresa	320460	23.432	14.059,20	1.171,60
São Domingos do Norte	320465	8.595	12.000,00	1.000,00
São Gabriel da Palha	320470	35.232	21.139,20	1.761,60
São José do Calçado	320480	10.987	12.000,00	1.000,00
São Mateus	320490	120.725	72.435,00	6.036,25
São Roque do Canaã	320495	12.179	12.000,00	1.000,00
Serra	320500	467.318	280.390,80	23.365,90
Sooretama	320501	26.843	16.105,80	1.342,15
Vargem Alta	320503	20.744	12.446,40	1.037,20
Venda Nova do Imigrante	320506	22.873	13.723,80	1.143,65
Viana	320510	72.115	43.269,00	3.605,75
Vila Pavão	320515	9.272	12.000,00	1.000,00
Vila Valério	320517	14.614	12.000,00	1.000,00
Vila Velha	320520	458.489	275.093,40	22.924,45
Vitória	320530	348.268	208.960,80	17.413,40
TOTAIS	78	3.839.366	2.488.959,60	207.413,30
GOIÁS	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal
Abadia de Goiás	520005	7.567	12.000,00	1.000,00
Abadiânia	520010	17.326	12.000,00	1.000,00
Acreúna	520013	21.366	12.819,60	1.068,30
Adelândia	520015	2.550	12.000,00	1.000,00
Água Fria de Goiás	520017	5.395	12.000,00	1.000,00
Água Limpa	520020	2.021	12.000,00	1.000,00
Águas Lindas de Goiás	520025	177.890	106.734,00	8.894,50
Alexânia	520030	25.468	15.280,80	1.273,40
Aloândia	520050	2.089	12.000,00	1.000,00
Alto Horizonte	520055	5.140	12.000,00	1.000,00
Alto Paraíso de Goiás	520060	7.262	12.000,00	1.000,00
Alvorada do Norte	520080	8.448	12.000,00	1.000,00
Amaralina	520082	3.625	12.000,00	1.000,00
Americano do Brasil	520085	5.813	12.000,00	1.000,00
Amorinópolis	520090	3.570	12.000,00	1.000,00
Anápolis	520110	357.402	214.441,20	17.870,10
Anhanguera	520120	1.082	12.000,00	1.000,00
Anicuns	520130	21.195	12.717,00	1.059,75
Aparecida de Goiânia	520140	500.619	300.371,40	25.030,95
Aparecida do Rio Doce	520145	2.501	12.000,00	1.000,00
Aporé	520150	4.008	12.000,00	1.000,00
Araçu	520160	3.823	12.000,00	1.000,00
Aragarças	520170	19.267	12.000,00	1.000,00
Aragoiânia	520180	9.108	12.000,00	1.000,00
Araguapaz	520215	7.772	12.000,00	1.000,00
Arenópolis	520235	3.180	12.000,00	1.000,00
Aruanã	520250	8.335	12.000,00	1.000,00
Aurilândia	520260	3.599	12.000,00	1.000,00
Avelinópolis	520280	2.504	12.000,00	1.000,00
Baliza	520310	4.197	12.000,00	1.000,00
Barro Alto	520320	9.606	12.000,00	1.000,00
Bela Vista de Goiás	520330	26.642	15.985,20	1.332,10
Bom Jardim de Goiás	520340	8.752	12.000,00	1.000,00
Bom Jesus de Goiás	520350	22.479	13.487,40	1.123,95
Bonfinópolis	520355	8.319	12.000,00	1.000,00
Bonópolis	520357	3.838	12.000,00	1.000,00
Brazabrantes	520360	3.444	12.000,00	1.000,00
Buriti Alegre	520390	9.395	12.000,00	1.000,00
Buriti de Goiás	520393	2.606	12.000,00	1.000,00
Buritinópolis	520396	3.398	12.000,00	1.000,00
Cabeceiras	520400	7.717	12.000,00	1.000,00
Cachoeira Alta	520410	11.348	12.000,00	1.000,00
Cachoeira de Goiás	520420	1.436	12.000,00	1.000,00
Cachoeira Dourada	520425	8.414	12.000,00	1.000,00
Caçu	520430	14.364	12.000,00	1.000,00
Caiapônia	520440	17.773	12.000,00	1.000,00
Caldas Novas	520450	77.899	46.739,40	3.894,95
Caldazinha	520455	3.540	12.000,00	1.000,00
Campestre de Goiás	520460	3.539	12.000,00	1.000,00
Campinaçu	520465	3.745	12.000,00	1.000,00
Campinorte	520470	11.807	12.000,00	1.000,00
Campo Alegre de Goiás	520480	6.631	12.000,00	1.000,00
Campo Limpo de Goiás	520485	6.821	12.000,00	1.000,00
Campos Belos	520490	19.282	12.000,00	1.000,00
Campos Verdes	520495	4.365	12.000,00	1.000,00
Carmo do Rio Verde	520500	9.470	12.000,00	1.000,00
Castelândia	520505	3.676	12.000,00	1.000,00
Catalão	520510	94.896	56.937,60	4.744,80
Caturaí	520520	4.910	12.000,00	1.000,00
Cavalcante	520530	9.719	12.000,00	1.000,00
Ceres	520540	21.652	12.991,20	1.082,60
Cezarina	520545	8.026	12.000,00	1.000,00
Chapadão do Céu	520547	8.042	12.000,00	1.000,00
Cidade Ocidental	520549	61.552	36.931,20	3.077,60
Cocalzinho de Goiás	520551	18.623	12.000,00	1.000,00
Colinas do Sul	520552	3.575	12.000,00	1.000,00
Córrego do Ouro	520570	2.616	12.000,00	1.000,00
Corumbá de Goiás	520580	10.829	12.000,00	1.000,00
Corumbaíba	520590	8.809	12.000,00	1.000,00
Cristalina	520620	51.149	30.689,40	2.557,45
Cristianópolis	520630	3.016	12.000,00	1.000,00
Crixás	520640	16.487	12.000,00	1.000,00
Cromínia	520650	3.627	12.000,00	1.000,00
Cumari	520660	3.010	12.000,00	1.000,00
Damianópolis	520670	3.381	12.000,00	1.000,00
Damolândia	520680	2.869	12.000,00	1.000,00
Davinópolis	520690	2.119	12.000,00	1.000,00
Diorama	520710	2.544	12.000,00	1.000,00
Divinópolis de Goiás	520830	5.046	12.000,00	1.000,00
Doverlândia	520725	7.938	12.000,00	1.000,00
Edealina	520735	3.819	12.000,00	1.000,00
Edéia	520740	11.854	12.000,00	1.000,00
Estrela do Norte	520750	3.393	12.000,00	1.000,00
Faina	520753	7.064	12.000,00	1.000,00
Fazenda Nova	520760	6.298	12.000,00	1.000,00
Firminópolis	520780	12.342	12.000,00	1.000,00
Flores de Goiás	520790	13.596	12.000,00	1.000,00
Formosa	520800	108.503	65.101,80	5.425,15
Formoso	520810	4.835	12.000,00	1.000,00
Gameleira de Goiás	520815	3.545	12.000,00	1.000,00
Goianápolis	520840	11.001	12.000,00	1.000,00
Goiandira	520850	5.491	12.000,00	1.000,00
Goianésia	520860	63.938	38.362,80	3.196,90
Goiânia	520870	1.393.575	836.145,00	69.678,75
Goianira	520880	37.713	22.627,80	1.885,65
Goiás	520890	24.793	14.875,80	1.239,65
Goiatuba	520910	33.759	20.255,40	1.687,95
Gouvelândia	520915	5.334	12.000,00	1.000,00
Guapó	520920	14.397	12.000,00	1.000,00
Guaraíta	520929	2.333	12.000,00	1.000,00
Guarani de Goiás	520940	4.267	12.000,00	1.000,00
Guarinos	520945	2.221	12.000,00	1.000,00
Heitoraí	520960	3.704	12.000,00	1.000,00
Hidrolândia	520970	19.015	12.000,00	1.000,00
Hidrolina	520980	4.006	12.000,00	1.000,00
Iaciara	520990	13.159	12.000,00	1.000,00
Inaciolândia	520993	5.979	12.000,00	1.000,00
Indiara	520995	14.560	12.000,00	1.000,00
Inhumas	521000	50.736	30.441,60	2.536,80
Ipameri	521010	25.980	15.588,00	1.299,00
Ipiranga de Goiás	521015	2.930	12.000,00	1.000,00
Iporá	521020	32.143	19.285,80	1.607,15
Israelândia	521030	2.938	12.000,00	1.000,00
Itaberaí	521040	38.324	22.994,40	1.916,20
Itaguari	521056	4.673	12.000,00	1.000,00
Itaguaru	521060	5.521	12.000,00	1.000,00
Itajá	521080	5.050	12.000,00	1.000,00
Itapaci	521090	20.161	12.096,60	1.008,05
Itapirapuã	521100	7.264	12.000,00	1.000,00
Itapuranga	521120	26.695	16.017,00	1.334,75
Itarumã	521130	6.700	12.000,00	1.000,00
Itauçu	521140	8.893	12.000,00	1.000,00
Itumbiara	521150	98.484	59.090,40	4.924,20
Ivolândia	521160	2.651	12.000,00	1.000,00
Jandaia	521170	6.291	12.000,00	1.000,00
Jaraguá	521180	45.291	27.174,60	2.264,55
Jataí	521190	93.759	56.255,40	4.687,95
Jaupaci	521200	3.044	12.000,00	1.000,00
Jesúpolis	521205	2.411	12.000,00	1.000,00
Joviânia	521210	7.374	12.000,00	1.000,00
Jussara	521220	19.458	12.000,00	1.000,00
Lagoa Santa	521225	1.377	12.000,00	1.000,00
Leopoldo de Bulhões	521230	8.133	12.000,00	1.000,00
Luziânia	521250	188.181	119.316,35	9.943,03
Mairipotaba	521260	2.433	12.000,00	1.000,00
Mambaí	521270	7.596	12.000,00	1.000,00
Mara Rosa	521280	10.610	12.000,00	1.000,00
Marzagão	521290	2.169	12.000,00	1.000,00
Matrinchã	521295	4.510	12.000,00	1.000,00
Maurilândia	521300	12.513	12.000,00	1.000,00
Mimoso de Goiás	521305	2.730	12.000,00	1.000,00
Minaçu	521308	31.384	18.830,40	1.569,20
Mineiros	521310	58.062	34.837,20	2.903,10
Moiporá	521340	1.744	12.000,00	1.000,00
Montes Claros de Goiás	521370	8.210	12.000,00	1.000,00
Montividiu	521375	11.611	12.000,00	1.000,00
Montividiu do Norte	521377	4.325	12.000,00	1.000,00
Morrinhos	521380	43.792	26.275,20	2.189,60
Morro Agudo de Goiás	521385	2.387	12.000,00	1.000,00
Mossâmedes	521390	4.940	12.000,00	1.000,00
Mozarlândia	521400	14.360	12.000,00	1.000,00
Mundo Novo	521405	6.180	12.000,00	1.000,00

Mutunópolis	521410	3.928	12.000,00	1.000,00
Nazário	521440	8.421	12.000,00	1.000,00
Nerópolis	521450	26.364	15.818,40	1.318,20
Niquelândia	521460	44.540	26.724,00	2.227,00
Nova América	521470	2.342	12.000,00	1.000,00
Nova Aurora	521480	2.155	12.000,00	1.000,00
Nova Crixás	521483	12.488	12.000,00	1.000,00
Nova Glória	521486	8.633	12.000,00	1.000,00
Nova Iguaçu de Goiás	521487	2.926	12.000,00	1.000,00
Nova Roma	521490	3.504	12.000,00	1.000,00
Nova Veneza	521500	8.806	12.000,00	1.000,00
Novo Brasil	521520	3.445	12.000,00	1.000,00
Novo Gama	521523	103.085	61.851,00	5.154,25
Novo Planalto	521525	4.204	12.000,00	1.000,00
Orizona	521530	15.024	12.000,00	1.000,00
Ouro Verde de Goiás	521540	4.062	12.000,00	1.000,00
Ouvidor	521550	5.933	12.000,00	1.000,00
Padre Bernardo	521560	30.059	18.035,40	1.502,95
Palestina de Goiás	521565	3.482	12.000,00	1.000,00
Palmeiras de Goiás	521570	25.437	15.262,20	1.271,85
Palmelo	521580	2.407	12.000,00	1.000,00
Palminópolis	521590	3.656	12.000,00	1.000,00
Panamá	521600	2.733	12.000,00	1.000,00
Paranaiguara	521630	9.593	12.000,00	1.000,00
Paraúna	521640	11.175	12.000,00	1.000,00
Perolândia	521645	3.074	12.000,00	1.000,00
Petrolina de Goiás	521680	10.545	12.000,00	1.000,00
Pilar de Goiás	521690	2.703	12.000,00	1.000,00
Piracanjuba	521710	24.708	14.824,80	1.235,40
Piranhas	521720	11.314	12.000,00	1.000,00
Pirenópolis	521730	24.111	14.466,60	1.205,55
Pires do Rio	521740	30.232	18.139,20	1.511,60
Planaltina	521760	86.014	51.608,40	4.300,70
Pontalina	521770	17.749	12.000,00	1.000,00
Porangatu	521800	44.265	26.559,00	2.213,25
Porteirão	521805	3.577	12.000,00	1.000,00
Portelândia	521810	3.984	12.000,00	1.000,00
Posse	521830	33.712	20.227,20	1.685,60
Professor Jamil	521839	3.401	12.000,00	1.000,00
Quirinópolis	521850	46.187	27.712,20	2.309,35
Rialma	521860	10.899	12.000,00	1.000,00
Rianápolis	521870	4.747	12.000,00	1.000,00
Rio Quente	521878	3.724	12.000,00	1.000,00
Rio Verde	521880	197.048	118.228,80	9.852,40
Rubiataba	521890	19.661	12.000,00	1.000,00
Sanclerlândia	521900	7.766	12.000,00	1.000,00
Santa Bárbara de Goiás	521910	6.118	12.000,00	1.000,00
Santa Cruz de Goiás	521920	3.144	12.000,00	1.000,00
Santa Fé de Goiás	521925	5.073	12.000,00	1.000,00
Santa Helena de Goiás	521930	37.994	22.796,40	1.899,70
Santa Isabel	521935	3.814	12.000,00	1.000,00
Santa Rita do Araguaia	521940	7.599	12.000,00	1.000,00
Santa Rita do Novo Destino	521945	3.301	12.000,00	1.000,00
Santa Rosa de Goiás	521950	2.823	12.000,00	1.000,00
Santa Tereza de Goiás	521960	3.923	12.000,00	1.000,00
Santa Terezinha de Goiás	521970	10.142	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio da Barra	521971	4.644	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio de Goiás	521973	5.253	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio do Descoberto	521975	67.993	40.795,80	3.399,65
São Domingos	521980	12.016	12.000,00	1.000,00
São Francisco de Goiás	521990	6.315	12.000,00	1.000,00
São João da Paraúna	522005	1.649	12.000,00	1.000,00
São João d'Aliança	522000	11.467	12.000,00	1.000,00
São Luís de Montes Belos	522010	31.832	19.099,20	1.591,60
São Luíz do Norte	522015	4.884	12.000,00	1.000,00
São Miguel do Araguaia	522020	22.773	13.663,80	1.138,65
São Miguel do Passa Quatro	522026	3.935	12.000,00	1.000,00
São Patrício	522028	2.054	12.000,00	1.000,00
São Simão	522040	18.493	12.000,00	1.000,00
Senador Canedo	522045	95.018	57.010,80	4.750,90
Serranópolis	522050	7.962	12.000,00	1.000,00
Silvânia	522060	19.976	12.000,00	1.000,00
Simolândia	522068	6.773	12.000,00	1.000,00
Sítio d'Abadia	522070	2.941	12.000,00	1.000,00
Taquaral de Goiás	522100	3.628	12.000,00	1.000,00
Teresina de Goiás	522108	3.213	12.000,00	1.000,00
Terezópolis de Goiás	522119	7.132	12.000,00	1.000,00
Três Ranchos	522130	2.895	12.000,00	1.000,00
Trindade	522140	113.447	68.068,20	5.672,35
Trombas	522145	3.553	12.000,00	1.000,00
Turvânia	522150	4.897	12.000,00	1.000,00
Turvelândia	522155	4.751	12.000,00	1.000,00
Uirapuru	522157	2.986	12.000,00	1.000,00
Uruaçu	522160	38.854	23.312,40	1.942,70
Uruana	522170	14.184	12.000,00	1.000,00
Urutaí	522180	3.153	12.000,00	1.000,00
Valparaíso de Goiás	522185	146.694	88.016,40	7.334,70
Varjão	522190	3.798	12.000,00	1.000,00
Vianópolis	522200	13.227	12.000,00	1.000,00
Vicentinópolis	522205	7.933	12.000,00	1.000,00
Vila Boa	522220	5.246	12.000,00	1.000,00
Vila Propício	522230	5.460	12.000,00	1.000,00
TOTAIS	246	6.434.048	5.409.917,15	450.826,43
MARANHÃO	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal
Açailândia	210005	107.790	64.674,00	5.389,50
Afonso Cunha	210010	6.197	12.000,00	1.000,00
Água Doce do Maranhão	210015	12.028	12.000,00	1.000,00
Alcântara	210020	21.644	12.986,40	1.082,20
Altamira do Maranhão	210040	11.564	12.000,00	1.000,00
Alto Alegre do Maranhão	210043	25.748	15.448,80	1.287,40
Alto Alegre do Pindaré	210047	31.253	18.751,80	1.562,65
Alto Parnaíba	210050	10.904	12.000,00	1.000,00
Amapá do Maranhão	210055	6.669	12.000,00	1.000,00
Amarante do Maranhão	210060	39.544	23.726,40	1.977,20
Anajatuba	210070	26.339	15.803,40	1.316,95
Anapurus	210080	14.815	12.000,00	1.000,00
Apicum-Açu	210083	17.474	12.000,00	1.000,00
Araguanã	210087	14.658	12.000,00	1.000,00
Araioses	210090	44.317	26.590,20	2.215,85
Arame	210095	31.867	19.120,20	1.593,35
Arari	210100	28.986	17.391,60	1.449,30
Axixá	210110	11.706	12.000,00	1.000,00
Bacabal	210120	101.851	61.110,60	5.092,55
Bacabeira	210125	15.982	12.000,00	1.000,00
Bacuri	210130	17.164	12.000,00	1.000,00
Bacurituba	210135	5.440	12.000,00	1.000,00
Balsas	210140	89.126	53.475,60	4.456,30
Barão de Grajaú	210150	18.074	12.000,00	1.000,00
Barra do Corda	210160	85.022	51.013,20	4.251,10
Barreirinhas	210170	58.599	35.159,40	2.929,95
Bela Vista do Maranhão	210177	10.717	12.000,00	1.000,00
Belágua	210173	7.105	12.000,00	1.000,00
Benedito Leite	210180	5.510	12.000,00	1.000,00
Bequimão	210190	20.821	12.492,60	1.041,05
Bernardo do Mearim	210193	6.176	12.000,00	1.000,00
Boa Vista do Gurupi	210197	8.626	12.000,00	1.000,00
Bom Jardim	210200	40.134	24.080,40	2.006,70
Bom Jesus das Selvas	210203	31.320	18.792,00	1.566,00
Bom Lugar	210207	15.604	12.000,00	1.000,00
Brejo	210210	34.754	20.852,40	1.737,70
Brejo de Areia	210215	4.591	12.000,00	1.000,00
Buriti	210220	27.697	16.618,20	1.384,85
Buriti Bravo	210230	23.238	13.942,80	1.161,90
Buriticupu	210232	68.626	41.175,60	3.431,30
Buritirana	210235	15.008	12.000,00	1.000,00
Cachoeira Grande	210237	8.698	12.000,00	1.000,00
Cajapió	210240	10.822	12.000,00	1.000,00
Cajari	210250	18.751	12.000,00	1.000,00
Campestre do Maranhão	210255	13.808	12.000,00	1.000,00
Cândido Mendes	210260	19.426	12.000,00	1.000,00
Cantanhede	210270	21.125	12.675,00	1.056,25
Capinzal do Norte	210275	10.729	12.000,00	1.000,00
Carolina	210280	23.939	14.363,40	1.196,95
Carutapera	210290	22.811	13.686,60	1.140,55
Caxias	210300	159.396	95.637,60	7.969,80
Cedral	210310	10.414	12.000,00	1.000,00
Central do Maranhão	210312	8.255	12.000,00	1.000,00
Centro do Guilherme	210315	12.395	12.000,00	1.000,00
Centro Novo do Maranhão	210317	20.382	12.229,20	1.019,10
Chapadinha	210320	76.217	45.730,20	3.810,85
Cidelândia	210325	14.125	12.000,00	1.000,00
Codó	210330	119.641	71.784,60	5.982,05
Coelho Neto	210340	47.821	28.692,60	2.391,05
Colinas	210350	39.915	23.949,00	1.995,75
Conceição do Lago-Açu	210355	15.313	12.000,00	1.000,00
Coroatá	210360	63.154	37.892,40	3.157,70
Cururupu	210370	31.149	18.689,40	1.557,45
Davinópolis	210375	12.646	12.000,00	1.000,00
Dom Pedro	210380	22.844	13.706,40	1.142,20
Duque Bacelar	210390	10.942	12.000,00	1.000,00
Esperantinópolis	210400	17.460	12.000,00	1.000,00
Estreito	210405	38.932	23.359,20	1.946,60
Feira Nova do Maranhão	210407	8.263	12.000,00	1.000,00
Fernando Falcão	210408	9.783	12.000,00	1.000,00
Formosa da Serra Negra	210409	18.087	12.000,00	1.000,00
Fortaleza dos Nogueiras	210410	12.343	12.000,00	1.000,00
Fortuna	210420	15.212	12.000,00	1.000,00
Godofredo Viana	210430	11.046	12.000,00	1.000,00
Gonçalves Dias	210440	17.572	12.000,00	1.000,00
Governador Archer	210450	10.466	12.000,00	1.000,00
Governador Edison Lobão	210455	17.094	12.000,00	1.000,00
Governador Eugênio Barros	210460	16.312	12.000,00	1.000,00
Governador Luiz Rocha	210462	7.532	12.000,00	1.000,00
Governador Newton Bello	210465	10.113	12.000,00	1.000,00
Governador Nunes Freire	210467	25.262	15.157,20	1.263,10
Graça Aranha	210470	6.151	12.000,00	1.000,00
Grajaú	210480	65.078	39.046,80	3.253,90
Guimarães	210490	11.939	12.000,00	1.000,00
Humberto de Campos	210500	27.364	16.418,40	1.368,20
Icatu	210510	26.014	15.608,40	1.300,70
Igarapé do Meio	210515	13.347	12.000,00	1.000,00
Igarapé Grande	210520	11.431	12.000,00	1.000,00
Imperatriz	210530	251.468	150.880,80	12.573,40
Itaipava do Grajaú	210535	14.084	12.000,00	1.000,00
Itapecuru Mirim	210540	64.951	38.970,60	3.247,55
Itinga do Maranhão	210542	25.269	15.161,40	1.263,45
Jatobá	210545	9.360	12.000,00	1.000,00
Jenipapo dos Vieiras	210547	15.899	12.000,00	1.000,00
João Lisboa	210550	23.450	14.070,00	1.172,50
Joselândia	210560	15.755	12.000,00	1.000,00
Junco do Maranhão	210565	3.653	12.000,00	1.000,00
Lago da Pedra	210570	48.002	28.801,20	2.400,10
Lago do Junco	210580	9.873	12.000,00	1.000,00
Lago dos Rodrigues	210594	8.775	12.000,00	1.000,00
Lago Verde	210590	15.742	12.000,00	1.000,00
Lagoa do Mato	210592	10.989	12.000,00	1.000,00
Lagoa Grande do Maranhão	210596	12.687	12.000,00	1.000,00
Lajeado Novo	210598	7.211	12.000,00	1.000,00
Lima Campos	210600	11.580	12.000,00	1.000,00
Loreto	210610	11.714	12.000,00	1.000,00
Luís Domingues	210620	6.697	12.000,00	1.000,00
Magalhães de Almeida	210630	18.680	12.000,00	1.000,00
Maracaçumé	210632	20.268	12.160,80	1.013,40
Marajá do Sena	210635	7.721	12.000,00	1.000,00
Maranhãozinho	210637	15.011	12.000,00	1.000,00
Matinha	210650	22.515	13.509,00	1.125,75
Matões	210660	32.545	19.527,00	1.627,25
Matões do Norte	210663	15.322	12.000,00	1.000,00
Milagres do Maranhão	210667	8.237	12.000,00	1.000,00

Mirador	210670	20.576	12.345,60	1.028,80
Miranda do Norte	210675	26.419	15.851,40	1.320,95
Mirinzal	210680	14.504	12.000,00	1.000,00
Monção	210690	32.180	19.308,00	1.609,00
Montes Altos	210700	9.183	12.000,00	1.000,00
Morros	210710	18.544	12.000,00	1.000,00
Nina Rodrigues	210720	13.465	12.000,00	1.000,00
Nova Colinas	210725	5.120	12.000,00	1.000,00
Nova Iorque	210730	4.599	12.000,00	1.000,00
Nova Olinda do Maranhão	210735	19.963	12.000,00	1.000,00
Olho d'Água das Cunhãs	210740	18.934	12.000,00	1.000,00
Olinda Nova do Maranhão	210745	13.911	12.000,00	1.000,00
Paço do Lumiar	210750	113.378	68.026,80	5.668,90
Palmeirândia	210760	19.133	12.000,00	1.000,00
Paraibano	210770	20.636	12.381,60	1.031,80
Parnarama	210780	33.883	20.329,80	1.694,15
Passagem Franca	210790	18.216	12.000,00	1.000,00
Pastos Bons	210800	18.687	12.000,00	1.000,00
Paulino Neves	210805	15.234	12.000,00	1.000,00
Paulo Ramos	210810	20.514	12.308,40	1.025,70
Pedreiras	210820	39.337	23.602,20	1.966,85
Pedro do Rosário	210825	23.874	14.324,40	1.193,70
Penalva	210830	36.520	21.912,00	1.826,00
Peri Mirim	210840	13.956	12.000,00	1.000,00
Peritoró	210845	22.123	13.273,80	1.106,15
Pindaré-Mirim	210850	31.866	19.119,60	1.593,30
Pinheiro	210860	80.365	48.219,00	4.018,25
Pio XII	210870	21.512	12.907,20	1.075,60
Pirapemas	210880	17.917	12.000,00	1.000,00
Poção de Pedras	210890	18.633	12.000,00	1.000,00
Porto Franco	210900	22.651	13.590,60	1.132,55
Porto Rico do Maranhão	210905	5.943	12.000,00	1.000,00
Presidente Dutra	210910	46.039	27.623,40	2.301,95
Presidente Juscelino	210920	12.103	12.000,00	1.000,00
Presidente Médici	210923	6.674	12.000,00	1.000,00
Presidente Sarney	210927	17.988	12.000,00	1.000,00
Presidente Vargas	210930	11.105	12.000,00	1.000,00
Primeira Cruz	210940	14.588	12.000,00	1.000,00
Raposa	210945	28.543	17.125,80	1.427,15
Riachão	210950	20.011	12.309,70	1.025,81
Ribamar Fiquene	210955	7.514	12.000,00	1.000,00
Rosário	210960	40.983	24.589,80	2.049,15
Sambaíba	210970	5.538	12.000,00	1.000,00
Santa Filomena do Maranhão	210975	7.426	12.000,00	1.000,00
Santa Helena	210980	41.081	24.648,60	2.054,05
Santa Inês	210990	82.106	49.263,60	4.105,30
Santa Luzia	211000	75.444	45.266,40	3.772,20
Santa Luzia do Paruá	211003	23.256	13.953,60	1.162,80
Santa Quitéria do Maranhão	211010	24.706	14.823,60	1.235,30
Santa Rita	211020	34.710	20.826,00	1.735,50
Santana do Maranhão	211023	12.521	12.000,00	1.000,00
Santo Amaro do Maranhão	211027	14.828	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio dos Lopes	211030	14.289	12.000,00	1.000,00
São Benedito do Rio Preto	211040	18.118	12.000,00	1.000,00
São Bento	211050	42.867	25.720,20	2.143,35
São Bernardo	211060	27.369	16.421,40	1.368,45
São Domingos do Azeitão	211065	7.147	12.000,00	1.000,00
São Domingos do Maranhão	211070	33.725	20.235,00	1.686,25
São Félix de Balsas	211080	4.593	12.000,00	1.000,00
São Francisco do Brejão	211085	11.027	12.000,00	1.000,00
São Francisco do Maranhão	211090	11.955	12.000,00	1.000,00
São João Batista	211100	20.152	12.091,20	1.007,60
São João do Carú	211102	15.599	12.000,00	1.000,00
São João do Paraíso	211105	10.917	12.000,00	1.000,00
São João do Soter	211107	17.809	12.000,00	1.000,00
São João dos Patos	211110	25.199	15.119,40	1.259,95
São José de Ribamar	211120	170.423	102.253,80	8.521,15
São José dos Basílios	211125	7.507	12.000,00	1.000,00
São Luís	211130	1.053.922	632.353,20	52.696,10
São Luís Gonzaga do Maranhão	211140	19.510	12.000,00	1.000,00
São Mateus do Maranhão	211150	40.095	24.057,00	2.004,75
São Pedro da Água Branca	211153	12.287	12.000,00	1.000,00
São Pedro dos Crentes	211157	4.520	12.000,00	1.000,00
São Raimundo das Mangabeiras	211160	18.093	12.000,00	1.000,00
São Raimundo do Doca Bezerra	211163	5.554	12.000,00	1.000,00
São Roberto	211167	6.329	12.000,00	1.000,00
São Vicente Ferrer	211170	21.445	12.867,00	1.072,25
Satubinha	211172	12.959	12.000,00	1.000,00
Senador Alexandre Costa	211174	10.657	12.000,00	1.000,00
Senador La Rocque	211176	14.315	12.000,00	1.000,00
Serrano do Maranhão	211178	10.693	12.000,00	1.000,00
Sítio Novo	211180	17.449	12.000,00	1.000,00
Sucupira do Norte	211190	10.454	12.000,00	1.000,00
Sucupira do Riachão	211195	5.498	12.000,00	1.000,00
Tasso Fragoso	211200	8.130	12.000,00	1.000,00
Timbiras	211210	28.368	17.020,80	1.418,40
Timon	211220	161.721	97.032,60	8.086,05
Trizidela do Vale	211223	19.559	12.000,00	1.000,00
Tufilândia	211227	5.681	12.000,00	1.000,00
Tuntum	211230	40.273	24.163,80	2.013,65
Turiaçu	211240	34.554	20.732,40	1.727,70
Turilândia	211245	24.190	14.514,00	1.209,50
Tutóia	211250	55.705	33.423,00	2.785,25
Urbano Santos	211260	31.335	18.801,00	1.566,75
Vargem Grande	211270	52.937	31.762,20	2.646,85
Viana	211280	50.687	30.412,20	2.534,35
Vila Nova dos Martírios	211285	12.352	12.000,00	1.000,00
Vitória do Mearim	211290	31.793	19.075,80	1.589,65
Vitorino Freire	211300	30.959	18.575,40	1.547,95
Zé Doca	211400	49.848	29.908,80	2.492,40
TOTAIS	217	6.794.301	4.664.490,10	388.707,51

MINAS GERAIS	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal
Abaeté	310020	23.451	14.070,60	1.172,55
Abre Campo	310030	13.703	12.000,00	1.000,00
Acaiaca	310040	4.045	12.000,00	1.000,00
Açucena	310050	10.297	12.000,00	1.000,00
Água Boa	310060	15.034	12.000,00	1.000,00
Água Comprida	310070	2.070	12.000,00	1.000,00
Aguanil	310080	4.293	12.000,00	1.000,00
Águas Formosas	310090	19.186	12.000,00	1.000,00
Águas Vermelhas	310100	13.306	12.000,00	1.000,00
Aimorés	310110	25.675	15.405,00	1.283,75
Aiuruoca	310120	6.274	12.000,00	1.000,00
Alagoa	310130	2.768	12.000,00	1.000,00
Albertina	310140	3.018	12.000,00	1.000,00
Além Paraíba	310150	35.559	21.335,40	1.777,95
Alfenas	310160	77.618	46.570,80	3.880,90
Alfredo Vasconcelos	310163	6.490	12.000,00	1.000,00
Almenara	310170	40.749	24.449,40	2.037,45
Alpercata	310180	7.437	12.000,00	1.000,00
Alpinópolis	310190	19.391	12.000,00	1.000,00
Alterosa	310200	14.306	12.000,00	1.000,00
Alto Caparaó	310205	5.605	12.000,00	1.000,00
Alto Jequitibá	315350	8.535	12.000,00	1.000,00
Alto Rio Doce	310210	12.120	12.000,00	1.000,00
Alvarenga	310220	4.395	12.000,00	1.000,00
Alvinópolis	310230	15.642	12.000,00	1.000,00
Alvorada de Minas	310240	3.657	12.000,00	1.000,00
Amparo do Serra	310250	5.023	12.000,00	1.000,00
Andradas	310260	39.416	23.649,60	1.970,80
Andrelândia	310280	12.507	12.000,00	1.000,00
Angelândia	310285	8.371	12.000,00	1.000,00
Antônio Carlos	310290	11.507	12.000,00	1.000,00
Antônio Dias	310300	9.738	12.000,00	1.000,00
Antônio Prado de Minas	310310	1.692	12.000,00	1.000,00
Araçaí	310320	2.335	12.000,00	1.000,00
Aracitaba	310330	2.113	12.000,00	1.000,00
Araçuaí	310340	37.169	22.301,40	1.858,45
Araguari	310350	114.970	68.982,00	5.748,50
Arantina	310360	2.888	12.000,00	1.000,00
Araponga	310370	8.454	12.000,00	1.000,00
Araporã	310375	6.527	12.000,00	1.000,00
Arapuá	310380	2.866	12.000,00	1.000,00
Araújos	310390	8.517	12.000,00	1.000,00
Araxá	310400	99.986	59.991,60	4.999,30
Arceburgo	310410	10.146	12.000,00	1.000,00
Arcos	310420	38.630	23.178,00	1.931,50
Areado	310430	14.503	12.000,00	1.000,00
Argirita	310440	2.924	12.000,00	1.000,00
Aricanduva	310445	5.036	12.000,00	1.000,00
Arinos	310450	18.198	12.000,00	1.000,00
Astolfo Dutra	310460	13.738	12.000,00	1.000,00
Ataléia	310470	14.344	12.000,00	1.000,00
Augusto de Lima	310480	5.062	12.000,00	1.000,00
Baependi	310490	19.045	12.000,00	1.000,00
Baldim	310500	8.093	12.000,00	1.000,00
Bambuí	310510	23.665	14.199,00	1.183,25
Bandeira	310520	5.059	12.000,00	1.000,00
Bandeira do Sul	310530	5.603	12.000,00	1.000,00
Barão de Cocais	310540	30.501	18.300,60	1.525,05
Barão de Monte Alto	310550	5.770	12.000,00	1.000,00
Barbacena	310560	132.980	79.788,00	6.649,00
Barra Longa	310570	5.991	12.000,00	1.000,00
Barroso	310590	20.484	12.290,40	1.024,20
Bela Vista de Minas	310600	10.342	12.000,00	1.000,00
Belmiro Braga	310610	3.499	12.000,00	1.000,00
Belo Horizonte	310620	2.479.165	1.487.499,00	123.958,25
Belo Oriente	310630	25.026	15.015,60	1.251,30
Belo Vale	310640	7.789	12.000,00	1.000,00
Berilo	310650	12.508	12.000,00	1.000,00
Berizal	310665	4.597	12.000,00	1.000,00
Bertópolis	310660	4.648	12.000,00	1.000,00
Betim	310670	406.474	250.912,86	20.909,41
Bias Fortes	310680	3.765	12.000,00	1.000,00
Bicas	310690	14.268	12.000,00	1.000,00
Biquinhas	310700	2.664	12.000,00	1.000,00
Boa Esperança	310710	40.018	24.010,80	2.000,90
Bocaina de Minas	310720	5.163	12.000,00	1.000,00
Bocaiúva	310730	48.974	29.384,40	2.448,70
Bom Despacho	310740	48.350	29.010,00	2.417,50
Bom Jardim de Minas	310750	6.663	12.000,00	1.000,00
Bom Jesus da Penha	310760	4.091	12.000,00	1.000,00
Bom Jesus do Amparo	310770	5.817	12.000,00	1.000,00
Bom Jesus do Galho	310780	15.633	12.000,00	1.000,00
Bom Repouso	310790	10.759	12.000,00	1.000,00
Bom Sucesso	310800	17.805	12.000,00	1.000,00
Bonfim	310810	7.012	12.000,00	1.000,00
Bonfinópolis de Minas	310820	5.904	12.000,00	1.000,00
Bonito de Minas	310825	10.395	12.000,00	1.000,00
Borda da Mata	310830	18.271	12.000,00	1.000,00
Botelhos	310840	15.326	12.000,00	1.000,00
Botumirim	310850	6.612	12.000,00	1.000,00
Brás Pires	310870	4.664	12.000,00	1.000,00
Brasilândia de Minas	310855	15.310	12.000,00	1.000,00
Brasília de Minas	310860	32.378	19.426,80	1.618,90
Brasópolis	310890	14.982	12.000,00	1.000,00
Braúnas	310880	5.091	12.000,00	1.000,00
Brumadinho	310900	36.748	22.048,80	1.837,40
Bueno Brandão	310910	11.211	12.000,00	1.000,00
Buenópolis	310920	10.583	12.000,00	1.000,00
Bugre	310925	4.122	12.000,00	1.000,00
Buritis	310930	23.979	14.387,40	1.198,95
Buritizeiro	310940	27.974	16.784,40	1.398,70

Cabeceira Grande	310945	6.774	12.000,00	1.000,00
Cabo Verde	310950	14.262	12.000,00	1.000,00
Cachoeira da Prata	310960	3.734	12.000,00	1.000,00
Cachoeira de Minas	310970	11.481	12.000,00	1.000,00
Cachoeira de Pajeú	310270	9.333	12.000,00	1.000,00
Cachoeira Dourada	310980	2.628	12.000,00	1.000,00
Caeté	311000	43.036	25.821,60	2.151,80
Caiana	311010	5.260	12.000,00	1.000,00
Cajuri	311020	4.135	12.000,00	1.000,00
Caldas	311030	14.250	12.000,00	1.000,00
Camacho	311040	3.158	12.000,00	1.000,00
Camanducaia	311050	21.844	13.106,40	1.092,20
Cambuí	311060	28.123	16.873,80	1.406,15
Cambuquira	311070	12.997	12.000,00	1.000,00
Campanário	311080	3.706	12.000,00	1.000,00
Campanha	311090	16.215	12.000,00	1.000,00
Campestre	311100	21.340	12.804,00	1.067,00
Campina Verde	311110	19.959	12.000,00	1.000,00
Campo Azul	311115	3.821	12.000,00	1.000,00
Campo Belo	311120	53.656	32.193,60	2.682,80
Campo do Meio	311130	11.831	12.000,00	1.000,00
Campo Florido	311140	7.444	12.000,00	1.000,00
Campos Altos	311150	14.964	12.000,00	1.000,00
Campos Gerais	311160	28.683	17.209,80	1.434,15
Cana Verde	311190	5.739	12.000,00	1.000,00
Canaã	311170	4.729	12.000,00	1.000,00
Canápolis	311180	11.882	12.000,00	1.000,00
Candeias	311200	15.066	12.000,00	1.000,00
Cantagalo	311205	4.406	12.000,00	1.000,00
Caparaó	311210	5.416	12.000,00	1.000,00
Capela Nova	311220	4.848	12.000,00	1.000,00
Capelinha	311230	36.740	22.044,00	1.837,00
Capetinga	311240	7.222	12.000,00	1.000,00
Capim Branco	311250	9.382	12.000,00	1.000,00
Capinópolis	311260	15.961	12.000,00	1.000,00
Capitão Andrade	311265	5.221	12.000,00	1.000,00
Capitão Enéas	311270	14.894	12.000,00	1.000,00
Capitólio	311280	8.535	12.000,00	1.000,00
Caputira	311290	9.349	12.000,00	1.000,00
Caraí	311300	23.340	14.004,00	1.167,00
Caranaíba	311310	3.341	12.000,00	1.000,00
Carandaí	311320	24.594	14.756,40	1.229,70
Carangola	311330	33.358	20.014,80	1.667,90
Caratinga	311340	89.578	53.746,80	4.478,90
Carbonita	311350	9.467	12.000,00	1.000,00
Careaçu	311360	6.604	12.000,00	1.000,00
Carlos Chagas	311370	20.214	12.128,40	1.010,70
Carmésia	311380	2.567	12.000,00	1.000,00
Carmo da Cachoeira	311390	12.249	12.000,00	1.000,00
Carmo da Mata	311400	11.382	12.000,00	1.000,00
Carmo de Minas	311410	14.451	12.000,00	1.000,00
Carmo do Cajuru	311420	21.294	12.776,40	1.064,70
Carmo do Paranaíba	311430	30.695	18.417,00	1.534,75
Carmo do Rio Claro	311440	21.206	12.723,60	1.060,30
Carmópolis de Minas	311450	18.205	12.000,00	1.000,00
Carneirinho	311455	9.890	12.000,00	1.000,00
Carrancas	311460	4.081	12.000,00	1.000,00
Carvalhópolis	311470	3.502	12.000,00	1.000,00
Carvalhos	311480	4.651	12.000,00	1.000,00
Casa Grande	311490	2.307	12.000,00	1.000,00
Cascalho Rico	311500	2.999	12.000,00	1.000,00
Cássia	311510	17.967	12.000,00	1.000,00
Cataguases	311530	73.232	43.939,20	3.661,60
Catas Altas	311535	5.136	12.000,00	1.000,00
Catas Altas da Noruega	311540	3.608	12.000,00	1.000,00
Catuji	311545	6.761	12.000,00	1.000,00
Catuti	311547	5.200	12.000,00	1.000,00
Caxambu	311550	22.257	13.354,20	1.112,85
Cedro do Abaeté	311560	1.227	12.000,00	1.000,00
Central de Minas	311570	7.029	12.000,00	1.000,00
Centralina	311580	10.583	12.000,00	1.000,00
Chácara	311590	2.977	12.000,00	1.000,00
Chalé	311600	5.811	12.000,00	1.000,00
Chapada do Norte	311610	15.638	12.000,00	1.000,00
Chapada Gaúcha	311615	11.972	12.000,00	1.000,00
Chiador	311620	2.827	12.000,00	1.000,00
Cipotânea	311630	6.793	12.000,00	1.000,00
Claraval	311640	4.751	12.000,00	1.000,00
Claro dos Poções	311650	7.909	12.000,00	1.000,00
Cláudio	311660	27.321	16.392,60	1.366,05
Coimbra	311670	7.392	12.000,00	1.000,00
Coluna	311680	9.213	12.000,00	1.000,00
Comendador Gomes	311690	3.093	12.000,00	1.000,00
Comercinho	311700	8.094	12.000,00	1.000,00
Conceição da Aparecida	311710	10.222	12.000,00	1.000,00
Conceição da Barra de Minas	311520	4.057	12.000,00	1.000,00
Conceição das Alagoas	311730	25.139	15.083,40	1.256,95
Conceição das Pedras	311720	2.840	12.000,00	1.000,00
Conceição de Ipanema	311740	4.609	12.000,00	1.000,00
Conceição do Mato Dentro	311750	18.273	12.000,00	1.000,00
Conceição do Pará	311760	5.400	12.000,00	1.000,00
Conceição do Rio Verde	311770	13.499	12.000,00	1.000,00
Conceição dos Ouros	311780	11.048	12.000,00	1.000,00
Cônego Marinho	311783	7.464	12.000,00	1.000,00
Confins	311787	6.336	12.000,00	1.000,00
Congonhal	311790	11.198	12.000,00	1.000,00
Congonhas	311800	51.709	31.025,40	2.585,45
Congonhas do Norte	311810	5.103	12.000,00	1.000,00
Conquista	311820	6.824	12.000,00	1.000,00
Conselheiro Lafaiete	311830	123.275	73.965,00	6.163,75
Conselheiro Pena	311840	23.032	13.819,20	1.151,60
Consolação	311850	1.785	12.000,00	1.000,00
Contagem	311860	637.961	382.776,60	31.898,05
Coqueiral	311870	9.492	12.000,00	1.000,00
Coração de Jesus	311880	26.889	16.133,40	1.344,45
Cordisburgo	311890	8.963	12.000,00	1.000,00
Cordislândia	311900	3.556	12.000,00	1.000,00
Corinto	311910	24.484	14.690,40	1.224,20
Coroaci	311920	10.453	12.000,00	1.000,00
Coromandel	311930	28.398	17.038,80	1.419,90
Coronel Fabriciano	311940	108.302	64.981,20	5.415,10
Coronel Murta	311950	9.387	12.000,00	1.000,00
Coronel Pacheco	311960	3.093	12.000,00	1.000,00
Córrego Danta	311980	3.426	12.000,00	1.000,00
Córrego do Bom Jesus	311990	3.819	12.000,00	1.000,00
Córrego Fundo	311995	6.110	12.000,00	1.000,00
Córrego Novo	312000	3.100	12.000,00	1.000,00
Couto de Magalhães de Minas	312010	4.377	12.000,00	1.000,00
Crisólita	312015	6.408	12.000,00	1.000,00
Cristais	312020	12.046	12.000,00	1.000,00
Cristália	312030	5.976	12.000,00	1.000,00
Cristiano Otoni	312040	5.182	12.000,00	1.000,00
Cristina	312050	10.486	12.000,00	1.000,00
Crucilândia	312060	4.966	12.000,00	1.000,00
Cruzeiro da Fortaleza	312070	4.103	12.000,00	1.000,00
Cruzília	312080	15.227	12.000,00	1.000,00
Cuparaque	312083	4.895	12.000,00	1.000,00
Curral de Dentro	312087	7.345	12.000,00	1.000,00
Curvelo	312090	77.824	46.694,40	3.891,20
Datas	312100	5.409	12.000,00	1.000,00
Delfim Moreira	312110	8.197	12.000,00	1.000,00
Delfinópolis	312120	7.096	12.000,00	1.000,00
Delta	312125	9.053	12.000,00	1.000,00
Descoberto	312130	4.968	12.000,00	1.000,00
Desterro de Entre Rios	312140	7.259	12.000,00	1.000,00
Desterro do Melo	312150	3.060	12.000,00	1.000,00
Diamantina	312160	47.647	28.588,20	2.382,35
Diogo de Vasconcelos	312170	3.935	12.000,00	1.000,00
Dionísio	312180	8.657	12.000,00	1.000,00
Divinésia	312190	3.417	12.000,00	1.000,00
Divino	312200	19.879	12.000,00	1.000,00
Divino das Laranjeiras	312210	5.078	12.000,00	1.000,00
Divinolândia de Minas	312220	7.376	12.000,00	1.000,00
Divinópolis	312230	226.345	135.807,00	11.317,25
Divisa Alegre	312235	6.315	12.000,00	1.000,00
Divisa Nova	312240	5.990	12.000,00	1.000,00
Divisópolis	312245	9.838	12.000,00	1.000,00
Dom Bosco	312247	3.872	12.000,00	1.000,00
Dom Cavati	312250	5.303	12.000,00	1.000,00
Dom Joaquim	312260	4.632	12.000,00	1.000,00
Dom Silvério	312270	5.344	12.000,00	1.000,00
Dom Viçoso	312280	3.074	12.000,00	1.000,00
Dona Eusébia	312290	6.334	12.000,00	1.000,00
Dores de Campos	312300	9.805	12.000,00	1.000,00
Dores de Guanhães	312310	5.343	12.000,00	1.000,00
Dores do Indaiá	312320	14.048	12.000,00	1.000,00
Dores do Turvo	312330	4.516	12.000,00	1.000,00
Doresópolis	312340	1.504	12.000,00	1.000,00
Douradoquara	312350	1.909	12.000,00	1.000,00
Durandé	312352	7.747	12.000,00	1.000,00
Elói Mendes	312360	26.759	16.055,40	1.337,95
Engenheiro Caldas	312370	10.812	12.000,00	1.000,00
Engenheiro Navarro	312380	7.345	12.000,00	1.000,00
Entre Folhas	312385	5.360	12.000,00	1.000,00
Entre Rios de Minas	312390	14.940	12.000,00	1.000,00
Ervália	312400	18.707	12.000,00	1.000,00
Esmeraldas	312410	65.224	39.134,40	3.261,20
Espera Feliz	312420	24.098	14.458,80	1.204,90
Espinosa	312430	32.081	19.248,60	1.604,05
Espírito Santo do Dourado	312440	4.625	12.000,00	1.000,00
Estiva	312450	11.285	12.000,00	1.000,00
Estrela Dalva	312460	2.496	12.000,00	1.000,00
Estrela do Indaiá	312470	3.602	12.000,00	1.000,00
Estrela do Sul	312480	7.804	12.000,00	1.000,00
Eugenópolis	312490	11.042	12.000,00	1.000,00
Ewbank da Câmara	312500	3.901	12.000,00	1.000,00
Extrema	312510	31.693	19.015,80	1.584,65
Fama	312520	2.419	12.000,00	1.000,00
Faria Lemos	312530	3.423	12.000,00	1.000,00
Felício dos Santos	312540	5.157	12.000,00	1.000,00
Felisburgo	312560	7.236	12.000,00	1.000,00
Felixlândia	312570	14.864	12.000,00	1.000,00
Fernandes Tourinho	312580	3.232	12.000,00	1.000,00
Ferros	312590	10.807	12.000,00	1.000,00
Fervedouro	312595	10.822	12.000,00	1.000,00
Florestal	312600	7.026	12.000,00	1.000,00
Formiga	312610	67.617	40.570,20	3.380,85
Formoso	312620	8.817	12.000,00	1.000,00
Fortaleza de Minas	312630	4.302	12.000,00	1.000,00
Fortuna de Minas	312640	2.850	12.000,00	1.000,00
Francisco Badaró	312650	10.542	12.000,00	1.000,00
Francisco Dumont	312660	5.098	12.000,00	1.000,00
Francisco Sá	312670	25.983	15.589,80	1.299,15
Franciscópolis	312675	5.825	12.000,00	1.000,00
Frei Gaspar	312680	6.033	12.000,00	1.000,00
Frei Inocêncio	312690	9.366	12.000,00	1.000,00
Frei Lagonegro	312695	3.462	12.000,00	1.000,00
Fronteira	312700	15.658	12.000,00	1.000,00
Fronteira dos Vales	312705	4.777	12.000,00	1.000,00
Fruta de Leite	312707	5.919	12.000,00	1.000,00
Frutal	312710	56.720	34.032,00	2.836,00
Funilândia	312720	4.108	12.000,00	1.000,00
Galiléia	312730	7.092	12.000,00	1.000,00
Gameleiras	312733	5.264	12.000,00	1.000,00
Glaucilândia	312735	3.097	12.000,00	1.000,00
Goiabeira	312737	3.226	12.000,00	1.000,00
Goianá	312738	3.849	12.000,00	1.000,00
Gonçalves	312740	4.370	12.000,00	1.000,00
Gonzaga	312750	6.148	12.000,00	1.000,00
Gouveia	312760	12.030	12.000,00	1.000,00
Governador Valadares	312770	275.568	165.340,80	13.778,40
Grão Mogol	312780	15.667	12.000,00	1.000,00
Grupiara	312790	1.414	12.000,00	1.000,00
Guanhães	312800	33.020	19.812,00	1.651,00

Guapé	312810	14.349	12.000,00	1.000,00
Guaraciaba	312820	10.521	12.000,00	1.000,00
Guaraciama	312825	4.919	12.000,00	1.000,00
Guaranésia	312830	19.298	12.000,00	1.000,00
Guarani	312840	8.977	12.000,00	1.000,00
Guarará	312850	3.991	12.000,00	1.000,00
Guarda-Mor	312860	6.741	12.000,00	1.000,00
Guaxupé	312870	51.488	30.892,80	2.574,40
Guidoval	312880	7.356	12.000,00	1.000,00
Guiricema	312900	8.838	12.000,00	1.000,00
Gurinhatã	312910	6.144	12.000,00	1.000,00
Heliodora	312920	6.416	12.000,00	1.000,00
Iapu	312930	10.768	12.000,00	1.000,00
Ibertioga	312940	5.163	12.000,00	1.000,00
Ibiá	312950	24.435	14.661,00	1.221,75
Ibiaí	312960	8.215	12.000,00	1.000,00
Ibiracatu	312965	6.250	12.000,00	1.000,00
Ibiraci	312970	13.006	12.000,00	1.000,00
Ibirité	312980	169.908	101.944,80	8.495,40
Ibitiúra de Minas	312990	3.503	12.000,00	1.000,00
Ibituruna	313000	2.979	12.000,00	1.000,00
Icaraí de Minas	313005	11.411	12.000,00	1.000,00
Igarapé	313010	38.285	22.971,00	1.914,25
Igaratinga	313020	9.997	12.000,00	1.000,00
Iguatama	313030	8.213	12.000,00	1.000,00
Ijaci	313040	6.225	12.000,00	1.000,00
Ilicínea	313050	12.061	12.000,00	1.000,00
Imbé de Minas	313055	6.739	12.000,00	1.000,00
Inconfidentes	313060	7.217	12.000,00	1.000,00
Indaiabira	313065	7.528	12.000,00	1.000,00
Indianópolis	313070	6.568	12.000,00	1.000,00
Ingaí	313080	2.740	12.000,00	1.000,00
Inhapim	313090	24.882	14.929,20	1.244,10
Inhaúma	313100	6.068	12.000,00	1.000,00
Inimutaba	313110	7.297	12.000,00	1.000,00
Ipaba	313115	17.729	12.000,00	1.000,00
Ipanema	313120	19.165	12.000,00	1.000,00
Ipatinga	313130	253.098	151.858,80	12.654,90
Ipiaçu	313140	4.250	12.000,00	1.000,00
Ipuiúna	313150	9.942	12.000,00	1.000,00
Iraí de Minas	313160	6.795	12.000,00	1.000,00
Itabira	313170	115.817	69.490,20	5.790,85
Itabirinha	313180	11.224	12.000,00	1.000,00
Itabirito	313190	48.614	29.168,40	2.430,70
Itacambira	313200	5.241	12.000,00	1.000,00
Itacarambi	313210	18.316	12.000,00	1.000,00
Itaguara	313220	12.999	12.000,00	1.000,00
Itaipé	313230	12.403	12.000,00	1.000,00
Itajubá	313240	94.940	56.964,00	4.747,00
Itamarandiba	313250	33.804	20.282,40	1.690,20
Itamarati de Minas	313260	4.270	12.000,00	1.000,00
Itambacuri	313270	23.528	14.116,80	1.176,40
Itambé do Mato Dentro	313280	2.281	12.000,00	1.000,00
Itamogi	313290	10.572	12.000,00	1.000,00
Itamonte	313300	14.855	12.000,00	1.000,00
Itanhandu	313310	14.902	12.000,00	1.000,00
Itanhomi	313320	12.280	12.000,00	1.000,00
Itaobim	313330	21.569	12.941,40	1.078,45
Itapagipe	313340	14.501	12.000,00	1.000,00
Itapecerica	313350	22.054	13.232,40	1.102,70
Itapeva	313360	9.236	12.000,00	1.000,00
Itatiaiuçu	313370	10.563	12.000,00	1.000,00
Itaú de Minas	313375	15.694	12.000,00	1.000,00
Itaúna	313380	90.084	54.050,40	4.504,20
Itaverava	313390	5.833	12.000,00	1.000,00
Itinga	313400	14.963	12.000,00	1.000,00
Itueta	313410	6.051	12.000,00	1.000,00
Ituiutaba	313420	102.020	61.212,00	5.101,00
Itumirim	313430	6.263	12.000,00	1.000,00
Iturama	313440	36.837	22.102,20	1.841,85
Itutinga	313450	3.976	12.000,00	1.000,00
Jaboticatubas	313460	18.508	12.000,00	1.000,00
Jacinto	313470	12.511	12.000,00	1.000,00
Jacuí	313480	7.755	12.000,00	1.000,00
Jacutinga	313490	24.354	14.612,40	1.217,70
Jaguaraçu	313500	3.112	12.000,00	1.000,00
Jaíba	313505	36.098	21.658,80	1.804,90
Jampruca	313507	5.303	12.000,00	1.000,00
Janaúba	313510	70.041	42.024,60	3.502,05
Januária	313520	67.875	40.725,00	3.393,75
Japaraíba	313530	4.168	12.000,00	1.000,00
Japonvar	313535	8.599	12.000,00	1.000,00
Jeceaba	313540	5.387	12.000,00	1.000,00
Jenipapo de Minas	313545	7.479	12.000,00	1.000,00
Jequeri	313550	13.041	12.000,00	1.000,00
Jequitaí	313560	8.069	12.000,00	1.000,00
Jequitibá	313570	5.307	12.000,00	1.000,00
Jequitinhonha	313580	25.150	15.090,00	1.257,50
Jesuânia	313590	4.899	12.000,00	1.000,00
Joaíma	313600	15.483	12.000,00	1.000,00
Joanésia	313610	5.305	12.000,00	1.000,00
João Monlevade	313620	77.474	46.484,40	3.873,70
João Pinheiro	313630	47.549	28.529,40	2.377,45
Joaquim Felício	313640	4.538	12.000,00	1.000,00
Jordânia	313650	10.744	12.000,00	1.000,00
José Gonçalves de Minas	313652	4.656	12.000,00	1.000,00
José Raydan	313655	4.681	12.000,00	1.000,00
Josenópolis	313657	4.778	12.000,00	1.000,00
Juatuba	313665	24.255	14.553,00	1.212,75
Juiz de Fora	313670	545.942	327.565,20	27.297,10
Juramento	313680	4.288	12.000,00	1.000,00
Juruaia	313690	9.887	12.000,00	1.000,00
Juvenília	313695	5.863	12.000,00	1.000,00
Ladainha	313700	17.782	12.000,00	1.000,00
Lagamar	313710	7.802	12.000,00	1.000,00
Lagoa da Prata	313720	49.089	29.453,40	2.454,45
Lagoa dos Patos	313730	4.298	12.000,00	1.000,00
Lagoa Dourada	313740	12.808	12.000,00	1.000,00
Lagoa Formosa	313750	17.885	12.000,00	1.000,00
Lagoa Grande	313753	9.134	12.000,00	1.000,00
Lagoa Santa	313760	57.589	34.553,40	2.879,45
Lajinha	313770	20.219	12.131,40	1.010,95
Lambari	313780	20.453	12.271,80	1.022,65
Lamim	313790	3.524	12.000,00	1.000,00
Laranjal	313800	6.740	12.000,00	1.000,00
Lassance	313810	6.663	12.000,00	1.000,00
Leandro Ferreira	313830	3.296	12.000,00	1.000,00
Leme do Prado	313835	4.965	12.000,00	1.000,00
Leopoldina	313840	52.915	31.749,00	2.645,75
Liberdade	313850	5.401	12.000,00	1.000,00
Lima Duarte	313860	16.740	12.000,00	1.000,00
Limeira do Oeste	313862	7.269	12.000,00	1.000,00
Lontra	313865	8.821	12.000,00	1.000,00
Luisburgo	313867	6.407	12.000,00	1.000,00
Luislândia	313868	6.660	12.000,00	1.000,00
Luminárias	313870	5.571	12.000,00	1.000,00
Luz	313880	18.168	12.000,00	1.000,00
Machacalis	313890	7.200	12.000,00	1.000,00
Machado	313900	40.760	24.456,00	2.038,00
Madre de Deus de Minas	313910	5.091	12.000,00	1.000,00
Malacacheta	313920	19.228	12.000,00	1.000,00
Mamonas	313925	6.554	12.000,00	1.000,00
Manga	313930	19.898	12.119,98	1.010,00
Manhuaçu	313940	84.934	50.960,40	4.246,70
Manhumirim	313950	22.348	13.408,80	1.117,40
Mantena	313960	27.983	16.789,80	1.399,15
Mar de Espanha	313980	12.384	12.000,00	1.000,00
Maravilhas	313970	7.600	12.000,00	1.000,00
Maria da Fé	313990	14.551	12.000,00	1.000,00
Mariana	314000	57.639	34.583,40	2.881,95
Marilac	314010	4.297	12.000,00	1.000,00
Mário Campos	314015	14.222	12.000,00	1.000,00
Maripá de Minas	314020	2.917	12.000,00	1.000,00
Marliéria	314030	4.125	12.000,00	1.000,00
Marmelópolis	314040	2.979	12.000,00	1.000,00
Martinho Campos	314050	13.180	12.000,00	1.000,00
Martins Soares	314053	7.744	12.000,00	1.000,00
Mata Verde	314055	8.299	12.000,00	1.000,00
Materlândia	314060	4.673	12.000,00	1.000,00
Mateus Leme	314070	29.578	17.746,80	1.478,90
Mathias Lobato	317150	3.406	12.000,00	1.000,00
Matias Barbosa	314080	14.104	12.000,00	1.000,00
Matias Cardoso	314085	10.608	12.000,00	1.000,00
Matipó	314090	18.491	12.000,00	1.000,00
Mato Verde	314100	12.947	12.000,00	1.000,00
Matozinhos	314110	36.031	21.618,60	1.801,55
Matutina	314120	3.856	12.000,00	1.000,00
Medeiros	314130	3.644	12.000,00	1.000,00
Medina	314140	21.513	12.907,80	1.075,65
Mendes Pimentel	314150	6.533	12.000,00	1.000,00
Mercês	314160	10.753	12.000,00	1.000,00
Mesquita	314170	6.084	12.000,00	1.000,00
Minas Novas	314180	31.811	19.086,60	1.590,55
Minduri	314190	3.957	12.000,00	1.000,00
Mirabela	314200	13.552	12.000,00	1.000,00
Miradouro	314210	10.674	12.000,00	1.000,00
Miraí	314220	14.540	12.000,00	1.000,00
Miravânia	314225	4.772	12.000,00	1.000,00
Moeda	314230	4.883	12.000,00	1.000,00
Moema	314240	7.363	12.000,00	1.000,00
Monjolos	314250	2.379	12.000,00	1.000,00
Monsenhor Paulo	314260	8.537	12.000,00	1.000,00
Montalvânia	314270	15.974	12.000,00	1.000,00
Monte Alegre de Minas	314280	20.594	12.356,40	1.029,70
Monte Azul	314290	22.218	13.330,80	1.110,90
Monte Belo	314300	13.435	12.000,00	1.000,00
Monte Carmelo	314310	47.595	28.557,00	2.379,75
Monte Formoso	314315	4.855	12.000,00	1.000,00
Monte Santo de Minas	314320	21.878	13.126,80	1.093,90
Monte Sião	314340	22.557	13.534,20	1.127,85
Montes Claros	314330	385.898	231.538,80	19.294,90
Montezuma	314345	7.901	12.000,00	1.000,00
Morada Nova de Minas	314350	8.657	12.000,00	1.000,00
Morro da Garça	314360	2.669	12.000,00	1.000,00
Morro do Pilar	314370	3.421	12.000,00	1.000,00
Munhoz	314380	6.351	12.000,00	1.000,00
Muriaé	314390	105.861	63.516,60	5.293,05
Mutum	314400	27.456	16.473,60	1.372,80
Muzambinho	314410	21.007	12.604,20	1.050,35
Nacip Raydan	314420	3.256	12.000,00	1.000,00
Nanuque	314430	41.876	25.125,60	2.093,80
Naque	314435	6.708	12.000,00	1.000,00
Natalândia	314437	3.376	12.000,00	1.000,00
Natércia	314440	4.802	12.000,00	1.000,00
Nazareno	314450	8.363	12.000,00	1.000,00
Nepomuceno	314460	26.725	16.035,00	1.336,25
Ninheira	314465	10.219	12.000,00	1.000,00
Nova Belém	314467	3.662	12.000,00	1.000,00
Nova Era	314470	18.002	12.000,00	1.000,00
Nova Lima	314480	87.391	52.434,60	4.369,55
Nova Módica	314490	3.830	12.000,00	1.000,00
Nova Ponte	314500	13.988	12.000,00	1.000,00
Nova Porteirinha	314505	7.623	12.000,00	1.000,00
Nova Resende	314510	16.191	12.000,00	1.000,00
Nova Serrana	314520	84.550	50.730,00	4.227,50
Nova União	313660	5.752	12.000,00	1.000,00
Novo Cruzeiro	314530	31.715	19.029,00	1.585,75
Novo Oriente de Minas	314535	10.738	12.000,00	1.000,00
Novorizonte	314537	5.196	12.000,00	1.000,00
Olaria	314540	1.957	12.000,00	1.000,00
Olhos-d'Água	314545	5.659	12.000,00	1.000,00
Olímpio Noronha	314550	2.677	12.000,00	1.000,00
Oliveira	314560	41.181	24.708,60	2.059,05
Oliveira Fortes	314570	2.181	12.000,00	1.000,00
Onça de Pitangui	314580	3.164	12.000,00	1.000,00
Oratórios	314585	4.660	12.000,00	1.000,00

Orizânia	314587	7.701	12.000,00	1.000,00
Ouro Branco	314590	37.492	22.495,20	1.874,60
Ouro Fino	314600	33.031	19.818,60	1.651,55
Ouro Preto	314610	73.349	44.009,40	3.667,45
Ouro Verde de Minas	314620	6.148	12.000,00	1.000,00
Padre Carvalho	314625	6.154	12.000,00	1.000,00
Padre Paraíso	314630	19.744	12.000,00	1.000,00
Paineiras	314640	4.708	12.000,00	1.000,00
Pains	314650	8.307	12.000,00	1.000,00
Paiva	314660	1.590	12.000,00	1.000,00
Palma	314670	6.738	12.000,00	1.000,00
Palmópolis	314675	6.674	12.000,00	1.000,00
Papagaios	314690	15.007	12.000,00	1.000,00
Pará de Minas	314710	89.418	53.650,80	4.470,90
Paracatu	314700	89.530	53.718,00	4.476,50
Paraguaçu	314720	21.164	12.698,40	1.058,20
Paraisópolis	314730	20.410	12.246,00	1.020,50
Paraopeba	314740	23.762	14.257,20	1.188,10
Passa Quatro	314760	16.224	12.000,00	1.000,00
Passa Tempo	314770	8.377	12.000,00	1.000,00
Passabém	314750	1.776	12.000,00	1.000,00
Passa-Vinte	314780	2.121	12.000,00	1.000,00
Passos	314790	111.651	66.990,60	5.582,55
Patis	314795	5.846	12.000,00	1.000,00
Patos de Minas	314800	146.416	87.849,60	7.320,80
Patrocínio	314810	87.178	52.306,80	4.358,90
Patrocínio do Muriaé	314820	5.548	12.000,00	1.000,00
Paula Cândido	314830	9.605	12.000,00	1.000,00
Paulistas	314840	5.020	12.000,00	1.000,00
Pavão	314850	8.771	12.000,00	1.000,00
Peçanha	314860	17.797	12.000,00	1.000,00
Pedra Azul	314870	24.612	14.768,00	1.230,67
Pedra Bonita	314875	6.978	12.000,00	1.000,00
Pedra do Anta	314880	3.414	12.000,00	1.000,00
Pedra do Indaiá	314890	4.006	12.000,00	1.000,00
Pedra Dourada	314900	2.345	12.000,00	1.000,00
Pedralva	314910	11.683	12.000,00	1.000,00
Pedras de Maria da Cruz	314915	10.970	12.000,00	1.000,00
Pedrinópolis	314920	3.626	12.000,00	1.000,00
Pedro Leopoldo	314930	61.975	37.185,00	3.098,75
Pedro Teixeira	314940	1.838	12.000,00	1.000,00
Pequeri	314950	3.296	12.000,00	1.000,00
Pequi	314960	4.284	12.000,00	1.000,00
Perdigão	314970	9.943	12.000,00	1.000,00
Perdizes	314980	15.323	12.000,00	1.000,00
Perdões	314990	21.013	12.607,80	1.050,65
Periquito	314995	7.150	12.000,00	1.000,00
Pescador	315000	4.274	12.000,00	1.000,00
Piau	315010	2.887	12.000,00	1.000,00
Piedade de Caratinga	315015	7.744	12.000,00	1.000,00
Piedade de Ponte Nova	315020	4.192	12.000,00	1.000,00
Piedade do Rio Grande	315030	4.766	12.000,00	1.000,00
Piedade dos Gerais	315040	4.867	12.000,00	1.000,00
Pimenta	315050	8.582	12.000,00	1.000,00
Pingo-d'Água	315053	4.696	12.000,00	1.000,00
Pintópolis	315057	7.491	12.000,00	1.000,00
Piracema	315060	6.575	12.000,00	1.000,00
Pirajuba	315070	5.253	12.000,00	1.000,00
Piranga	315080	17.804	12.000,00	1.000,00
Piranguçu	315090	5.432	12.000,00	1.000,00
Piranguinho	315100	8.404	12.000,00	1.000,00
Pirapetinga	315110	10.754	12.000,00	1.000,00
Pirapora	315120	55.704	33.422,40	2.785,20
Piraúba	315130	11.123	12.000,00	1.000,00
Pitangui	315140	26.797	16.078,20	1.339,85
Piumhi	315150	33.580	20.148,00	1.679,00
Planura	315160	11.194	12.000,00	1.000,00
Poço Fundo	315170	16.633	12.000,00	1.000,00
Poços de Caldas	315180	161.025	96.615,00	8.051,25
Pocrane	315190	9.050	12.000,00	1.000,00
Pompéu	315200	30.699	18.419,40	1.534,95
Ponte Nova	315210	59.614	35.768,40	2.980,70
Ponto Chique	315213	4.161	12.000,00	1.000,00
Ponto dos Volantes	315217	11.881	12.000,00	1.000,00
Porteirinha	315220	38.697	23.218,20	1.934,85
Porto Firme	315230	10.955	12.000,00	1.000,00
Poté	315240	16.350	12.000,00	1.000,00
Pouso Alegre	315250	140.223	84.133,80	7.011,15
Pouso Alto	315260	6.291	12.000,00	1.000,00
Prados	315270	8.807	12.000,00	1.000,00
Prata	315280	27.109	16.265,40	1.355,45
Pratápolis	315290	8.975	12.000,00	1.000,00
Pratinha	315300	3.455	12.000,00	1.000,00
Presidente Bernardes	315310	5.630	12.000,00	1.000,00
Presidente Juscelino	315320	3.928	12.000,00	1.000,00
Presidente Kubitschek	315330	3.050	12.000,00	1.000,00
Presidente Olegário	315340	19.325	12.000,00	1.000,00
Prudente de Morais	315360	10.181	12.000,00	1.000,00
Quartel Geral	315370	3.470	12.000,00	1.000,00
Queluzito	315380	1.934	12.000,00	1.000,00
Raposos	315390	16.055	12.000,00	1.000,00
Raul Soares	315400	24.423	14.653,80	1.221,15
Recreio	315410	10.635	12.000,00	1.000,00
Reduto	315415	6.920	12.000,00	1.000,00
Resende Costa	315420	11.378	12.000,00	1.000,00
Resplendor	315430	17.631	12.000,00	1.000,00
Ressaquinha	315440	4.889	12.000,00	1.000,00
Riachinho	315445	8.257	12.000,00	1.000,00
Riacho dos Machados	315450	9.643	12.000,00	1.000,00
Ribeirão das Neves	315460	315.819	198.406,38	16.533,87
Ribeirão Vermelho	315470	3.990	12.000,00	1.000,00
Rio Acima	315480	9.704	12.000,00	1.000,00
Rio Casca	315490	14.376	12.000,00	1.000,00
Rio do Prado	315510	5.333	12.000,00	1.000,00
Rio Doce	315500	2.575	12.000,00	1.000,00
Rio Espera	315520	6.045	12.000,00	1.000,00
Rio Manso	315530	5.585	12.000,00	1.000,00
Rio Novo	315540	9.013	12.000,00	1.000,00
Rio Paranaíba	315550	12.328	12.000,00	1.000,00
Rio Pardo de Minas	315560	30.418	18.250,80	1.520,90
Rio Piracicaba	315570	14.578	12.000,00	1.000,00
Rio Pomba	315580	17.804	12.000,00	1.000,00
Rio Preto	315590	5.487	12.000,00	1.000,00
Rio Vermelho	315600	13.755	12.000,00	1.000,00
Rochedo de Minas	315620	2.229	12.000,00	1.000,00
Rodeiro	315630	7.429	12.000,00	1.000,00
Romaria	315640	3.671	12.000,00	1.000,00
Rosário da Limeira	315645	4.464	12.000,00	1.000,00
Rubelita	315650	7.428	12.000,00	1.000,00
Rubim	315660	10.278	12.000,00	1.000,00
Sabará	315670	132.636	79.581,60	6.631,80
Sabinópolis	315680	16.042	12.000,00	1.000,00
Sacramento	315690	25.225	15.135,00	1.261,25
Salinas	315700	40.942	24.565,20	2.047,10
Salto da Divisa	315710	7.084	12.000,00	1.000,00
Santa Bárbara	315720	29.595	17.757,00	1.479,75
Santa Bárbara do Leste	315725	8.027	12.000,00	1.000,00
Santa Bárbara do Monte Verde	315727	2.972	12.000,00	1.000,00
Santa Bárbara do Tugúrio	315730	4.646	12.000,00	1.000,00
Santa Cruz de Minas	315733	8.298	12.000,00	1.000,00
Santa Cruz de Salinas	315737	4.434	12.000,00	1.000,00
Santa Cruz do Escalvado	315740	5.050	12.000,00	1.000,00
Santa Efigênia de Minas	315750	4.661	12.000,00	1.000,00
Santa Fé de Minas	315760	4.034	12.000,00	1.000,00
Santa Helena de Minas	315765	6.309	12.000,00	1.000,00
Santa Juliana	315770	12.455	12.000,00	1.000,00
Santa Luzia	315780	213.345	131.552,78	10.962,73
Santa Margarida	315790	15.772	12.000,00	1.000,00
Santa Maria de Itabira	315800	10.918	12.000,00	1.000,00
Santa Maria do Salto	315810	5.406	12.000,00	1.000,00
Santa Maria do Suaçuí	315820	14.839	12.000,00	1.000,00
Santa Rita de Caldas	315920	9.239	12.000,00	1.000,00
Santa Rita de Ibitipoca	315940	3.628	12.000,00	1.000,00
Santa Rita de Jacutinga	315930	5.090	12.000,00	1.000,00
Santa Rita de Minas	315935	6.924	12.000,00	1.000,00
Santa Rita do Itueto	315950	5.782	12.000,00	1.000,00
Santa Rita do Sapucaí	315960	40.435	24.261,00	2.021,75
Santa Rosa da Serra	315970	3.347	12.000,00	1.000,00
Santa Vitória	315980	19.106	12.000,00	1.000,00
Santana da Vargem	315830	7.379	12.000,00	1.000,00
Santana de Cataguases	315840	3.793	12.000,00	1.000,00
Santana de Pirapama	315850	8.106	12.000,00	1.000,00
Santana do Deserto	315860	3.997	12.000,00	1.000,00
Santana do Garambéu	315870	2.361	12.000,00	1.000,00
Santana do Jacaré	315880	4.793	12.000,00	1.000,00
Santana do Manhuaçu	315890	8.834	12.000,00	1.000,00
Santana do Paraíso	315895	30.255	18.153,00	1.512,75
Santana do Riacho	315900	4.211	12.000,00	1.000,00
Santana dos Montes	315910	3.908	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio do Amparo	315990	18.162	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio do Aventureiro	316000	3.650	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio do Grama	316010	4.138	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio do Itambé	316020	4.151	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio do Jacinto	316030	12.042	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio do Monte	316040	27.352	16.411,20	1.367,60
Santo Antônio do Retiro	316045	7.236	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio do Rio Abaixo	316050	1.820	12.000,00	1.000,00
Santo Hipólito	316060	3.276	12.000,00	1.000,00
Santos Dumont	316070	47.557	28.534,20	2.377,85
São Bento Abade	316080	4.915	12.000,00	1.000,00
São Brás do Suaçuí	316090	3.673	12.000,00	1.000,00
São Domingos das Dores	316095	5.622	12.000,00	1.000,00
São Domingos do Prata	316100	17.811	12.000,00	1.000,00
São Félix de Minas	316105	3.467	12.000,00	1.000,00
São Francisco	316110	56.003	33.601,80	2.800,15
São Francisco de Paula	316120	6.666	12.000,00	1.000,00
São Francisco de Sales	316130	6.069	12.000,00	1.000,00
São Francisco do Glória	316140	5.211	12.000,00	1.000,00
São Geraldo	316150	11.178	12.000,00	1.000,00
São Geraldo da Piedade	316160	4.372	12.000,00	1.000,00
São Geraldo do Baixio	316165	3.740	12.000,00	1.000,00
São Gonçalo do Abaeté	316170	6.651	12.000,00	1.000,00
São Gonçalo do Pará	316180	11.289	12.000,00	1.000,00
São Gonçalo do Rio Abaixo	316190	10.384	12.000,00	1.000,00
São Gonçalo do Rio Preto	312550	3.170	12.000,00	1.000,00
São Gonçalo do Sapucaí	316200	25.007	15.004,20	1.250,35
São Gotardo	316210	33.774	20.264,40	1.688,70
São João Batista do Glória	316220	7.241	12.000,00	1.000,00
São João da Lagoa	316225	4.858	12.000,00	1.000,00
São João da Mata	316230	2.808	12.000,00	1.000,00
São João da Ponte	316240	25.961	15.576,60	1.298,05
São João das Missões	316245	12.421	12.000,00	1.000,00
São João del Rei	316250	88.405	53.043,00	4.420,25
São João do Manhuaçu	316255	10.917	12.000,00	1.000,00
São João do Manteninha	316257	5.530	12.000,00	1.000,00
São João do Oriente	316260	7.964	12.000,00	1.000,00
São João do Pacuí	316265	4.276	12.000,00	1.000,00
São João do Paraíso	316270	23.303	13.981,80	1.165,15
São João Evangelista	316280	16.028	12.000,00	1.000,00
São João Nepomuceno	316290	26.114	15.668,40	1.305,70
São Joaquim de Bicas	316292	28.064	16.838,40	1.403,20
São José da Barra	316294	7.155	12.000,00	1.000,00
São José da Lapa	316295	21.538	12.922,80	1.076,90
São José da Safira	316300	4.241	12.000,00	1.000,00
São José da Varginha	316310	4.556	12.000,00	1.000,00
São José do Alegre	316320	4.163	12.000,00	1.000,00
São José do Divino	316330	3.942	12.000,00	1.000,00
São José do Goiabal	316340	5.717	12.000,00	1.000,00
São José do Jacuri	316350	6.694	12.000,00	1.000,00
São José do Mantimento	316360	2.721	12.000,00	1.000,00
São Lourenço	316370	44.037	26.422,20	2.201,85
São Miguel do Anta	316380	6.991	12.000,00	1.000,00

São Pedro da União	316390	5.054	12.000,00	1.000,00
São Pedro do Suaçuí	316410	5.616	12.000,00	1.000,00
São Pedro dos Ferros	316400	8.397	12.000,00	1.000,00
São Romão	316420	11.179	12.000,00	1.000,00
São Roque de Minas	316430	6.973	12.000,00	1.000,00
São Sebastião da Bela Vista	316440	5.249	12.000,00	1.000,00
São Sebastião da Vargem Alegre	316443	2.936	12.000,00	1.000,00
São Sebastião do Anta	316447	6.140	12.000,00	1.000,00
São Sebastião do Maranhão	316450	10.740	12.000,00	1.000,00
São Sebastião do Paraíso	316470	68.518	41.110,80	3.425,90
São Sebastião do Rio Preto	316480	1.622	12.000,00	1.000,00
São Sebastião do Rio Verde	316490	2.206	12.000,00	1.000,00
São Thomé das Letras	316520	6.962	12.000,00	1.000,00
São Tiago	316500	10.955	12.000,00	1.000,00
São Tomás de Aquino	316510	7.257	12.000,00	1.000,00
São Vicente de Minas	316530	7.420	12.000,00	1.000,00
Sapucaí-Mirim	316540	6.616	12.000,00	1.000,00
Sardoá	316550	5.957	12.000,00	1.000,00
Sarzedo	316553	28.625	17.175,00	1.431,25
Sem-Peixe	316556	2.856	12.000,00	1.000,00
Senador Amaral	316557	5.398	12.000,00	1.000,00
Senador Cortes	316560	2.046	12.000,00	1.000,00
Senador Firmino	316570	7.598	12.000,00	1.000,00
Senador José Bento	316580	1.804	12.000,00	1.000,00
Senador Modestino Gonçalves	316590	4.564	12.000,00	1.000,00
Senhora de Oliveira	316600	5.864	12.000,00	1.000,00
Senhora do Porto	316610	3.597	12.000,00	1.000,00
Senhora dos Remédios	316620	10.544	12.000,00	1.000,00
Sericita	316630	7.375	12.000,00	1.000,00
Seritinga	316640	1.855	12.000,00	1.000,00
Serra Azul de Minas	316650	4.353	12.000,00	1.000,00
Serra da Saudade	316660	825	12.000,00	1.000,00
Serra do Salitre	316680	11.142	12.000,00	1.000,00
Serra dos Aimorés	316670	8.720	12.000,00	1.000,00
Serrania	316690	7.778	12.000,00	1.000,00
Serranópolis de Minas	316695	4.650	12.000,00	1.000,00
Serranos	316700	2.037	12.000,00	1.000,00
Serro	316710	21.419	12.851,40	1.070,95
Sete Lagoas	316720	227.571	136.542,60	11.378,55
Setubinha	316555	11.592	12.000,00	1.000,00
Silveirânia	316730	2.271	12.000,00	1.000,00
Silvianópolis	316740	6.249	12.000,00	1.000,00
Simão Pereira	316750	2.628	12.000,00	1.000,00
Simonésia	316760	19.188	12.000,00	1.000,00
Sobrália	316770	5.897	12.000,00	1.000,00
Soledade de Minas	316780	5.971	12.000,00	1.000,00
Tabuleiro	316790	4.085	12.000,00	1.000,00
Taiobeiras	316800	32.698	19.618,80	1.634,90
Taparuba	316805	3.210	12.000,00	1.000,00
Tapira	316810	4.423	12.000,00	1.000,00
Tapiraí	316820	1.923	12.000,00	1.000,00
Taquaraçu de Minas	316830	3.980	12.000,00	1.000,00
Tarumirim	316840	14.677	12.000,00	1.000,00
Teixeiras	316850	11.745	12.000,00	1.000,00
Teófilo Otoni	316860	140.067	84.040,20	7.003,35
Timóteo	316870	86.014	51.608,40	4.300,70
Tiradentes	316880	7.457	12.000,00	1.000,00
Tiros	316890	6.955	12.000,00	1.000,00
Tocantins	316900	16.494	12.000,00	1.000,00
Tocos do Moji	316905	4.099	12.000,00	1.000,00
Toledo	316910	6.066	12.000,00	1.000,00
Tombos	316920	9.321	12.000,00	1.000,00
Três Corações	316930	76.734	46.040,40	3.836,70
Três Marias	316935	30.302	18.181,20	1.515,10
Três Pontas	316940	56.156	33.693,60	2.807,80
Tumiritinga	316950	6.593	12.000,00	1.000,00
Tupaciguara	316960	25.171	15.102,60	1.258,55
Turmalina	316970	19.114	12.000,00	1.000,00
Turvolândia	316980	4.897	12.000,00	1.000,00
Ubá	316990	108.493	65.095,80	5.424,65
Ubaí	317000	12.248	12.000,00	1.000,00
Ubaporanga	317005	12.487	12.000,00	1.000,00
Uberaba	317010	315.360	189.216,00	15.768,00
Uberlândia	317020	646.673	388.003,80	32.333,65
Umburatiba	317030	2.746	12.000,00	1.000,00
Unaí	317040	81.693	49.015,80	4.084,65
União de Minas	317043	4.498	12.000,00	1.000,00
Uruana de Minas	317047	3.326	12.000,00	1.000,00
Urucânia	317050	10.581	12.000,00	1.000,00
Urucuia	317052	14.963	12.000,00	1.000,00
Vargem Alegre	317057	6.635	12.000,00	1.000,00
Vargem Bonita	317060	2.216	12.000,00	1.000,00
Vargem Grande do Rio Pardo	317065	4.942	12.000,00	1.000,00
Varginha	317070	130.139	78.083,40	6.506,95
Varjão de Minas	317075	6.558	12.000,00	1.000,00
Várzea da Palma	317080	37.879	22.727,40	1.893,95
Varzelândia	317090	19.678	12.000,00	1.000,00
Vazante	317100	20.506	12.303,60	1.025,30
Verdelândia	317103	8.875	12.000,00	1.000,00
Veredinha	317107	5.746	12.000,00	1.000,00
Veríssimo	317110	3.733	12.000,00	1.000,00
Vermelho Novo	317115	4.859	12.000,00	1.000,00
Vespasiano	317120	114.365	68.619,00	5.718,25
Viçosa	317130	76.147	45.688,20	3.807,35
Vieiras	317140	3.790	12.000,00	1.000,00
Virgem da Lapa	317160	14.016	12.000,00	1.000,00
Virgínia	317170	8.864	12.000,00	1.000,00
Virginópolis	317180	10.830	12.000,00	1.000,00
Virgolândia	317190	5.720	12.000,00	1.000,00
Visconde do Rio Branco	317200	40.356	24.213,60	2.017,80
Volta Grande	317210	5.258	12.000,00	1.000,00
Wenceslau Braz	317220	2.619	12.000,00	1.000,00
TOTAIS	853	20.593.356	17.269.248,80	1.439.104,07
MATO GROSSO DO SUL	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal
Água Clara	500020	13.938	12.000,00	1.000,00
Alcinópolis	500025	4.883	12.000,00	1.000,00
Amambaí	500060	36.686	22.011,60	1.834,30
Anastácio	500070	24.534	14.720,40	1.226,70
Anaurilândia	500080	8.758	12.000,00	1.000,00
Angélica	500085	9.829	12.000,00	1.000,00
Antônio João	500090	8.545	12.000,00	1.000,00
Aparecida do Taboado	500100	23.733	14.239,80	1.186,65
Aquidauana	500110	46.830	28.098,00	2.341,50
Aral Moreira	500124	11.014	12.000,00	1.000,00
Bandeirantes	500150	6.747	12.000,00	1.000,00
Batayporã	500200	11.167	12.000,00	1.000,00
Bela Vista	500210	23.888	14.332,80	1.194,40
Bodoquena	500215	7.979	12.000,00	1.000,00
Bonito	500220	20.597	12.358,20	1.029,85
Brasilândia	500230	11.943	12.000,00	1.000,00
Caarapó	500240	27.554	16.532,40	1.377,70
Camapuã	500260	13.770	12.000,00	1.000,00
Campo Grande	500270	832.352	499.411,20	41.617,60
Caracol	500280	5.699	12.000,00	1.000,00
Cassilândia	500290	21.491	12.894,60	1.074,55
Chapadão do Sul	500295	21.257	12.754,20	1.062,85
Corguinho	500310	5.289	12.000,00	1.000,00
Coronel Sapucaia	500315	14.607	12.000,00	1.000,00
Corumbá	500320	107.347	64.408,20	5.367,35
Costa Rica	500325	18.835	12.000,00	1.000,00
Coxim	500330	32.948	19.768,80	1.647,40
Deodápolis	500345	12.524	12.000,00	1.000,00
Dois Irmãos do Buriti	500348	10.793	12.000,00	1.000,00
Douradina	500350	5.616	12.000,00	1.000,00
Dourados	500370	207.498	124.498,80	10.374,90
Eldorado	500375	12.029	12.000,00	1.000,00
Fátima do Sul	500380	19.260	12.000,00	1.000,00
Figueirão	500390	2.997	12.000,00	1.000,00
Glória de Dourados	500400	10.025	12.000,00	1.000,00
Guia Lopes da Laguna	500410	10.287	12.000,00	1.000,00
Iguatemi	500430	15.429	12.000,00	1.000,00
Inocência	500440	7.711	12.000,00	1.000,00
Itaporã	500450	22.231	13.338,60	1.111,55
Itaquiraí	500460	19.672	12.000,00	1.000,00
Ivinhema	500470	22.832	13.699,20	1.141,60
Japorã	500480	8.288	12.000,00	1.000,00
Jaraguari	500490	6.696	12.000,00	1.000,00
Jardim	500500	25.180	15.108,00	1.259,00
Jateí	500510	4.051	12.000,00	1.000,00
Juti	500515	6.241	12.000,00	1.000,00
Ladário	500520	21.106	12.663,60	1.055,30
Laguna Carapã	500525	6.851	12.000,00	1.000,00
Maracaju	500540	41.099	24.659,40	2.054,95
Miranda	500560	26.670	16.002,00	1.333,50
Mundo Novo	500568	17.658	12.000,00	1.000,00
Naviraí	500570	49.827	29.896,20	2.491,35
Nioaque	500580	14.379	12.000,00	1.000,00
Nova Alvorada do Sul	500600	18.503	12.000,00	1.000,00
Nova Andradina	500620	49.104	29.462,40	2.455,20
Novo Horizonte do Sul	500625	4.581	12.000,00	1.000,00
Paraíso das Águas	500627	4.942	12.000,00	1.000,00
Paranaíba	500630	41.227	24.736,20	2.061,35
Paranhos	500635	13.123	12.000,00	1.000,00
Pedro Gomes	500640	7.908	12.000,00	1.000,00
Ponta Porã	500660	83.747	50.248,20	4.187,35
Porto Murtinho	500690	16.162	12.000,00	1.000,00
Ribas do Rio Pardo	500710	22.429	13.457,40	1.121,45
Rio Brilhante	500720	33.362	20.017,20	1.668,10
Rio Negro	500730	4.989	12.000,00	1.000,00
Rio Verde de Mato Grosso	500740	19.351	12.000,00	1.000,00
Rochedo	500750	5.156	12.000,00	1.000,00
Santa Rita do Pardo	500755	7.530	12.000,00	1.000,00
São Gabriel do Oeste	500769	24.035	14.421,00	1.201,75
Selvíria	500780	6.427	12.000,00	1.000,00
Sete Quedas	500770	10.876	12.000,00	1.000,00
Sidrolândia	500790	48.027	28.816,20	2.401,35
Sonora	500793	16.543	12.000,00	1.000,00
Tacuru	500795	10.777	12.000,00	1.000,00
Taquarussu	500797	3.570	12.000,00	1.000,00
Terenos	500800	18.942	12.000,00	1.000,00
Três Lagoas	500830	109.633	65.779,80	5.481,65
Vicentina	500840	6.013	12.000,00	1.000,00
TOTAIS	79	2.587.269	1.841.019,60	153.418,30
MATO GROSSO				
Acorizal	510010	5.431	12.000,00	1.000,00
Água Boa	510020	22.549	13.529,40	1.127,45
Alta Floresta	510025	49.761	29.856,60	2.488,05
Alto Araguaia	510030	16.818	12.000,00	1.000,00
Alto Boa Vista	510035	5.809	12.000,00	1.000,00
Alto Garças	510040	10.909	12.000,00	1.000,00
Alto Paraguai	510050	10.476	12.000,00	1.000,00
Alto Taquari	510060	9.070	12.000,00	1.000,00
Apiacás	510080	9.094	12.000,00	1.000,00
Araguaiana	510100	3.133	12.000,00	1.000,00
Araguainha	510120	1.024	12.000,00	1.000,00
Araputanga	510125	15.803	12.000,00	1.000,00
Arenápolis	510130	9.955	12.000,00	1.000,00
Aripuanã	510140	19.919	12.000,00	1.000,00
Barão de Melgaço	510160	7.565	12.000,00	1.000,00
Barra do Bugres	510170	33.022	19.813,20	1.651,10
Barra do Garças	510180	57.791	34.674,60	2.889,55
Bom Jesus do Araguaia	510185	5.756	12.000,00	1.000,00
Brasnorte	510190	16.895	12.000,00	1.000,00
Cáceres	510250	89.683	53.809,80	4.484,15
Campinápolis	510260	14.827	12.000,00	1.000,00
Campo Novo do Parecis	510263	30.335	18.201,00	1.516,75
Campo Verde	510267	35.578	21.346,80	1.778,90

Campos de Júlio	510268	5.778	12.000,00	1.000,00
Canabrava do Norte	510269	4.728	12.000,00	1.000,00
Canarana	510270	19.681	12.000,00	1.000,00
Carlinda	510279	10.626	12.000,00	1.000,00
Castanheira	510285	8.353	12.000,00	1.000,00
Chapada dos Guimarães	510300	18.393	12.000,00	1.000,00
Cláudia	510305	11.366	12.000,00	1.000,00
Cocalinho	510310	5.525	12.000,00	1.000,00
Colíder	510320	31.515	18.909,00	1.575,75
Colniza	510325	30.848	18.508,80	1.542,40
Comodoro	510330	19.045	12.000,00	1.000,00
Confresa	510335	27.144	16.286,40	1.357,20
Conquista D'Oeste	510336	3.607	12.000,00	1.000,00
Cotriguaçu	510337	16.689	12.000,00	1.000,00
Curvelândia	510343	4.961	12.000,00	1.000,00
Denise	510345	8.816	12.000,00	1.000,00
Diamantino	510350	20.822	12.493,20	1.041,10
Dom Aquino	510360	8.101	12.000,00	1.000,00
Feliz Natal	510370	12.088	12.000,00	1.000,00
Figueirópolis D'Oeste	510380	3.651	12.000,00	1.000,00
Gaúcha do Norte	510385	6.761	12.000,00	1.000,00
General Carneiro	510390	5.215	12.000,00	1.000,00
Glória D'Oeste	510395	3.072	12.000,00	1.000,00
Guarantã do Norte	510410	33.326	19.995,60	1.666,30
Guiratinga	510420	14.304	12.000,00	1.000,00
Indiavaí	510450	2.491	12.000,00	1.000,00
Ipiranga do Norte	510452	6.057	12.000,00	1.000,00
Itanhangá	510454	5.794	12.000,00	1.000,00
Itaúba	510455	4.238	12.000,00	1.000,00
Itiquira	510460	12.109	12.000,00	1.000,00
Jaciara	510480	26.157	15.694,20	1.307,85
Jangada	510490	7.851	12.000,00	1.000,00
Jauru	510500	9.728	12.000,00	1.000,00
Juara	510510	33.353	20.011,80	1.667,65
Juína	510515	39.592	23.755,20	1.979,60
Juruena	510517	12.900	12.000,00	1.000,00
Juscimeira	510520	11.252	12.000,00	1.000,00
Lambari D'Oeste	510523	5.647	12.000,00	1.000,00
Lucas do Rio Verde	510525	52.843	31.705,80	2.642,15
Luciára	510530	2.148	12.000,00	1.000,00
Marcelândia	510558	11.324	12.000,00	1.000,00
Matupá	510560	14.973	12.000,00	1.000,00
Mirassol d'Oeste	510562	26.002	15.601,20	1.300,10
Nobres	510590	15.002	12.000,00	1.000,00
Nortelândia	510600	6.209	12.000,00	1.000,00
Nossa Senhora do Livramento	510610	11.497	12.000,00	1.000,00
Nova Bandeirantes	510615	12.946	12.000,00	1.000,00
Nova Brasilândia	510620	4.252	12.000,00	1.000,00
Nova Canaã do Norte	510621	12.295	12.000,00	1.000,00
Nova Guarita	510880	4.731	12.000,00	1.000,00
Nova Lacerda	510618	5.824	12.000,00	1.000,00
Nova Marilândia	510885	3.052	12.000,00	1.000,00
Nova Maringá	510890	7.323	12.000,00	1.000,00
Nova Monte Verde	510895	8.444	12.000,00	1.000,00
Nova Mutum	510622	36.659	21.995,40	1.832,95
Nova Nazaré	510617	3.318	12.000,00	1.000,00
Nova Olímpia	510623	18.437	12.000,00	1.000,00
Nova Santa Helena	510619	3.534	12.000,00	1.000,00
Nova Ubiratã	510624	10.207	12.000,00	1.000,00
Nova Xavantina	510625	20.143	12.085,80	1.007,15
Novo Horizonte do Norte	510627	3.815	12.000,00	1.000,00
Novo Mundo	510626	7.979	12.000,00	1.000,00
Novo Santo Antônio	510631	2.232	12.000,00	1.000,00
Novo São Joaquim	510628	5.611	12.000,00	1.000,00
Paranaíta	510629	10.801	12.000,00	1.000,00
Paranatinga	510630	20.383	12.229,80	1.019,15
Pedra Preta	510637	16.348	12.000,00	1.000,00
Peixoto de Azevedo	510642	32.100	19.260,00	1.605,00
Planalto da Serra	510645	2.683	12.000,00	1.000,00
Poconé	510650	32.053	19.231,80	1.602,65
Pontal do Araguaia	510665	5.855	12.000,00	1.000,00
Ponte Branca	510670	1.679	12.000,00	1.000,00
Pontes e Lacerda	510675	42.605	25.563,00	2.130,25
Porto Alegre do Norte	510677	11.336	12.000,00	1.000,00
Porto dos Gaúchos	510680	5.389	12.000,00	1.000,00
Porto Esperidião	510682	11.317	12.000,00	1.000,00
Porto Estrela	510685	3.354	12.000,00	1.000,00
Poxoréo	510700	16.919	12.000,00	1.000,00
Primavera do Leste	510704	55.451	33.270,60	2.772,55
Querência	510706	14.631	12.000,00	1.000,00
Reserva do Cabaçal	510715	2.612	12.000,00	1.000,00
Ribeirão Cascalheira	510718	9.316	12.000,00	1.000,00
Ribeirãozinho	510719	2.259	12.000,00	1.000,00
Rio Branco	510720	5.063	12.000,00	1.000,00
Rondolândia	510757	3.726	12.000,00	1.000,00
Rondonópolis	510760	208.019	124.811,40	10.400,95
Rosário Oeste	510770	17.393	12.000,00	1.000,00
Salto do Céu	510775	3.666	12.000,00	1.000,00
Santa Carmem	510724	4.219	12.000,00	1.000,00
Santa Cruz do Xingu	510774	2.139	12.000,00	1.000,00
Santa Rita do Trivelato	510776	2.831	12.000,00	1.000,00
Santa Terezinha	510777	7.709	12.000,00	1.000,00
Santo Afonso	510726	3.025	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio do Leste	510779	4.275	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio do Leverger	510780	19.302	12.000,00	1.000,00
São Félix do Araguaia	510785	10.951	12.000,00	1.000,00
São José do Povo	510729	3.741	12.000,00	1.000,00
São José do Rio Claro	510730	18.339	12.000,00	1.000,00
São José do Xingu	510735	5.333	12.000,00	1.000,00
São José dos Quatro Marcos	510710	18.801	12.000,00	1.000,00
São Pedro da Cipa	510740	4.341	12.000,00	1.000,00
Sapezal	510787	20.934	12.560,40	1.046,70
Serra Nova Dourada	510788	1.463	12.000,00	1.000,00
Sinop	510790	123.634	74.180,40	6.181,70
Sorriso	510792	75.104	45.062,40	3.755,20
Tabaporã	510794	9.678	12.000,00	1.000,00
Tangará da Serra	510795	90.252	54.151,20	4.512,60
Tapurah	510800	11.586	12.000,00	1.000,00
Terra Nova do Norte	510805	10.621	12.000,00	1.000,00
Tesouro	510810	3.482	12.000,00	1.000,00
Torixoréu	510820	3.859	12.000,00	1.000,00
União do Sul	510830	3.639	12.000,00	1.000,00
Vale de São Domingos	510835	3.050	12.000,00	1.000,00
Várzea Grande	510840	262.880	157.728,00	13.144,00
Vera	510850	10.561	12.000,00	1.000,00
Vila Bela da Santíssima Trindade	510550	14.999	12.000,00	1.000,00
Vila Rica	510860	22.990	13.794,00	1.149,50
TOTAIS	141	3.182.113	2.660.014,80	221.667,90

PARÁ	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal
Abaetetuba	150010	147.267	88.360,20	7.363,35
Abel Figueiredo	150013	7.013	12.000,00	1.000,00
Acará	150020	54.030	32.418,00	2.701,50
Afuá	150030	36.598	21.958,80	1.829,90
Água Azul do Norte	150034	25.899	17.730,69	1.477,56
Alenquer	150040	54.035	32.421,00	2.701,75
Almeirim	150050	33.562	20.137,20	1.678,10
Altamira	150060	105.106	63.063,60	5.255,30
Anajás	150070	26.547	15.928,20	1.327,35
Ananindeua	150080	493.976	296.385,60	24.698,80
Anapu	150085	23.609	14.165,40	1.180,45
Augusto Corrêa	150090	42.591	25.554,60	2.129,55
Aurora do Pará	150095	28.441	17.064,60	1.422,05
Aveiro	150100	15.959	12.000,00	1.000,00
Bagre	150110	26.666	15.999,60	1.333,30
Baião	150120	41.232	24.739,20	2.061,60
Bannach	150125	3.340	12.000,00	1.000,00
Barcarena	150130	109.975	65.985,00	5.498,75
Belém	150140	1.425.922	855.553,20	71.296,10
Belterra	150145	16.808	12.000,00	1.000,00
Benevides	150150	56.112	33.667,20	2.805,60
Bom Jesus do Tocantins	150157	15.916	12.000,00	1.000,00
Bonito	150160	14.689	12.000,00	1.000,00
Bragança	150170	118.678	71.206,80	5.933,90
Brasil Novo	150172	15.300	12.000,00	1.000,00
Brejo Grande do Araguaia	150175	7.285	12.000,00	1.000,00
Breu Branco	150178	58.033	34.819,80	2.901,65
Breves	150180	96.444	57.866,40	4.822,20
Bujaru	150190	27.000	16.200,00	1.350,00
Cachoeira do Arari	150200	21.740	13.044,00	1.087,00
Cachoeira do Piriá	150195	29.533	17.719,80	1.476,65
Cametá	150210	127.401	76.440,60	6.370,05
Canaã dos Carajás	150215	31.062	18.637,20	1.553,10
Capanema	150220	65.498	39.298,80	3.274,90
Capitão Poço	150230	52.537	31.522,20	2.626,85
Castanhal	150240	183.917	110.350,20	9.195,85
Chaves	150250	22.029	13.217,40	1.101,45
Colares	150260	11.600	12.000,00	1.000,00
Conceição do Araguaia	150270	46.206	27.723,60	2.310,30
Concórdia do Pará	150275	30.233	18.139,80	1.511,65
Cumaru do Norte	150276	11.704	12.000,00	1.000,00
Curionópolis	150277	17.983	12.000,00	1.000,00
Curralinho	150280	30.915	18.549,00	1.545,75
Curuá	150285	13.097	12.000,00	1.000,00
Curuçá	150290	36.557	21.934,20	1.827,85
Dom Eliseu	150293	54.602	32.761,20	2.730,10
Eldorado dos Carajás	150295	32.420	19.452,00	1.621,00
Faro	150300	7.680	12.000,00	1.000,00
Floresta do Araguaia	150304	18.741	12.000,00	1.000,00
Garrafão do Norte	150307	25.287	15.172,20	1.264,35
Goianésia do Pará	150309	36.500	21.900,00	1.825,00
Gurupá	150310	30.727	18.436,20	1.536,35
Igarapé-Açu	150320	36.883	22.129,80	1.844,15
Igarapé-Miri	150330	59.644	35.786,40	2.982,20
Inhangapi	150340	10.693	12.000,00	1.000,00
Ipixuna do Pará	150345	54.609	32.765,40	2.730,45
Irituia	150350	31.634	18.980,40	1.581,70
Itaituba	150360	98.363	72.617,66	6.051,47
Itupiranga	150370	51.711	31.026,60	2.585,55
Jacareacanga	150375	41.487	24.892,20	2.074,35
Jacundá	150380	54.376	32.625,60	2.718,80
Juruti	150390	51.483	30.889,80	2.574,15
Limoeiro do Ajuru	150400	26.542	15.925,20	1.327,10
Mãe do Rio	150405	28.636	17.181,60	1.431,80
Magalhães Barata	150410	8.240	12.000,00	1.000,00
Marabá	150420	251.885	151.131,00	12.594,25
Maracanã	150430	28.631	17.178,60	1.431,55
Marapanim	150440	27.153	16.291,80	1.357,65
Marituba	150442	117.614	70.568,40	5.880,70
Medicilândia	150445	28.987	17.392,20	1.449,35
Melgaço	150450	25.860	15.516,00	1.293,00
Mocajuba	150460	28.454	17.072,40	1.422,70
Moju	150470	74.768	44.860,80	3.738,40
Mojuí dos Campos	150475	15.232	12.000,00	1.000,00
Monte Alegre	150480	56.147	36.318,49	3.026,54
Muaná	150490	36.632	21.979,20	1.831,60
Nova Esperança do Piriá	150495	20.528	13.667,22	1.138,94
Nova Ipixuna	150497	15.422	12.000,00	1.000,00
Nova Timboteua	150500	14.305	12.000,00	1.000,00
Novo Progresso	150503	25.203	15.121,80	1.260,15
Novo Repartimento	150506	67.652	40.591,20	3.382,60
Óbidos	150510	50.171	30.102,60	2.508,55
Oeiras do Pará	150520	30.088	18.052,80	1.504,40
Oriximiná	150530	66.821	40.092,60	3.341,05
Ourém	150540	16.854	12.000,00	1.000,00
Ourilândia do Norte	150543	29.547	17.728,20	1.477,35
Pacajá	150548	43.057	25.834,20	2.152,85
Palestina do Pará	150549	7.465	12.000,00	1.000,00
Paragominas	150550	103.775	62.265,00	5.188,75
Parauapebas	150553	176.582	105.949,20	8.829,10
Pau D'Arco	150555	5.743	12.000,00	1.000,00
Peixe-Boi	150560	7.889	12.000,00	1.000,00
Piçarra	150563	12.720	12.000,00	1.000,00

Placas	150565	26.842	16.105,20	1.342,10
Ponta de Pedras	150570	28.025	16.815,00	1.401,25
Portel	150580	56.094	33.656,40	2.804,70
Porto de Moz	150590	36.841	22.104,60	1.842,05
Prainha	150600	29.342	17.605,20	1.467,10
Primavera	150610	10.432	12.000,00	1.000,00
Quatipuru	150611	12.838	12.000,00	1.000,00
Redenção	150613	79.010	47.406,00	3.950,50
Rio Maria	150616	17.774	12.000,00	1.000,00
Rondon do Pará	150618	48.959	29.375,40	2.447,95
Rurópolis	150619	44.349	26.609,40	2.217,45
Salinópolis	150620	38.552	23.131,20	1.927,60
Salvaterra	150630	21.592	12.955,20	1.079,60
Santa Bárbara do Pará	150635	18.736	12.000,00	1.000,00
Santa Izabel do Pará	150650	63.973	38.383,80	3.198,65
Santa Luzia do Pará	150655	19.455	12.000,00	1.000,00
Santa Maria das Barreiras	150658	18.934	12.000,00	1.000,00
Santa Maria do Pará	150660	23.649	14.189,40	1.182,45
Santana do Araguaia	150670	63.031	37.818,60	3.151,55
Santarém	150680	288.462	173.077,20	14.423,10
Santarém Novo	150690	6.341	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio do Tauá	150700	28.575	17.145,00	1.428,75
São Caetano de Odivelas	150710	17.266	12.000,00	1.000,00
São Domingos do Araguaia	150715	24.012	14.407,20	1.200,60
São Domingos do Capim	150720	30.550	18.330,00	1.527,50
São Félix do Xingu	150730	106.940	64.164,00	5.347,00
São Francisco do Pará	150740	15.301	12.000,00	1.000,00
São Geraldo do Araguaia	150745	25.056	15.033,60	1.252,80
São João da Ponta	150746	5.608	12.000,00	1.000,00
São João de Pirabas	150747	21.536	12.921,60	1.076,80
São João do Araguaia	150750	13.419	12.000,00	1.000,00
São Miguel do Guamá	150760	54.417	32.650,20	2.720,85
São Sebastião da Boa Vista	150770	24.363	14.617,80	1.218,15
Sapucaia	150775	5.395	12.000,00	1.000,00
Senador José Porfírio	150780	12.331	12.000,00	1.000,00
Soure	150790	23.861	14.316,60	1.193,05
Tailândia	150795	90.552	54.331,20	4.527,60
Terra Alta	150796	10.822	12.000,00	1.000,00
Terra Santa	150797	17.614	12.000,00	1.000,00
Tomé-Açu	150800	59.112	35.467,20	2.955,60
Tracuateua	150803	28.775	17.265,00	1.438,75
Trairão	150805	17.670	12.000,00	1.000,00
Tucumã	150808	36.021	21.612,60	1.801,05
Tucuruí	150810	103.619	62.171,40	5.180,95
Ulianópolis	150812	49.972	29.983,20	2.498,60
Uruará	150815	44.731	34.012,41	2.834,37
Vigia	150820	50.055	30.033,00	2.502,75
Viseu	150830	58.323	34.993,80	2.916,15
Vitória do Xingu	150835	14.072	12.000,00	1.000,00
Xinguara	150840	42.085	25.251,00	2.104,25
TOTAIS	144	7.999.729	5.009.997,27	417.499,77
PARAÍBA	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal
Água Branca	250010	9.893	12.000,00	1.000,00
Aguiar	250020	5.586	12.000,00	1.000,00
Alagoa Grande	250030	28.733	17.239,80	1.436,65
Alagoa Nova	250040	20.294	12.176,40	1.014,70
Alagoinha	250050	14.088	12.000,00	1.000,00
Alcantil	250053	5.398	12.000,00	1.000,00
Algodão de Jandaíra	250057	2.446	12.000,00	1.000,00
Alhandra	250060	18.868	12.000,00	1.000,00
Amparo	250073	2.176	12.000,00	1.000,00
Aparecida	250077	8.081	12.000,00	1.000,00
Araçagi	250080	17.252	12.000,00	1.000,00
Arara	250090	13.157	12.000,00	1.000,00
Araruna	250100	19.653	12.000,00	1.000,00
Areia	250110	23.472	14.083,20	1.173,60
Areia de Baraúnas	250115	1.908	12.000,00	1.000,00
Areial	250120	6.819	12.000,00	1.000,00
Aroeiras	250130	19.259	12.000,00	1.000,00
Assunção	250135	3.732	12.000,00	1.000,00
Baía da Traição	250140	8.561	12.000,00	1.000,00
Bananeiras	250150	22.012	13.207,20	1.100,60
Baraúna	250153	4.577	12.000,00	1.000,00
Barra de Santa Rosa	250160	14.847	12.000,00	1.000,00
Barra de Santana	250157	8.305	12.000,00	1.000,00
Barra de São Miguel	250170	5.824	12.000,00	1.000,00
Bayeux	250180	95.196	57.117,60	4.759,80
Belém	250190	17.495	12.000,00	1.000,00
Belém do Brejo do Cruz	250200	7.291	12.000,00	1.000,00
Bernardino Batista	250205	3.266	12.000,00	1.000,00
Boa Ventura	250210	5.608	12.000,00	1.000,00
Boa Vista	250215	6.669	12.000,00	1.000,00
Bom Jesus	250220	2.495	12.000,00	1.000,00
Bom Sucesso	250230	5.044	12.000,00	1.000,00
Bonito de Santa Fé	250240	11.409	12.000,00	1.000,00
Boqueirão	250250	17.434	12.000,00	1.000,00
Borborema	250270	5.297	12.000,00	1.000,00
Brejo do Cruz	250280	13.676	12.000,00	1.000,00
Brejo dos Santos	250290	6.364	12.000,00	1.000,00
Caaporã	250300	21.212	12.727,20	1.060,60
Cabaceiras	250310	5.319	12.000,00	1.000,00
Cabedelo	250320	63.035	37.821,00	3.151,75
Cachoeira dos Índios	250330	9.950	12.000,00	1.000,00
Cacimba de Areia	250340	3.673	12.000,00	1.000,00
Cacimba de Dentro	250350	17.141	12.000,00	1.000,00
Cacimbas	250355	7.035	12.000,00	1.000,00
Caiçara	250360	7.304	12.000,00	1.000,00
Cajazeiras	250370	60.612	36.367,20	3.030,60
Cajazeirinhas	250375	3.131	12.000,00	1.000,00
Caldas Brandão	250380	5.859	12.000,00	1.000,00
Camalaú	250390	5.917	12.000,00	1.000,00
Campina Grande	250400	400.002	240.001,20	20.000,10
Capim	250403	6.082	12.000,00	1.000,00
Caraúbas	250407	4.054	12.000,00	1.000,00
Carrapateira	250410	2.529	12.000,00	1.000,00
Casserengue	250415	7.304	12.000,00	1.000,00
Catingueira	250420	4.905	12.000,00	1.000,00
Catolé do Rocha	250430	29.794	17.876,40	1.489,70
Caturité	250435	4.714	12.000,00	1.000,00
Conceição	250440	18.769	12.000,00	1.000,00
Condado	250450	6.711	12.000,00	1.000,00
Conde	250460	23.115	13.869,00	1.155,75
Congo	250470	4.770	12.000,00	1.000,00
Coremas	250480	15.391	12.000,00	1.000,00
Coxixola	250485	1.856	12.000,00	1.000,00
Cruz do Espírito Santo	250490	16.836	12.000,00	1.000,00
Cubati	250500	7.106	12.000,00	1.000,00
Cuité	250510	20.299	12.179,40	1.014,95
Cuité de Mamanguape	250523	6.321	12.000,00	1.000,00
Cuitegi	250520	6.895	12.000,00	1.000,00
Curral Velho	250530	2.529	12.000,00	1.000,00
Damião	250535	5.142	12.000,00	1.000,00
Desterro	250540	8.196	12.000,00	1.000,00
Diamante	250560	6.636	12.000,00	1.000,00
Dona Inês	250570	10.535	12.000,00	1.000,00
Duas Estradas	250580	3.645	12.000,00	1.000,00
Emas	250590	3.439	12.000,00	1.000,00
Esperança	250600	32.264	19.358,40	1.613,20
Fagundes	250610	11.449	12.000,00	1.000,00
Frei Martinho	250620	2.981	12.000,00	1.000,00
Gado Bravo	250625	8.466	12.000,00	1.000,00
Guarabira	250630	57.383	34.429,80	2.869,15
Gurinhém	250640	14.098	12.000,00	1.000,00
Gurjão	250650	3.311	12.000,00	1.000,00
Ibiara	250660	6.027	12.000,00	1.000,00
Igaracy	250260	6.210	12.000,00	1.000,00
Imaculada	250670	11.659	12.000,00	1.000,00
Ingá	250680	17.912	12.000,00	1.000,00
Itabaiana	250690	24.663	14.797,80	1.233,15
Itaporanga	250700	24.128	14.476,80	1.206,40
Itapororoca	250710	17.918	12.000,00	1.000,00
Itatuba	250720	10.590	12.000,00	1.000,00
Jacaraú	250730	14.248	12.000,00	1.000,00
Jericó	250740	7.689	12.000,00	1.000,00
João Pessoa	250750	769.607	461.764,20	38.480,35
Joca Claudino	251365	2.669	12.000,00	1.000,00
Juarez Távora	250760	7.742	12.000,00	1.000,00
Juazeirinho	250770	17.565	12.000,00	1.000,00
Junco do Seridó	250780	6.934	12.000,00	1.000,00
Juripiranga	250790	10.560	12.000,00	1.000,00
Juru	250800	9.919	12.000,00	1.000,00
Lagoa	250810	4.710	12.000,00	1.000,00
Lagoa de Dentro	250820	7.564	12.000,00	1.000,00
Lagoa Seca	250830	26.788	16.072,80	1.339,40
Lastro	250840	2.809	12.000,00	1.000,00
Livramento	250850	7.320	12.000,00	1.000,00
Logradouro	250855	4.157	12.000,00	1.000,00
Lucena	250860	12.460	12.000,00	1.000,00
Mãe d'Água	250870	4.044	12.000,00	1.000,00
Malta	250880	5.679	12.000,00	1.000,00
Mamanguape	250890	43.678	26.206,80	2.183,90
Manaíra	250900	11.007	12.000,00	1.000,00
Marcação	250905	8.117	12.000,00	1.000,00
Mari	250910	21.648	12.988,80	1.082,40
Marizópolis	250915	6.423	12.000,00	1.000,00
Massaranduba	250920	13.438	12.000,00	1.000,00
Mataraca	250930	7.952	12.000,00	1.000,00
Matinhas	250933	4.453	12.000,00	1.000,00
Mato Grosso	250937	2.821	12.000,00	1.000,00
Maturéia	250939	6.283	12.000,00	1.000,00
Mogeiro	250940	13.349	12.000,00	1.000,00
Montadas	250950	5.351	12.000,00	1.000,00
Monte Horebe	250960	4.688	12.000,00	1.000,00
Monteiro	250970	32.211	19.326,60	1.610,55
Mulungu	250980	9.750	12.000,00	1.000,00
Natuba	250990	10.439	12.000,00	1.000,00
Nazarezinho	251000	7.342	12.000,00	1.000,00
Nova Floresta	251010	10.661	12.000,00	1.000,00
Nova Olinda	251020	6.058	12.000,00	1.000,00
Nova Palmeira	251030	4.647	12.000,00	1.000,00
Olho d'Água	251040	6.790	12.000,00	1.000,00
Olivedos	251050	3.804	12.000,00	1.000,00
Ouro Velho	251060	3.003	12.000,00	1.000,00
Parari	251065	1.823	12.000,00	1.000,00
Passagem	251070	2.338	12.000,00	1.000,00
Patos	251080	104.716	62.829,60	5.235,80
Paulista	251090	12.117	12.000,00	1.000,00
Pedra Branca	251100	3.787	12.000,00	1.000,00
Pedra Lavrada	251110	7.830	12.000,00	1.000,00
Pedras de Fogo	251120	28.056	16.833,60	1.402,80
Pedro Régis	251272	5.963	12.000,00	1.000,00
Piancó	251130	15.870	12.000,00	1.000,00
Picuí	251140	18.597	12.000,00	1.000,00
Pilar	251150	11.620	12.000,00	1.000,00
Pilões	251160	6.860	12.000,00	1.000,00
Pilõezinhos	251170	5.159	12.000,00	1.000,00
Pirpirituba	251180	10.523	12.000,00	1.000,00
Pitimbu	251190	18.148	12.000,00	1.000,00
Pocinhos	251200	17.894	12.000,00	1.000,00
Poço Dantas	251203	3.788	12.000,00	1.000,00
Poço de José de Moura	251207	4.165	12.000,00	1.000,00
Pombal	251210	32.654	19.592,40	1.632,70
Prata	251220	4.033	12.000,00	1.000,00
Princesa Isabel	251230	22.461	13.476,60	1.123,05
Puxinanã	251240	13.386	12.000,00	1.000,00
Queimadas	251250	42.586	25.551,60	2.129,30
Quixabá	251260	1.834	12.000,00	1.000,00
Remígio	251270	18.686	12.000,00	1.000,00
Riachão	251274	3.448	12.000,00	1.000,00
Riachão do Bacamarte	251275	4.419	12.000,00	1.000,00
Riachão do Poço	251276	4.359	12.000,00	1.000,00
Riacho de Santo Antônio	251278	1.856	12.000,00	1.000,00
Riacho dos Cavalos	251280	8.513	12.000,00	1.000,00

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300675

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Rio Tinto	251290	23.883	14.329,80	1.194,15
Salgadinho	251300	3.752	12.000,00	1.000,00
Salgado de São Félix	251310	12.144	12.000,00	1.000,00
Santa Cecília	251315	6.610	12.000,00	1.000,00
Santa Cruz	251320	6.573	12.000,00	1.000,00
Santa Helena	251330	5.949	12.000,00	1.000,00
Santa Inês	251335	3.592	12.000,00	1.000,00
Santa Luzia	251340	15.145	12.000,00	1.000,00
Santa Rita	251370	132.871	79.722,60	6.643,55
Santa Teresinha	251380	4.612	12.000,00	1.000,00
Santana de Mangueira	251350	5.292	12.000,00	1.000,00
Santana dos Garrotes	251360	7.209	12.000,00	1.000,00
Santo André	251385	2.565	12.000,00	1.000,00
São Bentinho	251392	4.355	12.000,00	1.000,00
São Domingos de Pombal	251396	2.999	12.000,00	1.000,00
São Domingos do Cariri	251394	2.522	12.000,00	1.000,00
São Francisco	251398	3.389	12.000,00	1.000,00
São João do Cariri	251400	4.352	12.000,00	1.000,00
São João do Rio do Peixe	250070	17.917	12.000,00	1.000,00
São João do Tigre	251410	4.442	12.000,00	1.000,00
São José da Lagoa Tapada	251420	7.674	12.000,00	1.000,00
São José de Caiana	251430	6.179	12.000,00	1.000,00
São José de Espinharas	251440	4.738	12.000,00	1.000,00
São José de Piranhas	251450	19.732	12.000,00	1.000,00
São José de Princesa	251455	4.077	12.000,00	1.000,00
São José do Bonfim	251460	3.411	12.000,00	1.000,00
São José do Brejo do Cruz	251465	1.753	12.000,00	1.000,00
São José do Sabugi	251470	4.102	12.000,00	1.000,00
São José dos Cordeiros	251480	3.749	12.000,00	1.000,00
São José dos Ramos	251445	5.762	12.000,00	1.000,00
São Mamede	251490	7.794	12.000,00	1.000,00
São Miguel de Taipu	251500	6.970	12.000,00	1.000,00
São Sebastião de Lagoa de Roça	251510	11.495	12.000,00	1.000,00
São Sebastião do Umbuzeiro	251520	3.380	12.000,00	1.000,00
Sapé	251530	51.700	31.020,00	2.585,00
Seridó	251540	10.701	12.000,00	1.000,00
Serra Branca	251550	13.409	12.000,00	1.000,00
Serra da Raiz	251560	3.190	12.000,00	1.000,00
Serra Grande	251570	3.055	12.000,00	1.000,00
Serra Redonda	251580	7.089	12.000,00	1.000,00
Serraria	251590	6.218	12.000,00	1.000,00
Sertãozinho	251593	4.728	12.000,00	1.000,00
Sobrado	251597	7.623	12.000,00	1.000,00
Solânea	251600	26.431	15.858,60	1.321,55
Soledade	251610	14.418	12.000,00	1.000,00
Sossêgo	251615	3.376	12.000,00	1.000,00
Sousa	251620	68.030	40.818,00	3.401,50
Sumé	251630	16.595	12.000,00	1.000,00
Tacima	251640	10.665	12.000,00	1.000,00
Taperoá	251650	15.190	12.000,00	1.000,00
Tavares	251660	14.467	12.000,00	1.000,00
Teixeira	251670	14.739	12.000,00	1.000,00
Tenório	251675	2.951	12.000,00	1.000,00
Triunfo	251680	9.410	12.000,00	1.000,00
Uiraúna	251690	15.062	12.000,00	1.000,00
Umbuzeiro	251700	9.862	12.000,00	1.000,00
Várzea	251710	2.668	12.000,00	1.000,00
Vieirópolis	251720	5.228	12.000,00	1.000,00
Vista Serrana	250550	3.675	12.000,00	1.000,00
Zabelê	251740	2.169	12.000,00	1.000,00
TOTAIS	223	3.914.421	3.735.711,00	311.309,25
PERNAMBUCO	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal
Abreu e Lima	260005	97.786	58.671,60	4.889,30
Afogados da Ingazeira	260010	36.379	21.827,40	1.818,95
Afrânio	260020	18.625	12.000,00	1.000,00
Agrestina	260030	23.842	14.305,20	1.192,10
Água Preta	260040	34.978	20.986,80	1.748,90
Águas Belas	260050	42.008	25.204,80	2.100,40
Alagoinha	260060	14.155	12.000,00	1.000,00
Aliança	260070	38.242	22.945,20	1.912,10
Altinho	260080	22.853	13.711,80	1.142,65
Amaraji	260090	22.555	13.533,00	1.127,75
Angelim	260100	10.706	12.000,00	1.000,00
Araçoiaba	260105	19.333	12.000,00	1.000,00
Araripina	260110	80.577	48.346,20	4.028,85
Arcoverde	260120	72.102	43.261,20	3.605,10
Barra de Guabiraba	260130	13.523	12.000,00	1.000,00
Barreiros	260140	41.987	25.192,20	2.099,35
Belém de Maria	260150	11.777	12.000,00	1.000,00
Belém de São Francisco	260160	20.680	12.408,00	1.034,00
Belo Jardim	260170	74.902	44.941,20	3.745,10
Betânia	260180	12.433	12.000,00	1.000,00
Bezerros	260190	60.213	36.127,80	3.010,65
Bodocó	260200	36.783	22.069,80	1.839,15
Bom Conselho	260210	47.273	28.363,80	2.363,65
Bom Jardim	260220	38.816	23.289,60	1.940,80
Bonito	260230	38.287	22.972,20	1.914,35
Brejão	260240	9.006	12.000,00	1.000,00
Brejinho	260250	7.464	12.000,00	1.000,00
Brejo da Madre de Deus	260260	47.972	28.783,20	2.398,60
Buenos Aires	260270	12.934	12.000,00	1.000,00
Buíque	260280	55.268	33.160,80	2.763,40
Cabo de Santo Agostinho	260290	196.152	117.691,20	9.807,60
Cabrobó	260300	32.596	19.557,60	1.629,80
Cachoeirinha	260310	19.674	12.000,00	1.000,00
Caetés	260320	27.766	16.659,60	1.388,30
Calçado	260330	11.223	12.000,00	1.000,00
Calumbi	260340	5.754	12.000,00	1.000,00
Camaragibe	260345	151.587	90.952,20	7.579,35
Camocim de São Félix	260350	17.980	12.000,00	1.000,00
Camutanga	260360	8.405	12.000,00	1.000,00
Canhotinho	260370	24.918	14.950,80	1.245,90
Capoeiras	260380	20.004	12.002,40	1.000,20
Carnaíba	260390	19.187	12.000,00	1.000,00
Carnaubeira da Penha	260392	12.387	12.000,00	1.000,00
Carpina	260400	79.308	47.584,80	3.965,40
Caruaru	260410	337.416	202.449,60	16.870,80
Casinhas	260415	14.159	12.000,00	1.000,00
Catende	260420	40.328	24.196,80	2.016,40
Cedro	260430	11.323	12.000,00	1.000,00
Chã de Alegria	260440	13.002	12.000,00	1.000,00
Chã Grande	260450	21.006	12.603,60	1.050,30
Condado	260460	25.435	15.261,00	1.271,75
Correntes	260470	17.830	12.000,00	1.000,00
Cortês	260480	12.647	12.000,00	1.000,00
Cumaru	260490	14.815	12.000,00	1.000,00
Cupira	260500	23.695	14.217,00	1.184,75
Custódia	260510	35.574	21.344,40	1.778,70
Dormentes	260515	17.925	12.000,00	1.000,00
Escada	260520	66.419	39.851,40	3.320,95
Feira Nova	260540	21.444	12.866,40	1.072,20
Fernando de Noronha	260545	2.837	12.000,00	1.000,00
Ferreiros	260550	11.850	12.000,00	1.000,00
Flores	260560	22.610	13.566,00	1.130,50
Floresta	260570	31.088	18.652,80	1.554,40
Frei Miguelinho	260580	14.932	12.000,00	1.000,00
Gameleira	260590	29.515	17.709,00	1.475,75
Garanhuns	260600	135.138	81.082,80	6.756,90
Glória do Goitá	260610	30.000	18.000,00	1.500,00
Goiana	260620	77.945	46.767,00	3.897,25
Granito	260630	7.191	12.000,00	1.000,00
Gravatá	260640	80.450	48.270,00	4.022,50
Iati	260650	18.913	12.000,00	1.000,00
Ibimirim	260660	28.197	16.918,20	1.409,85
Ibirajuba	260670	7.714	12.000,00	1.000,00
Igarassu	260680	109.322	65.593,20	5.466,10
Iguaraci	260690	12.097	12.000,00	1.000,00
Ilha de Itamaracá	260760	23.923	14.353,80	1.196,15
Inajá	260700	21.003	12.601,80	1.050,15
Ingazeira	260710	4.570	12.000,00	1.000,00
Ipojuca	260720	87.926	52.755,60	4.396,30
Ipubi	260730	30.037	18.022,20	1.501,85
Itacuruba	260740	4.643	12.000,00	1.000,00
Itaíba	260750	26.651	15.990,60	1.332,55
Itambé	260765	36.233	21.739,80	1.811,65
Itapetim	260770	13.932	12.000,00	1.000,00
Itapissuma	260775	25.220	15.132,00	1.261,00
Itaquitinga	260780	16.638	12.000,00	1.000,00
Jaboatão dos Guararapes	260790	675.599	405.359,40	33.779,95
Jaqueira	260795	11.696	12.000,00	1.000,00
Jataúba	260800	16.679	12.000,00	1.000,00
Jatobá	260805	14.464	12.000,00	1.000,00
João Alfredo	260810	32.355	19.413,00	1.617,75
Joaquim Nabuco	260820	16.056	12.000,00	1.000,00
Jucati	260825	11.061	12.000,00	1.000,00
Jupi	260830	14.325	12.000,00	1.000,00
Jurema	260840	15.050	12.000,00	1.000,00
Lagoa do Carro	260845	17.034	12.000,00	1.000,00
Lagoa do Itaenga	260850	21.210	12.726,00	1.060,50
Lagoa do Ouro	260860	12.685	12.000,00	1.000,00
Lagoa dos Gatos	260870	16.100	12.000,00	1.000,00
Lagoa Grande	260875	24.183	14.509,80	1.209,15
Lajedo	260880	38.545	23.127,00	1.927,25
Limoeiro	260890	56.407	33.844,20	2.820,35
Macaparana	260900	24.793	14.875,80	1.239,65
Machados	260910	14.770	12.000,00	1.000,00
Manari	260915	19.788	12.000,00	1.000,00
Maraial	260920	12.009	12.000,00	1.000,00
Mirandiba	260930	14.915	12.000,00	1.000,00
Moreilândia	261430	11.246	12.000,00	1.000,00
Moreno	260940	59.836	35.901,60	2.991,80
Nazaré da Mata	260950	31.834	19.100,40	1.591,70
Olinda	260960	388.127	232.876,20	19.406,35
Orobó	260970	23.552	14.131,20	1.177,60
Orocó	260980	14.071	12.000,00	1.000,00
Ouricuri	260990	67.689	40.613,40	3.384,45
Palmares	261000	61.731	37.038,60	3.086,55
Palmeirina	261010	8.191	12.000,00	1.000,00
Panelas	261020	26.515	15.909,00	1.325,75
Paranatama	261030	11.399	12.000,00	1.000,00
Parnamirim	261040	20.990	12.594,00	1.049,50
Passira	261050	29.082	17.449,20	1.454,10
Paudalho	261060	54.051	32.430,60	2.702,55
Paulista	261070	316.714	190.028,40	15.835,70
Pedra	261080	21.558	12.934,80	1.077,90
Pesqueira	261090	65.374	39.224,40	3.268,70
Petrolândia	261100	34.523	20.713,80	1.726,15
Petrolina	261110	319.893	191.935,80	15.994,65
Poção	261120	11.261	12.000,00	1.000,00
Pombos	261130	26.716	16.029,60	1.335,80
Primavera	261140	14.200	12.000,00	1.000,00
Quipapá	261150	25.220	15.132,00	1.261,00
Quixaba	261153	6.846	12.000,00	1.000,00
Recife	261160	1.599.513	959.707,80	79.975,65
Riacho das Almas	261170	19.947	12.000,00	1.000,00
Ribeirão	261180	46.200	27.720,00	2.310,00
Rio Formoso	261190	22.970	13.782,00	1.148,50
Sairé	261200	10.835	12.000,00	1.000,00
Salgadinho	261210	10.076	12.000,00	1.000,00
Salgueiro	261220	59.037	35.422,20	2.951,85
Saloá	261230	15.702	12.000,00	1.000,00
Sanharó	261240	24.049	14.429,40	1.202,45
Santa Cruz	261245	14.487	12.000,00	1.000,00
Santa Cruz da Baixa Verde	261247	12.240	12.000,00	1.000,00
Santa Cruz do Capibaribe	261250	96.908	58.144,80	4.845,40
Santa Filomena	261255	13.977	12.000,00	1.000,00
Santa Maria da Boa Vista	261260	40.908	24.544,80	2.045,40
Santa Maria do Cambucá	261270	13.626	12.000,00	1.000,00
Santa Terezinha	261280	11.411	12.000,00	1.000,00
São Benedito do Sul	261290	14.900	12.000,00	1.000,00
São Bento do Una	261300	56.413	33.847,80	2.820,65

São Caitano	261310	36.485	21.891,00	1.824,25
São João	261320	22.162	13.297,20	1.108,10
São Joaquim do Monte	261330	21.079	12.647,40	1.053,95
São José da Coroa Grande	261340	19.663	12.000,00	1.000,00
São José do Belmonte	261350	33.541	20.124,60	1.677,05
São José do Egito	261360	33.105	19.863,00	1.655,25
São Lourenço da Mata	261370	108.301	64.980,60	5.415,05
São Vicente Ferrer	261380	17.612	12.000,00	1.000,00
Serra Talhada	261390	83.051	49.830,60	4.152,55
Serrita	261400	18.951	12.000,00	1.000,00
Sertânia	261410	35.042	21.025,20	1.752,10
Sirinhaém	261420	43.036	25.821,60	2.151,80
Solidão	261440	5.918	12.000,00	1.000,00
Surubim	261450	61.875	37.125,00	3.093,75
Tabira	261460	27.591	16.554,60	1.379,55
Tacaimbó	261470	12.932	12.000,00	1.000,00
Tamandaré	261485	22.046	13.227,60	1.102,30
Taquaritinga do Norte	261500	26.772	16.063,20	1.338,60
Terezinha	261510	6.991	12.000,00	1.000,00
Terra Nova	261520	9.916	12.000,00	1.000,00
Timbaúba	261530	54.115	32.469,00	2.705,75
Toritama	261540	39.913	23.947,80	1.995,65
Tracunhaém	261550	13.497	12.000,00	1.000,00
Trindade	261560	27.756	16.653,60	1.387,80
Triunfo	261570	15.280	12.000,00	1.000,00
Tupanatinga	261580	25.882	15.529,20	1.294,10
Tuparetama	261590	8.129	12.000,00	1.000,00
Venturosa	261600	17.455	12.000,00	1.000,00
Verdejante	261610	9.408	12.000,00	1.000,00
Vertente do Lério	261618	7.859	12.000,00	1.000,00
Vertentes	261620	19.457	12.000,00	1.000,00
Vicência	261630	31.866	19.119,60	1.593,30
Vitória de Santo Antão	261640	133.907	80.344,20	6.695,35
Xexéu	261650	14.513	12.000,00	1.000,00
TOTAIS	185	9.208.550	5.861.002,80	488.416,90
PIAUÍ	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal
Acauã	220005	6.890	12.000,00	1.000,00
Agricolândia	220010	5.097	12.000,00	1.000,00
Água Branca	220020	16.869	12.000,00	1.000,00
Alagoinha do Piauí	220025	7.467	12.000,00	1.000,00
Alegrete do Piauí	220027	5.211	12.000,00	1.000,00
Alto Longá	220030	13.923	12.000,00	1.000,00
Altos	220040	39.522	23.713,20	1.976,10
Alvorada do Gurguéia	220045	5.216	12.000,00	1.000,00
Amarante	220050	17.298	12.000,00	1.000,00
Angical do Piauí	220060	6.703	12.000,00	1.000,00
Anísio de Abreu	220070	9.456	12.000,00	1.000,00
Antônio Almeida	220080	3.090	12.000,00	1.000,00
Aroazes	220090	5.784	12.000,00	1.000,00
Aroeiras do Itaim	220095	2.459	12.000,00	1.000,00
Arraial	220100	4.688	12.000,00	1.000,00
Assunção do Piauí	220105	7.645	12.000,00	1.000,00
Avelino Lopes	220110	11.341	12.000,00	1.000,00
Baixa Grande do Ribeiro	220115	11.014	12.000,00	1.000,00
Barra D'Alcântara	220117	3.886	12.000,00	1.000,00
Barras	220120	45.786	27.471,60	2.289,30
Barreiras do Piauí	220130	3.278	12.000,00	1.000,00
Barro Duro	220140	6.627	12.000,00	1.000,00
Batalha	220150	26.215	15.729,00	1.310,75
Bela Vista do Piauí	220155	3.882	12.000,00	1.000,00
Belém do Piauí	220157	3.413	12.000,00	1.000,00
Beneditinos	220160	10.014	12.000,00	1.000,00
Bertolínia	220170	5.389	12.000,00	1.000,00
Betânia do Piauí	220173	6.086	12.000,00	1.000,00
Boa Hora	220177	6.516	12.000,00	1.000,00
Bocaina	220180	4.425	12.000,00	1.000,00
Bom Jesus	220190	23.826	14.295,60	1.191,30
Bom Princípio do Piauí	220191	5.447	12.000,00	1.000,00
Bonfim do Piauí	220192	5.512	12.000,00	1.000,00
Boqueirão do Piauí	220194	6.335	12.000,00	1.000,00
Brasileira	220196	8.116	12.000,00	1.000,00
Brejo do Piauí	220198	3.749	12.000,00	1.000,00
Buriti dos Lopes	220200	19.352	12.000,00	1.000,00
Buriti dos Montes	220202	8.138	12.000,00	1.000,00
Cabeceiras do Piauí	220205	10.220	12.000,00	1.000,00
Cajazeiras do Piauí	220207	3.438	12.000,00	1.000,00
Cajueiro da Praia	220208	7.375	12.000,00	1.000,00
Caldeirão Grande do Piauí	220209	5.742	12.000,00	1.000,00
Campinas do Piauí	220210	5.489	12.000,00	1.000,00
Campo Alegre do Fidalgo	220211	4.851	12.000,00	1.000,00
Campo Grande do Piauí	220213	5.746	12.000,00	1.000,00
Campo Largo do Piauí	220217	7.016	12.000,00	1.000,00
Campo Maior	220220	45.827	27.496,20	2.291,35
Canavieira	220225	3.920	12.000,00	1.000,00
Canto do Buriti	220230	20.528	12.316,80	1.026,40
Capitão de Campos	220240	11.173	12.000,00	1.000,00
Capitão Gervásio Oliveira	220245	3.975	12.000,00	1.000,00
Caracol	220250	10.527	12.000,00	1.000,00
Caraúbas do Piauí	220253	5.676	12.000,00	1.000,00
Caridade do Piauí	220255	4.951	12.000,00	1.000,00
Castelo do Piauí	220260	18.469	12.000,00	1.000,00
Caxingó	220265	5.213	12.000,00	1.000,00
Cocal	220270	27.274	16.364,40	1.363,70
Cocal de Telha	220271	4.601	12.000,00	1.000,00
Cocal dos Alves	220272	5.677	12.000,00	1.000,00
Coivaras	220273	3.901	12.000,00	1.000,00
Colônia do Gurguéia	220275	6.238	12.000,00	1.000,00
Colônia do Piauí	220277	7.515	12.000,00	1.000,00
Conceição do Canindé	220280	4.528	12.000,00	1.000,00
Coronel José Dias	220285	4.594	12.000,00	1.000,00
Corrente	220290	25.927	15.556,20	1.296,35
Cristalândia do Piauí	220300	8.033	12.000,00	1.000,00
Cristino Castro	220310	10.164	12.000,00	1.000,00
Curimatá	220320	11.030	12.000,00	1.000,00
Currais	220323	4.811	12.000,00	1.000,00
Curral Novo do Piauí	220327	5.027	12.000,00	1.000,00
Curralinhos	220325	4.297	12.000,00	1.000,00
Demerval Lobão	220330	13.496	12.000,00	1.000,00
Dirceu Arcoverde	220335	6.818	12.000,00	1.000,00
Dom Expedito Lopes	220340	6.712	12.000,00	1.000,00
Dom Inocêncio	220345	9.364	12.000,00	1.000,00
Domingos Mourão	220342	4.292	12.000,00	1.000,00
Elesbão Veloso	220350	14.496	12.000,00	1.000,00
Eliseu Martins	220360	4.773	12.000,00	1.000,00
Esperantina	220370	38.607	23.164,20	1.930,35
Fartura do Piauí	220375	5.171	12.000,00	1.000,00
Flores do Piauí	220380	4.396	12.000,00	1.000,00
Floresta do Piauí	220385	2.511	12.000,00	1.000,00
Floriano	220390	58.586	35.151,60	2.929,30
Francinópolis	220400	5.270	12.000,00	1.000,00
Francisco Ayres	220410	4.392	12.000,00	1.000,00
Francisco Macedo	220415	2.984	12.000,00	1.000,00
Fronteiras	220430	11.368	12.000,00	1.000,00
Geminiano	220435	5.276	12.000,00	1.000,00
Gilbués	220440	10.504	12.000,00	1.000,00
Guadalupe	220450	10.342	12.000,00	1.000,00
Guaribas	220455	4.464	12.000,00	1.000,00
Hugo Napoleão	220460	3.809	12.000,00	1.000,00
Ilha Grande	220465	9.136	12.000,00	1.000,00
Inhuma	220470	15.017	12.000,00	1.000,00
Ipiranga do Piauí	220480	9.534	12.000,00	1.000,00
Isaías Coelho	220490	8.368	12.000,00	1.000,00
Itainópolis	220500	11.302	12.000,00	1.000,00
Itaueira	220510	10.806	12.000,00	1.000,00
Jacobina do Piauí	220515	5.710	12.000,00	1.000,00
Jaicós	220520	18.501	12.000,00	1.000,00
Jardim do Mulato	220525	4.389	12.000,00	1.000,00
Jatobá do Piauí	220527	4.743	12.000,00	1.000,00
Jerumenha	220530	4.403	12.000,00	1.000,00
João Costa	220535	2.971	12.000,00	1.000,00
Joaquim Pires	220540	14.032	12.000,00	1.000,00
Joca Marques	220545	5.253	12.000,00	1.000,00
José de Freitas	220550	38.005	22.803,00	1.900,25
Juazeiro do Piauí	220551	4.828	12.000,00	1.000,00
Júlio Borges	220552	5.479	12.000,00	1.000,00
Jurema	220553	4.623	12.000,00	1.000,00
Lagoa Alegre	220555	8.245	12.000,00	1.000,00
Lagoa de São Francisco	220557	6.566	12.000,00	1.000,00
Lagoa do Barro do Piauí	220556	4.568	12.000,00	1.000,00
Lagoa do Piauí	220558	3.948	12.000,00	1.000,00
Lagoa do Sítio	220559	4.995	12.000,00	1.000,00
Lagoinha do Piauí	220554	2.741	12.000,00	1.000,00
Landri Sales	220560	5.266	12.000,00	1.000,00
Luís Correia	220570	29.252	17.551,20	1.462,60
Luzilândia	220580	25.005	15.003,00	1.250,25
Madeiro	220585	8.034	12.000,00	1.000,00
Manoel Emídio	220590	5.260	12.000,00	1.000,00
Marcolândia	220595	8.121	12.000,00	1.000,00
Marcos Parente	220600	4.484	12.000,00	1.000,00
Massapê do Piauí	220605	6.305	12.000,00	1.000,00
Matias Olímpio	220610	10.664	12.000,00	1.000,00
Miguel Alves	220620	32.900	19.740,00	1.645,00
Miguel Leão	220630	1.244	12.000,00	1.000,00
Milton Brandão	220635	6.797	12.000,00	1.000,00
Monsenhor Gil	220640	10.411	12.000,00	1.000,00
Monsenhor Hipólito	220650	7.541	12.000,00	1.000,00
Monte Alegre do Piauí	220660	10.438	12.000,00	1.000,00
Morro Cabeça no Tempo	220665	4.082	12.000,00	1.000,00
Morro do Chapéu do Piauí	220667	6.622	12.000,00	1.000,00
Murici dos Portelas	220669	8.781	12.000,00	1.000,00
Nazaré do Piauí	220670	7.300	12.000,00	1.000,00
Nazária	220672	8.289	12.000,00	1.000,00
Nossa Senhora de Nazaré	220675	4.696	12.000,00	1.000,00
Nossa Senhora dos Remédios	220680	8.419	12.000,00	1.000,00
Nova Santa Rita	220795	4.264	12.000,00	1.000,00
Novo Oriente do Piauí	220690	6.505	12.000,00	1.000,00
Novo Santo Antônio	220695	3.354	12.000,00	1.000,00
Oeiras	220700	36.195	21.717,00	1.809,75
Olho D'Água do Piauí	220710	2.698	12.000,00	1.000,00
Padre Marcos	220720	6.735	12.000,00	1.000,00
Paes Landim	220730	4.077	12.000,00	1.000,00
Pajeú do Piauí	220735	3.460	12.000,00	1.000,00
Palmeira do Piauí	220740	4.997	12.000,00	1.000,00
Palmeirais	220750	14.090	12.000,00	1.000,00
Paquetá	220755	3.919	12.000,00	1.000,00
Parnaguá	220760	10.494	12.000,00	1.000,00
Parnaíba	220770	148.832	89.299,20	7.441,60
Passagem Franca do Piauí	220775	4.457	12.000,00	1.000,00
Patos do Piauí	220777	6.223	12.000,00	1.000,00
Pau D'Arco do Piauí	220779	3.888	12.000,00	1.000,00
Paulistana	220780	20.093	12.055,80	1.004,65
Pavussu	220785	3.655	12.000,00	1.000,00
Pedro II	220790	37.968	22.780,80	1.898,40
Pedro Laurentino	220793	2.463	12.000,00	1.000,00
Picos	220800	76.042	45.625,20	3.802,10
Pimenteiras	220810	11.884	12.000,00	1.000,00
Pio IX	220820	17.979	12.000,00	1.000,00
Piracuruca	220830	28.179	16.907,40	1.408,95
Piripiri	220840	62.542	37.525,20	3.127,10
Porto	220850	12.188	12.000,00	1.000,00
Porto Alegre do Piauí	220855	2.625	12.000,00	1.000,00
Prata do Piauí	220860	3.109	12.000,00	1.000,00
Queimada Nova	220865	8.743	12.000,00	1.000,00
Redenção do Gurguéia	220870	8.556	12.000,00	1.000,00
Regeneração	220880	17.696	12.000,00	1.000,00
Riacho Frio	220885	4.259	12.000,00	1.000,00
Ribeira do Piauí	220887	4.354	12.000,00	1.000,00
Ribeiro Gonçalves	220890	7.068	12.000,00	1.000,00
Rio Grande do Piauí	220900	6.327	12.000,00	1.000,00
Santa Cruz do Piauí	220910	6.110	12.000,00	1.000,00
Santa Cruz dos Milagres	220915	3.893	12.000,00	1.000,00
Santa Filomena	220920	6.150	12.000,00	1.000,00

Santa Luz	220930	5.666	12.000,00	1.000,00
Santa Rosa do Piauí	220937	5.182	12.000,00	1.000,00
Santana do Piauí	220935	4.522	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio de Lisboa	220940	6.182	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio dos Milagres	220945	2.102	12.000,00	1.000,00
Santo Inácio do Piauí	220950	3.706	12.000,00	1.000,00
São Braz do Piauí	220955	4.363	12.000,00	1.000,00
São Félix do Piauí	220960	2.945	12.000,00	1.000,00
São Francisco de Assis do Piauí	220965	5.728	12.000,00	1.000,00
São Francisco do Piauí	220970	6.335	12.000,00	1.000,00
São Gonçalo do Gurguéia	220975	2.923	12.000,00	1.000,00
São Gonçalo do Piauí	220980	4.866	12.000,00	1.000,00
São João da Canabrava	220985	4.509	12.000,00	1.000,00
São João da Fronteira	220987	5.760	12.000,00	1.000,00
São João da Serra	220990	6.122	12.000,00	1.000,00
São João da Varjota	220995	4.728	12.000,00	1.000,00
São João do Arraial	220997	7.636	12.000,00	1.000,00
São José do Divino	221005	5.227	12.000,00	1.000,00
São José do Peixe	221010	3.707	12.000,00	1.000,00
São José do Piauí	221020	6.621	12.000,00	1.000,00
São Julião	221030	5.761	12.000,00	1.000,00
São Lourenço do Piauí	221035	4.483	12.000,00	1.000,00
São Luis do Piauí	221037	2.591	12.000,00	1.000,00
São Miguel da Baixa Grande	221038	2.403	12.000,00	1.000,00
São Miguel do Fidalgo	221039	2.995	12.000,00	1.000,00
São Miguel do Tapuio	221040	18.162	12.000,00	1.000,00
São Pedro do Piauí	221050	13.913	12.000,00	1.000,00
São Raimundo Nonato	221060	33.400	20.040,00	1.670,00
Sebastião Barros	221062	3.499	12.000,00	1.000,00
Sebastião Leal	221063	4.189	12.000,00	1.000,00
Sigefredo Pacheco	221065	9.777	12.000,00	1.000,00
Simões	221070	14.372	12.000,00	1.000,00
Simplício Mendes	221080	12.341	12.000,00	1.000,00
Socorro do Piauí	221090	4.527	12.000,00	1.000,00
Sussuapara	221093	6.457	12.000,00	1.000,00
Tamboril do Piauí	221095	2.826	12.000,00	1.000,00
Tanque do Piauí	221097	2.683	12.000,00	1.000,00
Teresina	221100	836.475	501.885,00	41.823,75
União	221110	43.403	26.041,80	2.170,15
Uruçuí	221120	20.779	12.467,40	1.038,95
Valença do Piauí	221130	20.541	12.324,60	1.027,05
Várzea Branca	221135	4.910	12.000,00	1.000,00
Várzea Grande	221140	4.346	12.000,00	1.000,00
Vera Mendes	221150	3.020	12.000,00	1.000,00
Vila Nova do Piauí	221160	3.010	12.000,00	1.000,00
Wall Ferraz	221170	4.355	12.000,00	1.000,00
TOTAIS	224	3.184.166	3.481.025,40	290.085,45
PARANÁ	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal
Abatiá	410010	7.881	12.000,00	1.000,00
Adrianópolis	410020	6.416	12.000,00	1.000,00
Agudos do Sul	410030	8.797	12.000,00	1.000,00
Almirante Tamandaré	410040	110.256	66.153,60	5.512,80
Altamira do Paraná	410045	3.754	12.000,00	1.000,00
Alto Paraíso	412862	3.159	12.000,00	1.000,00
Alto Paraná	410060	14.334	12.000,00	1.000,00
Alto Piquiri	410070	10.350	12.000,00	1.000,00
Altônia	410050	21.489	12.893,40	1.074,45
Alvorada do Sul	410080	10.869	12.000,00	1.000,00
Amaporã	410090	5.815	12.000,00	1.000,00
Ampére	410100	18.281	12.000,00	1.000,00
Anahy	410105	2.929	12.000,00	1.000,00
Andirá	410110	20.988	12.592,80	1.049,40
Ângulo	410115	2.954	12.000,00	1.000,00
Antonina	410120	19.412	12.000,00	1.000,00
Antônio Olinto	410130	7.567	12.000,00	1.000,00
Apucarana	410140	128.058	76.834,80	6.402,90
Arapongas	410150	112.198	67.318,80	5.609,90
Arapoti	410160	27.170	16.302,00	1.358,50
Arapuã	410165	3.513	12.000,00	1.000,00
Araruna	410170	13.926	12.000,00	1.000,00
Araucária	410180	129.209	77.525,40	6.460,45
Ariranha do Ivaí	410185	2.421	12.000,00	1.000,00
Assaí	410190	16.436	12.000,00	1.000,00
Assis Chateaubriand	410200	33.988	20.392,80	1.699,40
Astorga	410210	25.745	15.447,00	1.287,25
Atalaia	410220	4.010	12.000,00	1.000,00
Balsa Nova	410230	12.059	12.000,00	1.000,00
Bandeirantes	410240	32.800	19.680,00	1.640,00
Barbosa Ferraz	410250	12.683	12.000,00	1.000,00
Barra do Jacaré	410270	2.813	12.000,00	1.000,00
Barracão	410260	10.143	12.000,00	1.000,00
Bela Vista da Caroba	410275	3.926	12.000,00	1.000,00
Bela Vista do Paraíso	410280	15.565	12.000,00	1.000,00
Bituruna	410290	16.416	12.000,00	1.000,00
Boa Esperança	410300	4.559	12.000,00	1.000,00
Boa Esperança do Iguaçu	410302	2.763	12.000,00	1.000,00
Boa Ventura de São Roque	410304	6.702	12.000,00	1.000,00
Boa Vista da Aparecida	410305	8.028	12.000,00	1.000,00
Bocaiúva do Sul	410310	11.826	12.000,00	1.000,00
Bom Jesus do Sul	410315	3.824	12.000,00	1.000,00
Bom Sucesso	410320	6.866	12.000,00	1.000,00
Bom Sucesso do Sul	410322	3.372	12.000,00	1.000,00
Borrazópolis	410330	7.724	12.000,00	1.000,00
Braganey	410335	5.799	12.000,00	1.000,00
Brasilândia do Sul	410337	3.136	12.000,00	1.000,00
Cafeara	410340	2.833	12.000,00	1.000,00
Cafelândia	410345	16.020	12.000,00	1.000,00
Cafezal do Sul	410347	4.334	12.000,00	1.000,00
Califórnia	410350	8.423	12.000,00	1.000,00
Cambará	410360	24.928	14.956,80	1.246,40
Cambé	410370	102.222	61.333,20	5.111,10
Cambira	410380	7.603	12.000,00	1.000,00
Campina da Lagoa	410390	15.463	12.000,00	1.000,00
Campina do Simão	410395	4.130	12.000,00	1.000,00
Campina Grande do Sul	410400	41.060	24.636,00	2.053,00
Campo Bonito	410405	4.361	12.000,00	1.000,00
Campo do Tenente	410410	7.550	12.000,00	1.000,00
Campo Largo	410420	120.730	72.438,00	6.036,50
Campo Magro	410425	26.755	16.053,00	1.337,75
Campo Mourão	410430	91.648	54.988,80	4.582,40
Cândido de Abreu	410440	16.633	12.000,00	1.000,00
Candói	410442	15.657	12.000,00	1.000,00
Cantagalo	410445	13.396	12.000,00	1.000,00
Capanema	410450	19.182	12.000,00	1.000,00
Capitão Leônidas Marques	410460	15.592	12.000,00	1.000,00
Carambeí	410465	20.863	12.517,80	1.043,15
Carlópolis	410470	14.239	12.000,00	1.000,00
Cascavel	410480	305.615	183.369,00	15.280,75
Castro	410490	70.086	42.051,60	3.504,30
Catanduvas	410500	10.467	12.000,00	1.000,00
Centenário do Sul	410510	11.382	12.000,00	1.000,00
Cerro Azul	410520	17.619	12.000,00	1.000,00
Céu Azul	410530	11.528	12.000,00	1.000,00
Cianorte	410550	75.360	45.216,00	3.768,00
Cidade Gaúcha	410560	11.800	12.000,00	1.000,00
Clevelândia	410570	17.501	12.000,00	1.000,00
Colombo	410580	227.220	140.448,22	11.704,02
Colorado	410590	23.402	14.041,20	1.170,10
Congonhinhas	410600	8.648	12.000,00	1.000,00
Conselheiro Mairinck	410610	3.794	12.000,00	1.000,00
Contenda	410620	17.067	12.000,00	1.000,00
Corbélia	410630	16.954	12.000,00	1.000,00
Cornélio Procópio	410640	48.420	29.052,00	2.421,00
Coronel Domingos Soares	410645	7.525	12.000,00	1.000,00
Coronel Vivida	410650	22.035	13.221,00	1.101,75
Corumbataí do Sul	410655	3.887	12.000,00	1.000,00
Cruz Machado	410680	18.702	12.000,00	1.000,00
Cruzeiro do Iguaçu	410657	4.383	12.000,00	1.000,00
Cruzeiro do Oeste	410660	21.107	12.664,20	1.055,35
Cruzeiro do Sul	410670	4.656	12.000,00	1.000,00
Cruzmaltina	410685	3.185	12.000,00	1.000,00
Curitiba	410690	1.848.946	1.109.367,60	92.447,30
Curiúva	410700	14.620	12.000,00	1.000,00
Diamante do Norte	410710	5.540	12.000,00	1.000,00
Diamante do Sul	410712	3.583	12.000,00	1.000,00
Diamante D'Oeste	410715	5.223	12.000,00	1.000,00
Dois Vizinhos	410720	38.385	23.031,00	1.919,25
Douradina	410725	8.007	12.000,00	1.000,00
Doutor Camargo	410730	6.024	12.000,00	1.000,00
Doutor Ulysses	412863	5.837	12.000,00	1.000,00
Enéas Marques	410740	6.223	12.000,00	1.000,00
Engenheiro Beltrão	410750	14.298	12.000,00	1.000,00
Entre Rios do Oeste	410753	4.202	12.000,00	1.000,00
Esperança Nova	410752	1.946	12.000,00	1.000,00
Espigão Alto do Iguaçu	410754	4.642	12.000,00	1.000,00
Farol	410755	3.456	12.000,00	1.000,00
Faxinal	410760	17.006	12.000,00	1.000,00
Fazenda Rio Grande	410765	89.037	53.422,20	4.451,85
Fênix	410770	4.917	12.000,00	1.000,00
Fernandes Pinheiro	410773	6.008	12.000,00	1.000,00
Figueira	410775	8.364	12.000,00	1.000,00
Flor da Serra do Sul	410785	4.822	12.000,00	1.000,00
Floraí	410780	5.149	12.000,00	1.000,00
Floresta	410790	6.324	12.000,00	1.000,00
Florestópolis	410800	11.328	12.000,00	1.000,00
Flórida	410810	2.650	12.000,00	1.000,00
Formosa do Oeste	410820	7.468	12.000,00	1.000,00
Foz do Iguaçu	410830	263.508	184.677,82	15.389,82
Foz do Jordão	410845	5.346	12.000,00	1.000,00
Francisco Alves	410832	6.483	12.000,00	1.000,00
Francisco Beltrão	410840	84.437	50.662,20	4.221,85
General Carneiro	410850	14.039	12.000,00	1.000,00
Godoy Moreira	410855	3.315	12.000,00	1.000,00
Goioerê	410860	29.743	17.845,80	1.487,15
Goioxim	410865	7.590	12.000,00	1.000,00
Grandes Rios	410870	6.515	12.000,00	1.000,00
Guaíra	410880	32.190	19.314,00	1.609,50
Guairaçá	410890	6.468	12.000,00	1.000,00
Guamiranga	410895	8.343	12.000,00	1.000,00
Guapirama	410900	3.968	12.000,00	1.000,00
Guaporema	410910	2.289	12.000,00	1.000,00
Guaraci	410920	5.373	12.000,00	1.000,00
Guaraniaçu	410930	14.372	12.000,00	1.000,00
Guarapuava	410940	175.779	105.467,40	8.788,95
Guaraqueçaba	410950	8.012	12.000,00	1.000,00
Guaratuba	410960	34.338	20.602,80	1.716,90
Honório Serpa	410965	5.902	12.000,00	1.000,00
Ibaiti	410970	30.242	18.145,20	1.512,10
Ibema	410975	6.306	12.000,00	1.000,00
Ibiporã	410980	51.255	30.753,00	2.562,75
Icaraíma	410990	8.809	12.000,00	1.000,00
Iguaraçu	411000	4.205	12.000,00	1.000,00
Iguatu	411005	2.299	12.000,00	1.000,00
Imbaú	411007	12.087	12.000,00	1.000,00
Imbituva	411010	30.359	18.215,40	1.517,95
Inácio Martins	411020	11.282	12.000,00	1.000,00
Inajá	411030	3.100	12.000,00	1.000,00
Indianópolis	411040	4.456	12.000,00	1.000,00
Ipiranga	411050	14.809	12.000,00	1.000,00
Iporã	411060	15.078	12.000,00	1.000,00
Iracema do Oeste	411065	2.564	12.000,00	1.000,00
Irati	411070	58.957	35.374,20	2.947,85
Iretama	411080	10.773	12.000,00	1.000,00
Itaguajé	411090	4.659	12.000,00	1.000,00
Itaipulândia	411095	9.869	12.000,00	1.000,00
Itambaracá	411100	6.887	12.000,00	1.000,00
Itambé	411110	6.173	12.000,00	1.000,00
Itapejara d'Oeste	411120	11.211	12.000,00	1.000,00
Itaperuçu	411125	25.974	15.584,40	1.298,70
Itaúna do Sul	411130	3.476	12.000,00	1.000,00

Ivaí	411140	13.451	12.000,00	1.000,00
Ivaiporã	411150	32.699	19.619,40	1.634,95
Ivaté	411155	7.901	12.000,00	1.000,00
Ivatuba	411160	3.159	12.000,00	1.000,00
Jaboti	411170	5.135	12.000,00	1.000,00
Jacarezinho	411180	40.221	24.132,60	2.011,05
Jaguapitã	411190	12.939	12.000,00	1.000,00
Jaguariaíva	411200	34.096	20.457,60	1.704,80
Jandaia do Sul	411210	21.057	12.634,20	1.052,85
Janiópolis	411220	6.341	12.000,00	1.000,00
Japira	411230	5.058	12.000,00	1.000,00
Japurá	411240	9.020	12.000,00	1.000,00
Jardim Alegre	411250	12.371	12.000,00	1.000,00
Jardim Olinda	411260	1.424	12.000,00	1.000,00
Jataizinho	411270	12.387	12.000,00	1.000,00
Jesuítas	411275	9.072	12.000,00	1.000,00
Joaquim Távora	411280	11.347	12.000,00	1.000,00
Jundiaí do Sul	411290	3.483	12.000,00	1.000,00
Juranda	411295	7.755	12.000,00	1.000,00
Jussara	411300	6.897	12.000,00	1.000,00
Lapa	411320	47.023	28.213,80	2.351,15
Laranjal	411325	6.384	12.000,00	1.000,00
Laranjeiras do Sul	411330	31.936	19.161,60	1.596,80
Leópolis	411340	4.200	12.000,00	1.000,00
Lidianópolis	411342	3.891	12.000,00	1.000,00
Lindoeste	411345	5.309	12.000,00	1.000,00
Loanda	411350	22.288	13.372,80	1.114,40
Lobato	411360	4.626	12.000,00	1.000,00
Londrina	411370	537.566	322.539,60	26.878,30
Luiziana	411373	7.487	12.000,00	1.000,00
Lunardelli	411375	5.193	12.000,00	1.000,00
Lupionópolis	411380	4.805	12.000,00	1.000,00
Mallet	411390	13.475	12.000,00	1.000,00
Mamborê	411400	14.095	12.000,00	1.000,00
Mandaguaçu	411410	21.156	12.693,60	1.057,80
Mandaguari	411420	34.006	20.403,60	1.700,30
Mandirituba	411430	24.112	14.467,20	1.205,60
Manfrinópolis	411435	3.053	12.000,00	1.000,00
Mangueirinha	411440	17.402	12.000,00	1.000,00
Manoel Ribas	411450	13.610	12.000,00	1.000,00
Marechal Cândido Rondon	411460	49.773	29.863,80	2.488,65
Maria Helena	411470	6.034	12.000,00	1.000,00
Marialva	411480	33.794	20.276,40	1.689,70
Marilândia do Sul	411490	9.088	12.000,00	1.000,00
Marilena	411500	7.100	12.000,00	1.000,00
Mariluz	411510	10.526	12.000,00	1.000,00
Maringá	411520	385.753	231.451,80	19.287,65
Mariópolis	411530	6.529	12.000,00	1.000,00
Maripá	411535	5.810	12.000,00	1.000,00
Marmeleiro	411540	14.397	12.000,00	1.000,00
Marquinho	411545	4.965	12.000,00	1.000,00
Marumbi	411550	4.745	12.000,00	1.000,00
Matelândia	411560	17.026	12.000,00	1.000,00
Matinhos	411570	31.690	19.014,00	1.584,50
Mato Rico	411573	3.765	12.000,00	1.000,00
Mauá da Serra	411575	9.355	12.000,00	1.000,00
Medianeira	411580	44.149	26.489,40	2.207,45
Mercedes	411585	5.316	12.000,00	1.000,00
Mirador	411590	2.355	12.000,00	1.000,00
Miraselva	411600	1.896	12.000,00	1.000,00
Missal	411605	10.813	12.000,00	1.000,00
Moreira Sales	411610	12.800	12.000,00	1.000,00
Morretes	411620	16.325	12.000,00	1.000,00
Munhoz de Melo	411630	3.857	12.000,00	1.000,00
Nossa Senhora das Graças	411640	4.053	12.000,00	1.000,00
Nova Aliança do Ivaí	411650	1.500	12.000,00	1.000,00
Nova América da Colina	411660	3.560	12.000,00	1.000,00
Nova Aurora	411670	11.786	12.000,00	1.000,00
Nova Cantu	411680	7.023	12.000,00	1.000,00
Nova Esperança	411690	27.678	16.606,80	1.383,90
Nova Esperança do Sudoeste	411695	5.218	12.000,00	1.000,00
Nova Fátima	411700	8.363	12.000,00	1.000,00
Nova Laranjeiras	411705	12.010	12.000,00	1.000,00
Nova Londrina	411710	13.452	12.000,00	1.000,00
Nova Olímpia	411720	5.733	12.000,00	1.000,00
Nova Prata do Iguaçu	411725	10.698	12.000,00	1.000,00
Nova Santa Bárbara	411721	4.106	12.000,00	1.000,00
Nova Santa Rosa	411722	7.994	12.000,00	1.000,00
Nova Tebas	411727	7.100	12.000,00	1.000,00
Novo Itacolomi	411729	2.906	12.000,00	1.000,00
Ortigueira	411730	23.646	14.201,14	1.183,43
Ourizona	411740	3.482	12.000,00	1.000,00
Ouro Verde do Oeste	411745	5.927	12.000,00	1.000,00
Paiçandu	411750	38.385	23.031,00	1.919,25
Palmas	411760	46.294	27.776,40	2.314,70
Palmeira	411770	33.469	20.081,40	1.673,45
Palmital	411780	14.780	12.000,00	1.000,00
Palotina	411790	30.327	18.196,20	1.516,35
Paraíso do Norte	411800	12.661	12.000,00	1.000,00
Paranacity	411810	10.863	12.000,00	1.000,00
Paranaguá	411820	148.232	88.939,20	7.411,60
Paranapoema	411830	2.980	12.000,00	1.000,00
Paranavaí	411840	85.643	51.385,80	4.282,15
Pato Bragado	411845	5.170	12.000,00	1.000,00
Pato Branco	411850	77.230	46.338,00	3.861,50
Paula Freitas	411860	5.700	12.000,00	1.000,00
Paulo Frontin	411870	7.219	12.000,00	1.000,00
Peabiru	411880	14.087	12.000,00	1.000,00
Perobal	411885	5.923	12.000,00	1.000,00
Pérola	411890	10.765	12.000,00	1.000,00
Pérola d'Oeste	411900	6.822	12.000,00	1.000,00
Piên	411910	11.956	12.000,00	1.000,00
Pinhais	411915	124.528	74.716,80	6.226,40
Pinhal de São Bento	411925	2.724	12.000,00	1.000,00
Pinhalão	411920	6.409	12.000,00	1.000,00
Pinhão	411930	31.617	18.970,20	1.580,85
Piraí do Sul	411940	24.613	14.767,80	1.230,65
Piraquara	411950	101.053	60.631,80	5.052,65
Pitanga	411960	32.841	19.909,54	1.659,13
Pitangueiras	411965	3.004	12.000,00	1.000,00
Planaltina do Paraná	411970	4.250	12.000,00	1.000,00
Planalto	411980	13.964	12.000,00	1.000,00
Ponta Grossa	411990	331.084	198.650,40	16.554,20
Pontal do Paraná	411995	23.261	13.956,60	1.163,05
Porecatu	412000	14.203	12.000,00	1.000,00
Porto Amazonas	412010	4.727	12.000,00	1.000,00
Porto Barreiro	412015	3.640	12.000,00	1.000,00
Porto Rico	412020	2.605	12.000,00	1.000,00
Porto Vitória	412030	4.138	12.000,00	1.000,00
Prado Ferreira	412033	3.614	12.000,00	1.000,00
Pranchita	412035	5.643	12.000,00	1.000,00
Presidente Castelo Branco	412040	5.056	12.000,00	1.000,00
Primeiro de Maio	412050	11.199	12.000,00	1.000,00
Prudentópolis	412060	50.983	30.589,80	2.549,15
Quarto Centenário	412065	4.887	12.000,00	1.000,00
Quatiguá	412070	7.344	12.000,00	1.000,00
Quatro Barras	412080	21.417	12.850,20	1.070,85
Quedas do Iguaçu	412090	32.393	19.435,80	1.619,65
Querência do Norte	412100	12.171	12.000,00	1.000,00
Quinta do Sol	412110	5.077	12.000,00	1.000,00
Quitandinha	412120	18.089	12.000,00	1.000,00
Ramilândia	412125	4.332	12.000,00	1.000,00
Rancho Alegre	412130	4.018	12.000,00	1.000,00
Rancho Alegre D'Oeste	412135	2.868	12.000,00	1.000,00
Realeza	412140	16.932	12.000,00	1.000,00
Rebouças	412150	14.752	12.000,00	1.000,00
Renascença	412160	6.989	12.000,00	1.000,00
Reserva	412170	26.268	15.760,80	1.313,40
Reserva do Iguaçu	412175	7.697	12.000,00	1.000,00
Ribeirão Claro	412180	10.956	12.000,00	1.000,00
Ribeirão do Pinhal	412190	13.740	12.000,00	1.000,00
Rio Azul	412200	14.809	12.000,00	1.000,00
Rio Bom	412210	3.385	12.000,00	1.000,00
Rio Bonito do Iguaçu	412215	13.524	12.000,00	1.000,00
Rio Branco do Ivaí	412217	4.056	12.000,00	1.000,00
Rio Branco do Sul	412220	31.947	19.168,20	1.597,35
Rio Negro	412230	32.911	19.746,60	1.645,55
Rolândia	412240	61.837	37.102,20	3.091,85
Roncador	412250	11.365	12.000,00	1.000,00
Rondon	412260	9.391	12.000,00	1.000,00
Rosário do Ivaí	412265	5.509	12.000,00	1.000,00
Sabáudia	412270	6.462	12.000,00	1.000,00
Salgado Filho	412280	4.287	12.000,00	1.000,00
Salto do Itararé	412290	5.246	12.000,00	1.000,00
Salto do Lontra	412300	14.357	12.000,00	1.000,00
Santa Amélia	412310	3.769	12.000,00	1.000,00
Santa Cecília do Pavão	412320	3.654	12.000,00	1.000,00
Santa Cruz de Monte Castelo	412330	8.222	12.000,00	1.000,00
Santa Fé	412340	11.158	12.000,00	1.000,00
Santa Helena	412350	24.895	14.937,00	1.244,75
Santa Inês	412360	1.804	12.000,00	1.000,00
Santa Isabel do Ivaí	412370	8.935	12.000,00	1.000,00
Santa Izabel do Oeste	412380	13.908	12.000,00	1.000,00
Santa Lúcia	412382	3.997	12.000,00	1.000,00
Santa Maria do Oeste	412385	11.315	12.000,00	1.000,00
Santa Mariana	412390	12.562	12.000,00	1.000,00
Santa Mônica	412395	3.780	12.000,00	1.000,00
Santa Tereza do Oeste	412402	10.548	12.000,00	1.000,00
Santa Terezinha de Itaipu	412405	22.127	13.276,20	1.106,35
Santana do Itararé	412400	5.315	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio da Platina	412410	44.754	26.852,40	2.237,70
Santo Antônio do Caiuá	412420	2.774	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio do Paraíso	412430	2.387	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio do Sudoeste	412440	19.748	12.000,00	1.000,00
Santo Inácio	412450	5.455	12.000,00	1.000,00
São Carlos do Ivaí	412460	6.668	12.000,00	1.000,00
São Jerônimo da Serra	412470	11.588	12.000,00	1.000,00
São João	412480	10.777	12.000,00	1.000,00
São João do Caiuá	412490	6.051	12.000,00	1.000,00
São João do Ivaí	412500	11.461	12.000,00	1.000,00
São João do Triunfo	412510	14.462	12.000,00	1.000,00
São Jorge do Ivaí	412530	5.671	12.000,00	1.000,00
São Jorge do Patrocínio	412535	6.088	12.000,00	1.000,00
São Jorge d'Oeste	412520	9.313	12.000,00	1.000,00
São José da Boa Vista	412540	6.596	12.000,00	1.000,00
São José das Palmeiras	412545	3.880	12.000,00	1.000,00
São José dos Pinhais	412550	287.792	172.675,20	14.389,60
São Manoel do Paraná	412555	2.170	12.000,00	1.000,00
São Mateus do Sul	412560	43.750	26.250,00	2.187,50
São Miguel do Iguaçu	412570	26.920	16.152,00	1.346,00
São Pedro do Iguaçu	412575	6.495	12.000,00	1.000,00
São Pedro do Ivaí	412580	10.664	12.000,00	1.000,00
São Pedro do Paraná	412590	2.506	12.000,00	1.000,00
São Sebastião da Amoreira	412600	8.917	12.000,00	1.000,00
São Tomé	412610	5.595	12.000,00	1.000,00
Sapopema	412620	6.912	12.000,00	1.000,00
Sarandi	412625	88.365	53.019,00	4.418,25
Saudade do Iguaçu	412627	5.293	12.000,00	1.000,00
Sengés	412630	19.154	12.000,00	1.000,00
Serranópolis do Iguaçu	412635	4.667	12.000,00	1.000,00
Sertaneja	412640	5.820	12.000,00	1.000,00
Sertanópolis	412650	16.255	12.000,00	1.000,00
Siqueira Campos	412660	19.661	12.000,00	1.000,00
Sulina	412665	3.366	12.000,00	1.000,00
Tamarana	412667	13.298	12.000,00	1.000,00
Tamboara	412670	4.915	12.000,00	1.000,00
Tapejara	412680	15.434	12.000,00	1.000,00
Tapira	412690	5.906	12.000,00	1.000,00
Teixeira Soares	412700	11.140	12.000,00	1.000,00
Telêmaco Borba	412710	74.270	44.562,00	3.713,50
Terra Boa	412720	16.562	12.000,00	1.000,00
Terra Rica	412730	16.063	12.000,00	1.000,00
Terra Roxa	412740	17.402	12.000,00	1.000,00

Tibagi	412750	20.184	12.110,40	1.009,20
Tijucas do Sul	412760	15.575	12.000,00	1.000,00
Toledo	412770	128.448	77.068,80	6.422,40
Tomazina	412780	8.776	12.000,00	1.000,00
Três Barras do Paraná	412785	12.196	12.000,00	1.000,00
Tunas do Paraná	412788	7.127	12.000,00	1.000,00
Tuneiras do Oeste	412790	8.887	12.000,00	1.000,00
Tupãssi	412795	8.243	12.000,00	1.000,00
Turvo	412796	13.937	12.000,00	1.000,00
Ubiratã	412800	21.971	13.182,60	1.098,55
Umuarama	412810	106.387	63.832,20	5.319,35
União da Vitória	412820	55.467	33.280,20	2.773,35
Uniflor	412830	2.570	12.000,00	1.000,00
Uraí	412840	11.729	12.000,00	1.000,00
Ventania	412853	10.763	12.000,00	1.000,00
Vera Cruz do Oeste	412855	9.081	12.000,00	1.000,00
Virmond	412865	4.075	12.000,00	1.000,00
Vitorino	412870	6.775	12.000,00	1.000,00
Wenceslau Braz	412850	19.838	12.000,00	1.000,00
Xambrê	412880	6.077	12.000,00	1.000,00
TOTAIS	399	10.997.465	8.785.438,72	732.119,89
RIO DE JANEIRO	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal
Angra dos Reis	330010	181.486	108.891,60	9.074,30
Aperibé	330015	10.736	12.000,00	1.000,00
Araruama	330020	118.964	71.378,40	5.948,20
Areal	330022	11.785	12.000,00	1.000,00
Armação dos Búzios	330023	29.790	17.874,00	1.489,50
Arraial do Cabo	330025	28.627	17.176,20	1.431,35
Barra do Piraí	330030	96.261	57.756,60	4.813,05
Barra Mansa	330040	179.472	107.683,20	8.973,60
Belford Roxo	330045	477.583	286.549,80	23.879,15
Bom Jardim	330050	25.969	15.581,40	1.298,45
Bom Jesus do Itabapoana	330060	35.825	21.495,00	1.791,25
Cabo Frio	330070	200.380	120.228,00	10.019,00
Cachoeiras de Macacu	330080	55.632	33.379,20	2.781,60
Cambuci	330090	14.862	12.000,00	1.000,00
Campos dos Goytacazes	330100	477.208	286.324,80	23.860,40
Cantagalo	330110	19.825	12.000,00	1.000,00
Carapebus	330093	14.408	12.000,00	1.000,00
Cardoso Moreira	330115	12.599	12.000,00	1.000,00
Carmo	330120	17.944	12.000,00	1.000,00
Casimiro de Abreu	330130	38.492	23.095,20	1.924,60
Comendador Levy Gasparian	330095	8.240	12.000,00	1.000,00
Conceição de Macabu	330140	21.844	13.106,40	1.092,20
Cordeiro	330150	20.863	12.517,80	1.043,15
Duas Barras	330160	11.070	12.000,00	1.000,00
Duque de Caxias	330170	873.921	524.352,60	43.696,05
Engenheiro Paulo de Frontin	330180	13.505	12.000,00	1.000,00
Guapimirim	330185	54.706	32.823,60	2.735,30
Iguaba Grande	330187	24.788	14.872,80	1.239,40
Itaboraí	330190	225.263	135.157,80	11.263,15
Itaguaí	330200	115.542	69.325,20	5.777,10
Italva	330205	14.405	12.000,00	1.000,00
Itaocara	330210	22.870	13.722,00	1.143,50
Itaperuna	330220	98.004	58.802,40	4.900,20
Itatiaia	330225	29.744	20.207,74	1.683,98
Japeri	330227	98.393	59.035,80	4.919,65
Laje do Muriaé	330230	7.385	12.000,00	1.000,00
Macaé	330240	224.442	134.665,20	11.222,10
Macuco	330245	5.360	12.000,00	1.000,00
Magé	330250	232.419	139.451,40	11.620,95
Mangaratiba	330260	39.210	23.526,00	1.960,50
Maricá	330270	139.552	83.731,20	6.977,60
Mendes	330280	18.072	12.000,00	1.000,00
Mesquita	330285	170.185	102.111,00	8.509,25
Miguel Pereira	330290	24.815	14.889,00	1.240,75
Miracema	330300	26.786	16.071,60	1.339,30
Natividade	330310	15.069	12.000,00	1.000,00
Nilópolis	330320	158.288	94.972,80	7.914,40
Niterói	330330	494.200	296.520,00	24.710,00
Nova Friburgo	330340	184.122	110.473,20	9.206,10
Nova Iguaçu	330350	804.815	482.889,00	40.240,75
Paracambi	330360	48.705	29.223,00	2.435,25
Paraíba do Sul	330370	41.955	25.173,00	2.097,75
Parati	330380	39.434	23.660,40	1.971,70
Paty do Alferes	330385	26.696	16.017,60	1.334,80
Petrópolis	330390	297.888	178.732,80	14.894,40
Pinheiral	330395	23.488	14.092,80	1.174,40
Piraí	330400	27.311	16.386,60	1.365,55
Porciúncula	330410	18.188	12.000,00	1.000,00
Porto Real	330411	17.663	12.000,00	1.000,00
Quatis	330412	13.283	12.000,00	1.000,00
Queimados	330414	141.753	85.051,80	7.087,65
Quissamã	330415	21.806	13.083,60	1.090,30
Resende	330420	123.385	74.031,00	6.169,25
Rio Bonito	330430	56.942	34.165,20	2.847,10
Rio Claro	330440	17.709	12.000,00	1.000,00
Rio das Flores	330450	8.783	12.000,00	1.000,00
Rio das Ostras	330452	122.196	73.317,60	6.109,80
Rio de Janeiro	330455	6.429.923	3.857.953,80	321.496,15
Santa Maria Madalena	330460	10.282	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio de Pádua	330470	41.035	24.621,00	2.051,75
São Fidélis	330480	37.717	22.630,20	1.885,85
São Francisco de Itabapoana	330475	41.397	24.838,20	2.069,85
São Gonçalo	330490	1.025.507	615.304,20	51.275,35
São João da Barra	330500	33.951	20.370,60	1.697,55
São João de Meriti	330510	460.799	276.479,40	23.039,95
São José de Ubá	330513	7.143	12.000,00	1.000,00
São José do Vale do Rio Preto	330515	20.704	12.422,40	1.035,20
São Pedro da Aldeia	330520	93.659	56.195,40	4.682,95
São Sebastião do Alto	330530	9.012	12.000,00	1.000,00
Sapucaia	330540	17.610	12.000,00	1.000,00
Saquarema	330550	79.421	47.652,60	3.971,05
Seropédica	330555	81.260	48.756,00	4.063,00
Silva Jardim	330560	21.366	12.819,60	1.068,30
Sumidouro	330570	15.070	12.000,00	1.000,00
Tanguá	330575	31.844	19.106,40	1.592,20
Teresópolis	330580	169.849	101.909,40	8.492,45
Trajano de Morais	330590	10.347	12.000,00	1.000,00
Três Rios	330600	78.723	47.233,80	3.936,15
Valença	330610	73.154	43.892,40	3.657,70
Varre-Sai	330615	9.861	12.000,00	1.000,00
Vassouras	330620	35.112	21.067,20	1.755,60
Volta Redonda	330630	261.522	156.913,20	13.076,10
TOTAIS	92	16.369.179	9.937.739,14	828.144,93
RIO GRANDE DO NORTE	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal
Acari	240010	11.355	12.000,00	1.000,00
Açu	240020	56.354	33.812,40	2.817,70
Afonso Bezerra	240030	11.191	12.000,00	1.000,00
Água Nova	240040	3.156	12.000,00	1.000,00
Alexandria	240050	13.878	12.000,00	1.000,00
Almino Afonso	240060	4.945	12.000,00	1.000,00
Alto do Rodrigues	240070	13.440	12.000,00	1.000,00
Angicos	240080	11.905	12.000,00	1.000,00
Antônio Martins	240090	7.172	12.000,00	1.000,00
Apodi	240100	36.049	21.629,40	1.802,45
Areia Branca	240110	26.868	16.120,80	1.343,40
Arês	240120	13.764	12.000,00	1.000,00
Augusto Severo	240130	9.660	12.000,00	1.000,00
Baía Formosa	240140	9.048	12.000,00	1.000,00
Baraúna	240145	26.347	15.808,20	1.317,35
Barcelona	240150	4.067	12.000,00	1.000,00
Bento Fernandes	240160	5.385	12.000,00	1.000,00
Bodó	240165	2.412	12.000,00	1.000,00
Bom Jesus	240170	9.965	12.000,00	1.000,00
Brejinho	240180	12.286	12.000,00	1.000,00
Caiçara do Norte	240185	6.257	12.000,00	1.000,00
Caiçara do Rio do Vento	240190	3.531	12.000,00	1.000,00
Caicó	240200	66.246	39.747,60	3.312,30
Campo Redondo	240210	10.879	12.000,00	1.000,00
Canguaretama	240220	32.945	19.767,00	1.647,25
Caraúbas	240230	20.414	12.248,40	1.020,70
Carnaúba dos Dantas	240240	7.896	12.000,00	1.000,00
Carnaubais	240250	10.491	12.000,00	1.000,00
Ceará-Mirim	240260	71.856	43.113,60	3.592,80
Cerro Corá	240270	11.292	12.000,00	1.000,00
Coronel Ezequiel	240280	5.580	12.000,00	1.000,00
Coronel João Pessoa	240290	4.946	12.000,00	1.000,00
Cruzeta	240300	8.182	12.000,00	1.000,00
Currais Novos	240310	44.528	26.716,80	2.226,40
Doutor Severiano	240320	7.178	12.000,00	1.000,00
Encanto	240330	5.515	12.000,00	1.000,00
Equador	240340	6.054	12.000,00	1.000,00
Espírito Santo	240350	10.753	12.000,00	1.000,00
Extremoz	240360	26.677	16.006,20	1.333,85
Felipe Guerra	240370	5.973	12.000,00	1.000,00
Fernando Pedroza	240375	3.000	12.000,00	1.000,00
Florânia	240380	9.245	12.000,00	1.000,00
Francisco Dantas	240390	2.929	12.000,00	1.000,00
Frutuoso Gomes	240400	4.280	12.000,00	1.000,00
Galinhos	240410	2.446	12.000,00	1.000,00
Goianinha	240420	24.476	14.685,60	1.223,80
Governador Dix-Sept Rosado	240430	12.934	12.000,00	1.000,00
Grossos	240440	9.998	12.000,00	1.000,00
Guamaré	240450	13.922	12.000,00	1.000,00
Ielmo Marinho	240460	13.070	12.000,00	1.000,00
Ipanguaçu	240470	14.814	12.000,00	1.000,00
Ipueira	240480	2.190	12.000,00	1.000,00
Itajá	240485	7.336	12.000,00	1.000,00
Itaú	240490	5.822	12.000,00	1.000,00
Jaçanã	240500	8.573	12.000,00	1.000,00
Jandaíra	240510	7.086	12.000,00	1.000,00
Janduís	240520	5.453	12.000,00	1.000,00
Januário Cicco	240530	9.651	12.000,00	1.000,00
Japi	240540	5.490	12.000,00	1.000,00
Jardim de Angicos	240550	2.676	12.000,00	1.000,00
Jardim de Piranhas	240560	14.342	12.000,00	1.000,00
Jardim do Seridó	240570	12.526	12.000,00	1.000,00
João Câmara	240580	34.057	20.434,20	1.702,85
João Dias	240590	2.687	12.000,00	1.000,00
José da Penha	240600	6.049	12.000,00	1.000,00
Jucurutu	240610	18.366	12.000,00	1.000,00
Jundiá	240615	3.790	12.000,00	1.000,00
Lagoa d'Anta	240620	6.587	12.000,00	1.000,00
Lagoa de Pedras	240630	7.372	12.000,00	1.000,00
Lagoa de Velhos	240640	2.759	12.000,00	1.000,00
Lagoa Nova	240650	14.942	12.000,00	1.000,00
Lagoa Salgada	240660	8.009	12.000,00	1.000,00
Lajes	240670	10.977	12.000,00	1.000,00
Lajes Pintadas	240680	4.784	12.000,00	1.000,00
Lucrécia	240690	3.860	12.000,00	1.000,00
Luís Gomes	240700	10.042	12.000,00	1.000,00
Macaíba	240710	75.548	45.328,80	3.777,40
Macau	240720	30.749	18.449,40	1.537,45
Major Sales	240725	3.805	12.000,00	1.000,00
Marcelino Vieira	240730	8.506	12.000,00	1.000,00
Martins	240740	8.615	12.000,00	1.000,00
Maxaranguape	240750	11.419	12.000,00	1.000,00
Messias Targino	240760	4.448	12.000,00	1.000,00
Montanhas	240770	11.644	12.000,00	1.000,00
Monte Alegre	240780	21.833	13.099,80	1.091,65
Monte das Gameleiras	240790	2.261	12.000,00	1.000,00
Mossoró	240800	280.314	168.188,40	14.015,70
Natal	240810	853.928	512.356,80	42.696,40
Nísia Floresta	240820	25.800	15.480,00	1.290,00
Nova Cruz	240830	37.079	22.247,40	1.853,95
Olho-d'Água do Borges	240840	4.391	12.000,00	1.000,00
Ouro Branco	240850	4.860	12.000,00	1.000,00
Paraná	240860	4.165	12.000,00	1.000,00

Paraú	240870	3.924	12.000,00	1.000,00
Parazinho	240880	5.139	12.000,00	1.000,00
Parelhas	240890	21.288	12.772,80	1.064,40
Parnamirim	240325	229.414	137.648,40	11.470,70
Passa e Fica	240910	12.188	12.000,00	1.000,00
Passagem	240920	3.040	12.000,00	1.000,00
Patu	240930	12.561	12.000,00	1.000,00
Pau dos Ferros	240940	29.430	17.658,00	1.471,50
Pedra Grande	240950	3.505	12.000,00	1.000,00
Pedra Preta	240960	2.607	12.000,00	1.000,00
Pedro Avelino	240970	7.186	12.000,00	1.000,00
Pedro Velho	240980	14.729	12.000,00	1.000,00
Pendências	240990	14.402	12.000,00	1.000,00
Pilões	241000	3.683	12.000,00	1.000,00
Portalegre	241020	7.708	12.000,00	1.000,00
Porto do Mangue	241025	5.689	12.000,00	1.000,00
Presidente Juscelino	241030	9.515	12.000,00	1.000,00
Pureza	241040	9.081	12.000,00	1.000,00
Rafael Fernandes	241050	4.961	12.000,00	1.000,00
Rafael Godeiro	241060	3.191	12.000,00	1.000,00
Riacho da Cruz	241070	3.399	12.000,00	1.000,00
Riacho de Santana	241080	4.280	12.000,00	1.000,00
Riachuelo	241090	7.640	12.000,00	1.000,00
Rio do Fogo	240895	10.607	12.000,00	1.000,00
Rodolfo Fernandes	241100	4.549	12.000,00	1.000,00
Ruy Barbosa	241110	3.689	12.000,00	1.000,00
Santa Cruz	241120	38.142	22.885,20	1.907,10
Santa Maria	240933	5.174	12.000,00	1.000,00
Santana do Matos	241140	13.688	12.000,00	1.000,00
Santana do Seridó	241142	2.647	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio	241150	23.492	14.095,20	1.174,60
São Bento do Norte	241160	2.967	12.000,00	1.000,00
São Bento do Trairí	241170	4.205	12.000,00	1.000,00
São Fernando	241180	3.556	12.000,00	1.000,00
São Francisco do Oeste	241190	4.103	12.000,00	1.000,00
São Gonçalo do Amarante	241200	95.218	57.130,80	4.760,90
São João do Sabugi	241210	6.174	12.000,00	1.000,00
São José de Mipibu	241220	42.345	25.407,00	2.117,25
São José do Campestre	241230	12.856	12.000,00	1.000,00
São José do Seridó	241240	4.488	12.000,00	1.000,00
São Miguel	241250	22.921	13.752,60	1.146,05
São Miguel do Gostoso	241255	9.237	12.000,00	1.000,00
São Paulo do Potengi	241260	16.888	12.000,00	1.000,00
São Pedro	241270	6.296	12.000,00	1.000,00
São Rafael	241280	8.351	12.000,00	1.000,00
São Tomé	241290	11.187	12.000,00	1.000,00
São Vicente	241300	6.328	12.000,00	1.000,00
Senador Elói de Souza	241310	5.980	12.000,00	1.000,00
Senador Georgino Avelino	241320	4.215	12.000,00	1.000,00
Serra de São Bento	241330	5.896	12.000,00	1.000,00
Serra do Mel	241335	11.159	12.000,00	1.000,00
Serra Negra do Norte	241340	8.083	12.000,00	1.000,00
Serrinha	241350	6.620	12.000,00	1.000,00
Serrinha dos Pintos	241355	4.752	12.000,00	1.000,00
Severiano Melo	241360	4.674	12.000,00	1.000,00
Sítio Novo	241370	5.333	12.000,00	1.000,00
Taboleiro Grande	241380	2.468	12.000,00	1.000,00
Taipu	241390	12.301	12.000,00	1.000,00
Tangará	241400	15.175	12.000,00	1.000,00
Tenente Ananias	241410	10.468	12.000,00	1.000,00
Tenente Laurentino Cruz	241415	5.843	12.000,00	1.000,00
Tibau	241105	3.935	12.000,00	1.000,00
Tibau do Sul	241420	12.708	12.000,00	1.000,00
Timbaúba dos Batistas	241430	2.398	12.000,00	1.000,00
Touros	241440	32.942	19.765,20	1.647,10
Triunfo Potiguar	241445	3.406	12.000,00	1.000,00
Umarizal	241450	10.893	12.000,00	1.000,00
Upanema	241460	13.939	12.000,00	1.000,00
Várzea	241470	5.467	12.000,00	1.000,00
Venha-Ver	241475	4.050	12.000,00	1.000,00
Vera Cruz	241480	11.644	12.000,00	1.000,00
Viçosa	241490	1.696	12.000,00	1.000,00
Vila Flor	241500	3.056	12.000,00	1.000,00
TOTAIS	167	3.373.959	3.064.356,00	255.363,00
RONDONIA				
Alta Floresta D'Oeste	110001	25.728	15.436,80	1.286,40
Alto Alegre dos Parecis	110037	13.827	12.000,00	1.000,00
Alto Paraíso	110040	19.459	12.000,00	1.000,00
Alvorada D'Oeste	110034	17.399	12.000,00	1.000,00
Ariquemes	110002	101.269	60.761,40	5.063,45
Buritis	110045	36.555	21.933,00	1.827,75
Cabixi	110003	6.495	12.000,00	1.000,00
Cacaulândia	110060	6.268	12.000,00	1.000,00
Cacoal	110004	85.863	51.517,80	4.293,15
Campo Novo de Rondônia	110070	13.939	12.000,00	1.000,00
Candeias do Jamari	110080	22.973	13.783,80	1.148,65
Castanheiras	110090	3.689	12.000,00	1.000,00
Cerejeiras	110005	18.041	12.000,00	1.000,00
Chupinguaia	110092	9.636	12.000,00	1.000,00
Colorado do Oeste	110006	19.190	12.000,00	1.000,00
Corumbiara	110007	9.036	12.000,00	1.000,00
Costa Marques	110008	15.853	12.000,00	1.000,00
Cujubim	110094	19.410	12.000,00	1.000,00
Espigão D'Oeste	110009	31.699	19.019,40	1.584,95
Governador Jorge Teixeira	110100	10.534	12.000,00	1.000,00
Guajará-Mirim	110010	45.761	27.456,60	2.288,05
Itapuã do Oeste	110110	9.661	12.000,00	1.000,00
Jaru	110011	55.597	33.358,20	2.779,85
Ji-Paraná	110012	128.026	76.815,60	6.401,30
Machadinho D'Oeste	110013	35.633	21.379,80	1.781,65
Ministro Andreazza	110120	10.899	12.000,00	1.000,00
Mirante da Serra	110130	12.469	12.000,00	1.000,00
Monte Negro	110140	15.541	12.000,00	1.000,00
Nova Brasilândia D'Oeste	110014	21.427	12.856,20	1.071,35
Nova Mamoré	110033	26.227	15.736,20	1.311,35
Nova União	110143	7.883	12.000,00	1.000,00
Novo Horizonte do Oeste	110050	10.515	12.000,00	1.000,00
Ouro Preto do Oeste	110015	40.099	24.059,40	2.004,95
Parecis	110145	5.477	12.000,00	1.000,00
Pimenta Bueno	110018	36.939	22.163,40	1.846,95
Pimenteiras do Oeste	110146	2.440	12.000,00	1.000,00
Porto Velho	110020	484.992	290.995,20	24.249,60
Presidente Médici	110025	23.017	13.810,20	1.150,85
Primavera de Rondônia	110147	3.597	12.000,00	1.000,00
Rio Crespo	110026	3.666	12.000,00	1.000,00
Rolim de Moura	110028	55.357	33.214,20	2.767,85
Santa Luzia D'Oeste	110029	8.887	12.000,00	1.000,00
São Felipe D'Oeste	110148	6.219	12.000,00	1.000,00
São Francisco do Guaporé	110149	18.265	12.000,00	1.000,00
São Miguel do Guaporé	110032	23.668	14.200,80	1.183,40
Teixeirópolis	110155	5.080	12.000,00	1.000,00
Theobroma	110160	11.343	12.000,00	1.000,00
Urupá	110170	13.491	12.000,00	1.000,00
Vale do Anari	110175	10.518	12.000,00	1.000,00
Vale do Paraíso	110180	8.425	12.000,00	1.000,00
Vilhena	110030	87.727	52.636,20	4.386,35
TOTAIS	52	1.728.214	1.217.134,20	101.427,85
RORAIMA	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal
Alto Alegre	140005	16.428	12.000,00	1.000,00
Amajari	140002	10.432	12.000,00	1.000,00
Boa Vista	140010	308.996	185.397,60	15.449,80
Bonfim	140015	11.525	12.000,00	1.000,00
Cantá	140017	15.393	12.000,00	1.000,00
Caracaraí	140020	19.696	12.000,00	1.000,00
Caroebe	140023	8.826	12.000,00	1.000,00
Iracema	140028	9.762	12.000,00	1.000,00
Mucajaí	140030	15.890	12.000,00	1.000,00
Normandia	140040	9.754	12.000,00	1.000,00
Pacaraima	140045	11.423	12.000,00	1.000,00
Rorainópolis	140047	26.326	15.795,60	1.316,30
São João da Baliza	140050	7.284	12.000,00	1.000,00
São Luiz	140060	7.210	12.000,00	1.000,00
Uiramutã	140070	9.127	12.000,00	1.000,00
TOTAIS	15	488.072	357.193,20	29.766,10
RIO GRANDE DO SUL	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal
Aceguá	430003	4.638	12.000,00	1.000,00
Água Santa	430005	3.838	12.000,00	1.000,00
Agudo	430010	17.161	12.000,00	1.000,00
Ajuricaba	430020	7.420	12.000,00	1.000,00
Alecrim	430030	7.010	12.000,00	1.000,00
Alegrete	430040	79.054	47.432,40	3.952,70
Alegria	430045	4.244	12.000,00	1.000,00
Almirante Tamandaré do Sul	430047	2.106	12.000,00	1.000,00
Alpestre	430050	7.871	12.000,00	1.000,00
Alto Alegre	430055	1.856	12.000,00	1.000,00
Alto Feliz	430057	3.035	12.000,00	1.000,00
Alvorada	430060	204.750	122.850,00	10.237,50
Amaral Ferrador	430063	6.693	12.000,00	1.000,00
Ametista do Sul	430064	7.560	12.000,00	1.000,00
André da Rocha	430066	1.278	12.000,00	1.000,00
Anta Gorda	430070	6.235	12.000,00	1.000,00
Antônio Prado	430080	13.263	12.000,00	1.000,00
Arambaré	430085	3.778	12.000,00	1.000,00
Araricá	430087	5.195	12.000,00	1.000,00
Aratiba	430090	6.687	12.000,00	1.000,00
Arroio do Meio	430100	19.792	12.000,00	1.000,00
Arroio do Padre	430107	2.857	12.000,00	1.000,00
Arroio do Sal	430105	8.488	12.000,00	1.000,00
Arroio do Tigre	430120	13.235	12.000,00	1.000,00
Arroio dos Ratos	430110	14.132	12.000,00	1.000,00
Arroio Grande	430130	18.979	12.000,00	1.000,00
Arvorezinha	430140	10.573	12.000,00	1.000,00
Augusto Pestana	430150	7.206	12.000,00	1.000,00
Áurea	430155	3.748	12.000,00	1.000,00
Bagé	430160	121.235	72.741,00	6.061,75
Balneário Pinhal	430163	11.895	12.000,00	1.000,00
Barão	430165	6.008	12.000,00	1.000,00
Barão de Cotegipe	430170	6.744	12.000,00	1.000,00
Barão do Triunfo	430175	7.331	12.000,00	1.000,00
Barra do Guarita	430185	3.216	12.000,00	1.000,00
Barra do Quaraí	430187	4.176	12.000,00	1.000,00
Barra do Ribeiro	430190	13.150	12.000,00	1.000,00
Barra do Rio Azul	430192	1.993	12.000,00	1.000,00
Barra Funda	430195	2.476	12.000,00	1.000,00
Barracão	430180	5.498	12.000,00	1.000,00
Barros Cassal	430200	11.478	12.000,00	1.000,00
Benjamin Constant do Sul	430205	2.305	12.000,00	1.000,00
Bento Gonçalves	430210	111.384	66.830,40	5.569,20
Boa Vista das Missões	430215	2.173	12.000,00	1.000,00
Boa Vista do Buricá	430220	6.800	12.000,00	1.000,00
Boa Vista do Cadeado	430222	2.520	12.000,00	1.000,00
Boa Vista do Incra	430223	2.537	12.000,00	1.000,00
Boa Vista do Sul	430225	2.860	12.000,00	1.000,00
Bom Jesus	430230	11.823	12.000,00	1.000,00
Bom Princípio	430235	12.644	12.000,00	1.000,00
Bom Progresso	430237	2.311	12.000,00	1.000,00
Bom Retiro do Sul	430240	12.004	12.000,00	1.000,00
Boqueirão do Leão	430245	7.910	12.000,00	1.000,00
Bossoroca	430250	6.953	12.000,00	1.000,00
Bozano	430258	2.248	12.000,00	1.000,00
Braga	430260	3.735	12.000,00	1.000,00
Brochier	430265	4.902	12.000,00	1.000,00
Butiá	430270	21.131	12.678,60	1.056,55
Caçapava do Sul	430280	34.676	20.805,60	1.733,80
Cacequi	430290	13.834	12.000,00	1.000,00
Cachoeira do Sul	430300	85.955	51.573,00	4.297,75
Cachoeirinha	430310	124.472	74.683,20	6.223,60
Cacique Doble	430320	5.056	12.000,00	1.000,00
Caibaté	430330	5.075	12.000,00	1.000,00
Caiçara	430340	5.148	12.000,00	1.000,00

Camaquã	430350	65.409	39.245,40	3.270,45
Camargo	430355	2.701	12.000,00	1.000,00
Cambará do Sul	430360	6.712	12.000,00	1.000,00
Campestre da Serra	430367	3.375	12.000,00	1.000,00
Campina das Missões	430370	6.156	12.000,00	1.000,00
Campinas do Sul	430380	5.658	12.000,00	1.000,00
Campo Bom	430390	63.339	38.003,40	3.166,95
Campo Novo	430400	5.404	12.000,00	1.000,00
Campos Borges	430410	3.559	12.000,00	1.000,00
Candelária	430420	31.334	18.800,40	1.566,70
Cândido Godói	430430	6.654	12.000,00	1.000,00
Candiota	430435	9.214	12.000,00	1.000,00
Canela	430440	41.682	25.009,20	2.084,10
Canguçu	430450	55.462	33.277,20	2.773,10
Canoas	430460	338.531	203.118,60	16.926,55
Capão Bonito do Sul	430462	1.783	12.000,00	1.000,00
Capão da Canoa	430463	45.744	27.446,40	2.287,20
Capão do Cipó	430465	3.318	12.000,00	1.000,00
Capão do Leão	430466	25.256	15.153,60	1.262,80
Capela de Santana	430468	12.323	12.000,00	1.000,00
Capitão	430469	2.741	12.000,00	1.000,00
Capivari do Sul	430467	4.177	12.000,00	1.000,00
Caraá	430471	7.742	12.000,00	1.000,00
Carazinho	430470	61.702	37.021,20	3.085,10
Carlos Barbosa	430480	26.976	16.185,60	1.348,80
Carlos Gomes	430485	1.604	12.000,00	1.000,00
Casca	430490	8.993	12.000,00	1.000,00
Caseiros	430495	3.139	12.000,00	1.000,00
Catuípe	430500	9.477	12.000,00	1.000,00
Caxias do Sul	430510	465.304	279.182,40	23.265,20
Centenário	430511	3.036	12.000,00	1.000,00
Cerrito	430512	6.523	12.000,00	1.000,00
Cerro Branco	430513	4.639	12.000,00	1.000,00
Cerro Grande	430515	2.465	12.000,00	1.000,00
Cerro Grande do Sul	430517	11.012	12.000,00	1.000,00
Cerro Largo	430520	13.872	12.000,00	1.000,00
Chapada	430530	9.631	12.000,00	1.000,00
Charqueadas	430535	37.589	22.553,40	1.879,45
Charrua	430537	3.532	12.000,00	1.000,00
Chiapetta	430540	4.100	12.000,00	1.000,00
Chuí	430543	6.269	12.000,00	1.000,00
Chuvisca	430544	5.201	12.000,00	1.000,00
Cidreira	430545	13.844	12.000,00	1.000,00
Ciríaco	430550	5.029	12.000,00	1.000,00
Colinas	430558	2.497	12.000,00	1.000,00
Colorado	430560	3.572	12.000,00	1.000,00
Condor	430570	6.791	12.000,00	1.000,00
Constantina	430580	10.077	12.000,00	1.000,00
Coqueiro Baixo	430583	1.567	12.000,00	1.000,00
Coqueiros do Sul	430585	2.497	12.000,00	1.000,00
Coronel Barros	430587	2.546	12.000,00	1.000,00
Coronel Bicaco	430590	7.885	12.000,00	1.000,00
Coronel Pilar	430593	1.754	12.000,00	1.000,00
Cotiporã	430595	4.019	12.000,00	1.000,00
Coxilha	430597	2.895	12.000,00	1.000,00
Crissiumal	430600	14.360	12.000,00	1.000,00
Cristal	430605	7.659	12.000,00	1.000,00
Cristal do Sul	430607	2.915	12.000,00	1.000,00
Cruz Alta	430610	64.126	38.475,60	3.206,30
Cruzaltense	430613	2.136	12.000,00	1.000,00
Cruzeiro do Sul	430620	12.876	12.000,00	1.000,00
David Canabarro	430630	4.834	12.000,00	1.000,00
Derrubadas	430632	3.199	12.000,00	1.000,00
Dezesseis de Novembro	430635	2.853	12.000,00	1.000,00
Dilermando de Aguiar	430637	3.144	12.000,00	1.000,00
Dois Irmãos	430640	29.528	17.716,80	1.476,40
Dois Irmãos das Missões	430642	2.192	12.000,00	1.000,00
Dois Lajeados	430645	3.403	12.000,00	1.000,00
Dom Feliciano	430650	15.038	12.000,00	1.000,00
Dom Pedrito	430660	39.957	23.974,20	1.997,85
Dom Pedro de Alcântara	430655	2.623	12.000,00	1.000,00
Dona Francisca	430670	3.421	12.000,00	1.000,00
Doutor Maurício Cardoso	430673	5.301	12.000,00	1.000,00
Doutor Ricardo	430675	2.082	12.000,00	1.000,00
Eldorado do Sul	430676	36.911	22.146,60	1.845,55
Encantado	430680	21.609	12.965,40	1.080,45
Encruzilhada do Sul	430690	25.563	15.337,80	1.278,15
Engenho Velho	430692	1.462	12.000,00	1.000,00
Entre Rios do Sul	430695	3.108	12.000,00	1.000,00
Entre-Ijuís	430693	9.101	12.000,00	1.000,00
Erebango	430697	3.063	12.000,00	1.000,00
Erechim	430700	101.122	60.673,20	5.056,10
Ernestina	430705	3.198	12.000,00	1.000,00
Erval Grande	430720	5.248	12.000,00	1.000,00
Erval Seco	430730	7.899	12.000,00	1.000,00
Esmeralda	430740	3.287	12.000,00	1.000,00
Esperança do Sul	430745	3.291	12.000,00	1.000,00
Espumoso	430750	15.770	12.000,00	1.000,00
Estação	430755	6.178	12.000,00	1.000,00
Estância Velha	430760	45.500	27.300,00	2.275,00
Esteio	430770	83.700	50.220,00	4.185,00
Estrela	430780	32.309	19.385,40	1.615,45
Estrela Velha	430781	3.741	12.000,00	1.000,00
Eugênio de Castro	430783	2.795	12.000,00	1.000,00
Fagundes Varela	430786	2.689	12.000,00	1.000,00
Farroupilha	430790	67.465	40.479,00	3.373,25
Faxinal do Soturno	430800	6.871	12.000,00	1.000,00
Faxinalzinho	430805	2.587	12.000,00	1.000,00
Fazenda Vilanova	430807	3.993	12.000,00	1.000,00
Feliz	430810	12.992	12.000,00	1.000,00
Flores da Cunha	430820	28.739	17.243,40	1.436,95
Floriano Peixoto	430825	2.021	12.000,00	1.000,00
Fontoura Xavier	430830	10.945	12.000,00	1.000,00
Formigueiro	430840	7.144	12.000,00	1.000,00
Forquetinha	430843	2.537	12.000,00	1.000,00
Fortaleza dos Valos	430845	4.654	12.000,00	1.000,00
Frederico Westphalen	430850	30.251	18.150,60	1.512,55
Garibaldi	430860	32.578	19.546,80	1.628,90
Garruchos	430865	3.260	12.000,00	1.000,00
Gaurama	430870	5.963	12.000,00	1.000,00
General Câmara	430880	8.685	12.000,00	1.000,00
Gentil	430885	1.717	12.000,00	1.000,00
Getúlio Vargas	430890	16.647	12.000,00	1.000,00
Giruá	430900	17.343	12.000,00	1.000,00
Glorinha	430905	7.364	12.000,00	1.000,00
Gramado	430910	34.110	20.466,00	1.705,50
Gramado dos Loureiros	430912	2.295	12.000,00	1.000,00
Gramado Xavier	430915	4.168	12.000,00	1.000,00
Gravataí	430920	269.022	161.413,20	13.451,10
Guabiju	430925	1.625	12.000,00	1.000,00
Guaíba	430930	98.688	59.212,80	4.934,40
Guaporé	430940	24.142	14.485,20	1.207,10
Harmonia	430955	4.517	12.000,00	1.000,00
Herval	430710	6.969	12.000,00	1.000,00
Herveiras	430957	3.056	12.000,00	1.000,00
Horizontina	430960	19.112	12.000,00	1.000,00
Hulha Negra	430965	6.386	12.000,00	1.000,00
Humaitá	430970	5.030	12.000,00	1.000,00
Ibarama	430975	4.516	12.000,00	1.000,00
Ibiaçá	430980	4.850	12.000,00	1.000,00
Ibiraiaras	430990	7.422	12.000,00	1.000,00
Ibirapuitã	430995	4.170	12.000,00	1.000,00
Ibirubá	431000	20.116	12.069,60	1.005,80
Igrejinha	431010	33.711	20.226,60	1.685,55
Ijuí	431020	82.276	49.365,60	4.113,80
Ilópolis	431030	4.215	12.000,00	1.000,00
Imbé	431033	19.338	12.000,00	1.000,00
Imigrante	431036	3.135	12.000,00	1.000,00
Independência	431040	6.714	12.000,00	1.000,00
Inhacorá	431041	2.324	12.000,00	1.000,00
Ipê	431043	6.334	12.000,00	1.000,00
Ipiranga do Sul	431046	1.990	12.000,00	1.000,00
Iraí	431050	8.132	12.000,00	1.000,00
Itaara	431053	5.268	12.000,00	1.000,00
Itacurubi	431055	3.549	12.000,00	1.000,00
Itapuca	431057	2.358	12.000,00	1.000,00
Itaqui	431060	39.173	23.503,80	1.958,65
Itati	431065	2.625	12.000,00	1.000,00
Itatiba do Sul	431070	4.106	12.000,00	1.000,00
Ivorá	431075	2.166	12.000,00	1.000,00
Ivoti	431080	21.450	12.870,00	1.072,50
Jaboticaba	431085	4.156	12.000,00	1.000,00
Jacuizinho	431087	2.623	12.000,00	1.000,00
Jacutinga	431090	3.724	12.000,00	1.000,00
Jaguarão	431100	28.482	17.089,20	1.424,10
Jaguari	431110	11.675	12.000,00	1.000,00
Jaquirana	431112	4.199	12.000,00	1.000,00
Jari	431113	3.665	12.000,00	1.000,00
Jóia	431115	8.629	12.000,00	1.000,00
Júlio de Castilhos	431120	20.097	12.058,20	1.004,85
Lagoa Bonita do Sul	431123	2.795	12.000,00	1.000,00
Lagoa dos Três Cantos	431127	1.648	12.000,00	1.000,00
Lagoa Vermelha	431130	28.406	17.043,60	1.420,30
Lagoão	431125	6.467	12.000,00	1.000,00
Lajeado	431140	76.187	45.712,20	3.809,35
Lajeado do Bugre	431142	2.579	12.000,00	1.000,00
Lavras do Sul	431150	7.862	12.000,00	1.000,00
Liberato Salzano	431160	5.827	12.000,00	1.000,00
Lindolfo Collor	431162	5.567	12.000,00	1.000,00
Linha Nova	431164	1.692	12.000,00	1.000,00
Maçambara	431171	4.845	12.000,00	1.000,00
Machadinho	431170	5.660	12.000,00	1.000,00
Mampituba	431173	3.087	12.000,00	1.000,00
Manoel Viana	431175	7.333	12.000,00	1.000,00
Maquiné	431177	7.068	12.000,00	1.000,00
Maratá	431179	2.639	12.000,00	1.000,00
Marau	431180	39.182	23.509,20	1.959,10
Marcelino Ramos	431190	5.123	12.000,00	1.000,00
Mariana Pimentel	431198	3.906	12.000,00	1.000,00
Mariano Moro	431200	2.235	12.000,00	1.000,00
Marques de Souza	431205	4.176	12.000,00	1.000,00
Mata	431210	5.198	12.000,00	1.000,00
Mato Castelhano	431213	2.559	12.000,00	1.000,00
Mato Leitão	431215	4.126	12.000,00	1.000,00
Mato Queimado	431217	1.819	12.000,00	1.000,00
Maximiliano de Almeida	431220	4.938	12.000,00	1.000,00
Minas do Leão	431225	7.956	12.000,00	1.000,00
Miraguaí	431230	4.990	12.000,00	1.000,00
Montauri	431235	1.568	12.000,00	1.000,00
Monte Alegre dos Campos	431237	3.221	12.000,00	1.000,00
Monte Belo do Sul	431238	2.720	12.000,00	1.000,00
Montenegro	431240	62.484	37.490,40	3.124,20
Mormaço	431242	2.906	12.000,00	1.000,00
Morrinhos do Sul	431244	3.225	12.000,00	1.000,00
Morro Redondo	431245	6.488	12.000,00	1.000,00
Morro Reuter	431247	6.008	12.000,00	1.000,00
Mostardas	431250	12.637	12.000,00	1.000,00
Muçum	431260	4.970	12.000,00	1.000,00
Muitos Capões	431261	3.116	12.000,00	1.000,00
Muliterno	431262	1.885	12.000,00	1.000,00
Não-Me-Toque	431265	16.785	12.000,00	1.000,00
Nicolau Vergueiro	431267	1.763	12.000,00	1.000,00
Nonoai	431270	12.348	12.000,00	1.000,00
Nova Alvorada	431275	3.376	12.000,00	1.000,00
Nova Araçá	431280	4.289	12.000,00	1.000,00
Nova Bassano	431290	9.343	12.000,00	1.000,00
Nova Boa Vista	431295	1.978	12.000,00	1.000,00
Nova Bréscia	431300	3.311	12.000,00	1.000,00
Nova Candelária	431301	2.822	12.000,00	1.000,00
Nova Esperança do Sul	431303	4.962	12.000,00	1.000,00
Nova Hartz	431306	19.620	12.000,00	1.000,00
Nova Pádua	431308	2.545	12.000,00	1.000,00
Nova Palma	431310	6.569	12.000,00	1.000,00
Nova Petrópolis	431320	20.126	12.075,60	1.006,30
Nova Prata	431330	24.495	14.697,00	1.224,75

Nova Ramada	431333	2.466	12.000,00	1.000,00
Nova Roma do Sul	431335	3.520	12.000,00	1.000,00
Nova Santa Rita	431337	24.859	14.915,40	1.242,95
Novo Barreiro	431349	4.138	12.000,00	1.000,00
Novo Cabrais	431339	4.045	12.000,00	1.000,00
Novo Hamburgo	431340	247.781	148.668,60	12.389,05
Novo Machado	431342	3.907	12.000,00	1.000,00
Novo Tiradentes	431344	2.330	12.000,00	1.000,00
Novo Xingu	431346	1.801	12.000,00	1.000,00
Osório	431350	43.256	25.953,60	2.162,80
Paim Filho	431360	4.276	12.000,00	1.000,00
Palmares do Sul	431365	11.372	12.000,00	1.000,00
Palmeira das Missões	431370	35.120	21.072,00	1.756,00
Palmitinho	431380	7.156	12.000,00	1.000,00
Pantano Grande	431395	10.029	12.000,00	1.000,00
Paraí	431400	7.203	12.000,00	1.000,00
Paraíso do Sul	431402	7.615	12.000,00	1.000,00
Pareci Novo	431403	3.686	12.000,00	1.000,00
Parobé	431405	54.599	32.759,40	2.729,95
Passa Sete	431406	5.421	12.000,00	1.000,00
Passo do Sobrado	431407	6.307	12.000,00	1.000,00
Passo Fundo	431410	194.432	116.659,20	9.721,60
Paulo Bento	431413	2.284	12.000,00	1.000,00
Paverama	431415	8.382	12.000,00	1.000,00
Pedras Altas	431417	2.226	12.000,00	1.000,00
Pedro Osório	431420	8.024	12.000,00	1.000,00
Pejuçara	431430	4.070	12.000,00	1.000,00
Pelotas	431440	341.180	204.708,00	17.059,00
Picada Café	431442	5.462	12.000,00	1.000,00
Pinhal	431445	2.602	12.000,00	1.000,00
Pinhal da Serra	431446	2.151	12.000,00	1.000,00
Pinhal Grande	431447	4.577	12.000,00	1.000,00
Pinheirinho do Vale	431449	4.715	12.000,00	1.000,00
Pinheiro Machado	431450	13.047	12.000,00	1.000,00
Pinto Bandeira	431454	2.681	12.000,00	1.000,00
Pirapó	431455	2.738	12.000,00	1.000,00
Piratini	431460	20.614	12.368,40	1.030,70
Planalto	431470	10.739	12.000,00	1.000,00
Poço das Antas	431475	2.094	12.000,00	1.000,00
Pontão	431477	3.982	12.000,00	1.000,00
Ponte Preta	431478	1.757	12.000,00	1.000,00
Portão	431480	33.212	19.927,20	1.660,60
Porto Alegre	431490	1.467.816	880.689,60	73.390,80
Porto Lucena	431500	5.410	12.000,00	1.000,00
Porto Mauá	431505	2.579	12.000,00	1.000,00
Porto Vera Cruz	431507	1.797	12.000,00	1.000,00
Porto Xavier	431510	10.802	12.000,00	1.000,00
Pouso Novo	431513	1.878	12.000,00	1.000,00
Presidente Lucena	431514	2.652	12.000,00	1.000,00
Progresso	431515	6.364	12.000,00	1.000,00
Protásio Alves	431517	2.048	12.000,00	1.000,00
Putinga	431520	4.215	12.000,00	1.000,00
Quaraí	431530	23.631	14.178,60	1.181,55
Quatro Irmãos	431531	1.842	12.000,00	1.000,00
Quevedos	431532	2.807	12.000,00	1.000,00
Quinze de Novembro	431535	3.794	12.000,00	1.000,00
Redentora	431540	10.845	12.000,00	1.000,00
Relvado	431545	2.205	12.000,00	1.000,00
Restinga Seca	431550	16.357	12.000,00	1.000,00
Rio dos Índios	431555	3.531	12.000,00	1.000,00
Rio Grande	431560	206.161	123.696,60	10.308,05
Rio Pardo	431570	38.861	23.316,60	1.943,05
Riozinho	431575	4.531	12.000,00	1.000,00
Roca Sales	431580	10.837	12.000,00	1.000,00
Rodeio Bonito	431590	5.942	12.000,00	1.000,00
Rolador	431595	2.572	12.000,00	1.000,00
Rolante	431600	20.479	12.287,40	1.023,95
Ronda Alta	431610	10.610	12.000,00	1.000,00
Rondinha	431620	5.596	12.000,00	1.000,00
Roque Gonzales	431630	7.338	12.000,00	1.000,00
Rosário do Sul	431640	40.825	24.495,00	2.041,25
Sagrada Família	431642	2.675	12.000,00	1.000,00
Saldanha Marinho	431643	2.905	12.000,00	1.000,00
Salto do Jacuí	431645	12.360	12.000,00	1.000,00
Salvador das Missões	431647	2.762	12.000,00	1.000,00
Salvador do Sul	431650	7.182	12.000,00	1.000,00
Sananduva	431660	16.029	12.000,00	1.000,00
Santa Bárbara do Sul	431670	8.905	12.000,00	1.000,00
Santa Cecília do Sul	431673	1.700	12.000,00	1.000,00
Santa Clara do Sul	431675	6.068	12.000,00	1.000,00
Santa Cruz do Sul	431680	124.577	74.746,20	6.228,85
Santa Margarida do Sul	431697	2.469	12.000,00	1.000,00
Santa Maria	431690	273.489	164.093,40	13.674,45
Santa Maria do Herval	431695	6.295	12.000,00	1.000,00
Santa Rosa	431720	71.665	42.999,00	3.583,25
Santa Tereza	431725	1.782	12.000,00	1.000,00
Santa Vitória do Palmar	431730	31.618	18.970,80	1.580,90
Santana da Boa Vista	431700	8.455	12.000,00	1.000,00
Santana do Livramento	431710	83.702	50.221,20	4.185,10
Santiago	431740	50.608	30.364,80	2.530,40
Santo Ângelo	431750	78.836	47.301,60	3.941,80
Santo Antônio da Patrulha	431760	41.579	24.947,40	2.078,95
Santo Antônio das Missões	431770	11.312	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio do Palma	431755	2.200	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio do Planalto	431775	2.053	12.000,00	1.000,00
Santo Augusto	431780	14.365	12.000,00	1.000,00
Santo Cristo	431790	14.778	12.000,00	1.000,00
Santo Expedito do Sul	431795	2.504	12.000,00	1.000,00
São Borja	431800	63.194	37.916,40	3.159,70
São Domingos do Sul	431805	3.046	12.000,00	1.000,00
São Francisco de Assis	431810	19.621	12.000,00	1.000,00
São Francisco de Paula	431820	21.408	12.844,80	1.070,40
São Gabriel	431830	62.594	37.556,40	3.129,70
São Jerônimo	431840	23.263	13.957,80	1.163,15
São João da Urtiga	431842	4.851	12.000,00	1.000,00
São João do Polêsine	431843	2.657	12.000,00	1.000,00
São Jorge	431844	2.850	12.000,00	1.000,00
São José das Missões	431845	2.761	12.000,00	1.000,00
São José do Herval	431846	2.217	12.000,00	1.000,00
São José do Hortêncio	431848	4.373	12.000,00	1.000,00
São José do Inhacorá	431849	2.237	12.000,00	1.000,00
São José do Norte	431850	26.721	16.032,60	1.336,05
São José do Ouro	431860	7.116	12.000,00	1.000,00
São José do Sul	431861	2.218	12.000,00	1.000,00
São José dos Ausentes	431862	3.441	12.000,00	1.000,00
São Leopoldo	431870	225.520	135.312,00	11.276,00
São Lourenço do Sul	431880	44.498	26.698,80	2.224,90
São Luiz Gonzaga	431890	35.344	21.206,40	1.767,20
São Marcos	431900	21.024	12.614,40	1.051,20
São Martinho	431910	5.868	12.000,00	1.000,00
São Martinho da Serra	431912	3.303	12.000,00	1.000,00
São Nicolau	431920	5.794	12.000,00	1.000,00
São Paulo das Missões	431930	6.425	12.000,00	1.000,00
São Pedro da Serra	431935	3.522	12.000,00	1.000,00
São Pedro das Missões	431936	1.969	12.000,00	1.000,00
São Pedro do Butiá	431937	2.975	12.000,00	1.000,00
São Pedro do Sul	431940	16.817	12.000,00	1.000,00
São Sebastião do Caí	431950	23.128	13.876,80	1.156,40
São Sepé	431960	24.465	14.679,00	1.223,25
São Valentim	431970	3.665	12.000,00	1.000,00
São Valentim do Sul	431971	2.249	12.000,00	1.000,00
São Valério do Sul	431973	2.743	12.000,00	1.000,00
São Vendelino	431975	2.062	12.000,00	1.000,00
São Vicente do Sul	431980	8.754	12.000,00	1.000,00
Sapiranga	431990	78.718	47.230,80	3.935,90
Sapucaia do Sul	432000	137.104	82.262,40	6.855,20
Sarandi	432010	22.632	13.579,20	1.131,60
Seberi	432020	11.188	12.000,00	1.000,00
Sede Nova	432023	3.078	12.000,00	1.000,00
Segredo	432026	7.343	12.000,00	1.000,00
Selbach	432030	5.114	12.000,00	1.000,00
Senador Salgado Filho	432032	2.890	12.000,00	1.000,00
Sentinela do Sul	432035	5.438	12.000,00	1.000,00
Serafina Corrêa	432040	15.401	12.000,00	1.000,00
Sério	432045	2.277	12.000,00	1.000,00
Sertão	432050	6.285	12.000,00	1.000,00
Sertão Santana	432055	6.166	12.000,00	1.000,00
Sete de Setembro	432057	2.153	12.000,00	1.000,00
Severiano de Almeida	432060	3.915	12.000,00	1.000,00
Silveira Martins	432065	2.495	12.000,00	1.000,00
Sinimbu	432067	10.390	12.000,00	1.000,00
Sobradinho	432070	14.861	12.000,00	1.000,00
Soledade	432080	31.150	18.690,00	1.557,50
Tabaí	432085	4.385	12.000,00	1.000,00
Tapejara	432090	20.905	12.543,00	1.045,25
Tapera	432100	10.789	12.000,00	1.000,00
Tapes	432110	17.273	12.000,00	1.000,00
Taquara	432120	56.896	34.137,60	2.844,80
Taquari	432130	27.039	16.223,40	1.351,95
Taquaruçu do Sul	432132	3.078	12.000,00	1.000,00
Tavares	432135	5.539	12.000,00	1.000,00
Tenente Portela	432140	14.075	12.000,00	1.000,00
Terra de Areia	432143	10.467	12.000,00	1.000,00
Teutônia	432145	29.411	17.646,60	1.470,55
Tio Hugo	432146	2.874	12.000,00	1.000,00
Tiradentes do Sul	432147	6.484	12.000,00	1.000,00
Toropi	432149	3.007	12.000,00	1.000,00
Torres	432150	36.595	21.957,00	1.829,75
Tramandaí	432160	45.079	27.047,40	2.253,95
Travesseiro	432162	2.387	12.000,00	1.000,00
Três Arroios	432163	2.898	12.000,00	1.000,00
Três Cachoeiras	432166	10.707	12.000,00	1.000,00
Três Coroas	432170	25.535	15.321,00	1.276,75
Três de Maio	432180	24.471	14.682,60	1.223,55
Três Forquilhas	432183	2.953	12.000,00	1.000,00
Três Palmeiras	432185	4.487	12.000,00	1.000,00
Três Passos	432190	24.665	14.799,00	1.233,25
Trindade do Sul	432195	5.962	12.000,00	1.000,00
Triunfo	432200	27.394	16.436,40	1.369,70
Tucunduva	432210	6.024	12.000,00	1.000,00
Tunas	432215	4.565	12.000,00	1.000,00
Tupanci do Sul	432218	1.598	12.000,00	1.000,00
Tupanciretã	432220	23.314	13.988,40	1.165,70
Tupandi	432225	4.248	12.000,00	1.000,00
Tuparendi	432230	8.663	12.000,00	1.000,00
Turuçu	432232	3.608	12.000,00	1.000,00
Ubiretama	432234	2.302	12.000,00	1.000,00
União da Serra	432235	1.457	12.000,00	1.000,00
Unistalda	432237	2.497	12.000,00	1.000,00
Uruguaiana	432240	129.504	77.702,40	6.475,20
Vacaria	432250	64.252	38.551,20	3.212,60
Vale do Sol	432253	11.563	12.000,00	1.000,00
Vale Real	432254	5.447	12.000,00	1.000,00
Vale Verde	432252	3.404	12.000,00	1.000,00
Vanini	432255	2.071	12.000,00	1.000,00
Venâncio Aires	432260	69.154	41.492,40	3.457,70
Vera Cruz	432270	25.338	15.202,80	1.266,90
Veranópolis	432280	24.252	14.551,20	1.212,60
Vespasiano Correa	432285	1.997	12.000,00	1.000,00
Viadutos	432290	5.344	12.000,00	1.000,00
Viamão	432300	250.028	150.016,80	12.501,40
Vicente Dutra	432310	5.305	12.000,00	1.000,00
Victor Graeff	432320	3.091	12.000,00	1.000,00

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300683

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Vila Flores	432330	3.341	12.000,00	1.000,00
Vila Lângaro	432335	2.202	12.000,00	1.000,00
Vila Maria	432340	4.377	12.000,00	1.000,00
Vila Nova do Sul	432345	4.359	12.000,00	1.000,00
Vista Alegre	432350	2.899	12.000,00	1.000,00
Vista Alegre do Prata	432360	1.614	12.000,00	1.000,00
Vista Gaúcha	432370	2.862	12.000,00	1.000,00
Vitória das Missões	432375	3.510	12.000,00	1.000,00
Westfalia	432377	2.925	12.000,00	1.000,00
Xangri-lá	432380	13.689	12.000,00	1.000,00
TOTAIS	497	11.164.043	10.041.854,40	836.821,20
SANTA CATARINA	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal
Abdon Batista	420005	2.656	12.000,00	1.000,00
Abelardo Luz	420010	17.584	12.000,00	1.000,00
Agrolândia	420020	9.957	12.000,00	1.000,00
Agronômica	420030	5.172	12.000,00	1.000,00
Água Doce	420040	7.110	12.000,00	1.000,00
Águas de Chapecó	420050	6.313	12.000,00	1.000,00
Águas Frias	420055	2.430	12.000,00	1.000,00
Águas Mornas	420060	5.926	12.000,00	1.000,00
Alfredo Wagner	420070	9.737	12.000,00	1.000,00
Alto Bela Vista	420075	2.007	12.000,00	1.000,00
Anchieta	420080	6.145	12.000,00	1.000,00
Angelina	420090	5.166	12.000,00	1.000,00
Anitápolis	420110	3.259	12.000,00	1.000,00
Antônio Carlos	420120	7.906	12.000,00	1.000,00
Apiúna	420125	10.099	12.000,00	1.000,00
Arabutã	420127	4.270	12.000,00	1.000,00
Araquari	420130	29.593	17.755,80	1.479,65
Araranguá	420140	64.405	38.643,00	3.220,25
Armazém	420150	8.159	12.000,00	1.000,00
Arroio Trinta	420160	3.562	12.000,00	1.000,00
Arvoredo	420165	2.281	12.000,00	1.000,00
Ascurra	420170	7.683	12.000,00	1.000,00
Atalanta	420180	3.310	12.000,00	1.000,00
Aurora	420190	5.661	12.000,00	1.000,00
Balneário Arroio do Silva	420195	10.876	12.000,00	1.000,00
Balneário Barra do Sul	420205	9.330	12.000,00	1.000,00
Balneário Camboriú	420200	120.926	72.555,60	6.046,30
Balneário Gaivota	420207	9.259	12.000,00	1.000,00
Balneário Piçarras	421280	19.329	12.000,00	1.000,00
Balneário Rincão	422000	11.628	12.000,00	1.000,00
Bandeirante	420208	2.865	12.000,00	1.000,00
Barra Bonita	420209	1.842	12.000,00	1.000,00
Barra Velha	420210	24.943	14.965,80	1.247,15
Bela Vista do Toldo	420213	6.191	12.000,00	1.000,00
Belmonte	420215	2.692	12.000,00	1.000,00
Benedito Novo	420220	10.906	12.000,00	1.000,00
Biguaçu	420230	62.383	37.429,80	3.119,15
Blumenau	420240	329.082	197.449,20	16.454,10
Bocaina do Sul	420243	3.393	12.000,00	1.000,00
Bom Jardim da Serra	420250	4.566	12.000,00	1.000,00
Bom Jesus	420253	2.721	12.000,00	1.000,00
Bom Jesus do Oeste	420257	2.160	12.000,00	1.000,00
Bom Retiro	420260	9.397	12.000,00	1.000,00
Bombinhas	420245	16.311	12.000,00	1.000,00
Botuverá	420270	4.785	12.000,00	1.000,00
Braço do Norte	420280	30.868	18.520,80	1.543,40
Braço do Trombudo	420285	3.599	12.000,00	1.000,00
Brunópolis	420287	2.741	12.000,00	1.000,00
Brusque	420290	116.634	69.980,40	5.831,70
Caçador	420300	74.276	44.565,60	3.713,80
Caibi	420310	6.274	12.000,00	1.000,00
Calmon	420315	3.416	12.000,00	1.000,00
Camboriú	420320	70.068	42.040,80	3.503,40
Campo Alegre	420330	11.972	12.000,00	1.000,00
Campo Belo do Sul	420340	7.419	12.000,00	1.000,00
Campo Erê	420350	9.203	12.000,00	1.000,00
Campos Novos	420360	34.386	20.631,60	1.719,30
Canelinha	420370	11.286	12.000,00	1.000,00
Canoinhas	420380	53.969	32.381,40	2.698,45
Capão Alto	420325	2.711	12.000,00	1.000,00
Capinzal	420390	21.726	13.035,60	1.086,30
Capivari de Baixo	420395	23.018	13.810,80	1.150,90
Catanduvas	420400	10.112	12.000,00	1.000,00
Caxambu do Sul	420410	4.208	12.000,00	1.000,00
Celso Ramos	420415	2.792	12.000,00	1.000,00
Cerro Negro	420417	3.472	12.000,00	1.000,00
Chapadão do Lageado	420419	2.871	12.000,00	1.000,00
Chapecó	420420	198.188	118.912,80	9.909,40
Cocal do Sul	420425	15.860	12.000,00	1.000,00
Concórdia	420430	71.499	42.899,40	3.574,95
Cordilheira Alta	420435	4.043	12.000,00	1.000,00
Coronel Freitas	420440	10.272	12.000,00	1.000,00
Coronel Martins	420445	2.520	12.000,00	1.000,00
Correia Pinto	420455	14.301	12.000,00	1.000,00
Corupá	420450	14.716	12.000,00	1.000,00
Criciúma	420460	202.395	121.437,00	10.119,75
Cunha Porã	420470	10.905	12.000,00	1.000,00
Cunhataí	420475	1.931	12.000,00	1.000,00
Curitibanos	420480	38.890	23.334,00	1.944,50
Descanso	420490	8.612	12.000,00	1.000,00
Dionísio Cerqueira	420500	15.227	12.000,00	1.000,00
Dona Emma	420510	3.912	12.000,00	1.000,00
Doutor Pedrinho	420515	3.828	12.000,00	1.000,00
Entre Rios	420517	3.118	12.000,00	1.000,00
Ermo	420519	2.081	12.000,00	1.000,00
Erval Velho	420520	4.448	12.000,00	1.000,00
Faxinal dos Guedes	420530	10.797	12.000,00	1.000,00
Flor do Sertão	420535	1.605	12.000,00	1.000,00
Florianópolis	420540	453.285	271.971,00	22.664,25
Formosa do Sul	420543	2.603	12.000,00	1.000,00
Forquilhinha	420545	24.256	14.553,60	1.212,80
Fraiburgo	420550	35.618	21.370,80	1.780,90
Frei Rogério	420555	2.354	12.000,00	1.000,00
Galvão	420560	3.379	12.000,00	1.000,00
Garopaba	420570	20.024	12.014,40	1.001,20
Garuva	420580	16.081	12.000,00	1.000,00
Gaspar	420590	62.618	37.570,80	3.130,90
Governador Celso Ramos	420600	13.655	12.000,00	1.000,00
Grão Pará	420610	6.418	12.000,00	1.000,00
Gravatal	420620	11.064	12.000,00	1.000,00
Guabiruba	420630	20.474	12.284,40	1.023,70
Guaraciaba	420640	10.492	12.000,00	1.000,00
Guaramirim	420650	38.851	23.310,60	1.942,55
Guarujá do Sul	420660	5.054	12.000,00	1.000,00
Guatambú	420665	4.746	12.000,00	1.000,00
Herval d'Oeste	420670	21.961	13.176,60	1.098,05
Ibiam	420675	1.973	12.000,00	1.000,00
Ibicaré	420680	3.359	12.000,00	1.000,00
Ibirama	420690	18.097	12.000,00	1.000,00
Içara	420700	51.416	30.849,60	2.570,80
Ilhota	420710	13.124	12.000,00	1.000,00
Imaruí	420720	11.301	12.000,00	1.000,00
Imbituba	420730	42.244	25.346,40	2.112,20
Imbuia	420740	5.946	12.000,00	1.000,00
Indaial	420750	60.433	36.259,80	3.021,65
Iomerê	420757	2.842	12.000,00	1.000,00
Ipira	420760	4.713	12.000,00	1.000,00
Iporã do Oeste	420765	8.714	12.000,00	1.000,00
Ipuaçu	420768	7.123	12.000,00	1.000,00
Iraceminha	420775	4.212	12.000,00	1.000,00
Irani	420780	9.948	12.000,00	1.000,00
Irati	420785	2.067	12.000,00	1.000,00
Irineópolis	420790	10.843	12.000,00	1.000,00
Itá	420800	6.420	12.000,00	1.000,00
Itaiópolis	420810	21.015	12.609,00	1.050,75
Itajaí	420820	197.809	118.685,40	9.890,45
Itapema	420830	52.923	31.753,80	2.646,15
Itapiranga	420840	16.107	12.000,00	1.000,00
Itapoá	420845	16.899	12.000,00	1.000,00
Ituporanga	420850	23.490	14.094,00	1.174,50
Jaborá	420860	4.057	12.000,00	1.000,00
Jacinto Machado	420870	10.677	12.000,00	1.000,00
Jaguaruna	420880	18.425	12.000,00	1.000,00
Jaraguá do Sul	420890	156.519	93.911,40	7.825,95
Jardinópolis	420895	1.721	12.000,00	1.000,00
Joaçaba	420900	28.398	17.038,80	1.419,90
Joinville	420910	546.981	328.188,60	27.349,05
José Boiteux	420915	4.837	12.000,00	1.000,00
Jupiá	420917	2.158	12.000,00	1.000,00
Lacerdópolis	420920	2.242	12.000,00	1.000,00
Lages	420930	158.961	95.376,60	7.948,05
Laguna	420940	43.979	26.387,40	2.198,95
Lajeado Grande	420945	1.488	12.000,00	1.000,00
Laurentino	420950	6.402	12.000,00	1.000,00
Lauro Muller	420960	14.841	12.000,00	1.000,00
Lebon Régis	420970	12.077	12.000,00	1.000,00
Leoberto Leal	420980	3.298	12.000,00	1.000,00
Lindóia do Sul	420985	4.674	12.000,00	1.000,00
Lontras	420990	11.005	12.000,00	1.000,00
Luiz Alves	421000	11.395	12.000,00	1.000,00
Luzerna	421003	5.698	12.000,00	1.000,00
Macieira	421005	1.831	12.000,00	1.000,00
Mafra	421010	54.708	32.824,80	2.735,40
Major Gercino	421020	3.375	12.000,00	1.000,00
Major Vieira	421030	7.782	12.000,00	1.000,00
Maracajá	421040	6.784	12.000,00	1.000,00
Maravilha	421050	23.602	14.161,20	1.180,10
Marema	421055	2.094	12.000,00	1.000,00
Massaranduba	421060	15.586	12.000,00	1.000,00
Matos Costa	421070	2.767	12.000,00	1.000,00
Meleiro	421080	7.085	12.000,00	1.000,00
Mirim Doce	421085	2.476	12.000,00	1.000,00
Modelo	421090	4.147	12.000,00	1.000,00
Mondaí	421100	10.877	12.000,00	1.000,00
Monte Carlo	421105	9.604	12.000,00	1.000,00
Monte Castelo	421110	8.478	12.000,00	1.000,00
Morro da Fumaça	421120	16.888	12.000,00	1.000,00
Morro Grande	421125	2.928	12.000,00	1.000,00
Navegantes	421130	68.337	41.002,20	3.416,85
Nova Erechim	421140	4.577	12.000,00	1.000,00
Nova Itaberaba	421145	4.338	12.000,00	1.000,00
Nova Trento	421150	13.135	12.000,00	1.000,00
Nova Veneza	421160	14.098	12.000,00	1.000,00
Novo Horizonte	421165	2.681	12.000,00	1.000,00
Orleans	421170	22.171	13.302,60	1.108,55
Otacílio Costa	421175	17.349	12.000,00	1.000,00
Ouro	421180	7.436	12.000,00	1.000,00
Ouro Verde	421185	2.281	12.000,00	1.000,00
Paial	421187	1.698	12.000,00	1.000,00
Painel	421189	2.385	12.000,00	1.000,00
Palhoça	421190	150.623	90.373,80	7.531,15
Palma Sola	421200	7.747	12.000,00	1.000,00
Palmeira	421205	2.488	12.000,00	1.000,00
Palmitos	421210	16.270	12.000,00	1.000,00
Papanduva	421220	18.568	12.000,00	1.000,00
Paraíso	421223	3.915	12.000,00	1.000,00
Passo de Torres	421225	7.447	12.000,00	1.000,00
Passos Maia	421227	4.387	12.000,00	1.000,00
Paulo Lopes	421230	7.045	12.000,00	1.000,00
Pedras Grandes	421240	4.110	12.000,00	1.000,00
Penha	421250	27.936	16.761,60	1.396,80
Peritiba	421260	2.958	12.000,00	1.000,00
Pescaria Brava	421265	9.687	12.000,00	1.000,00
Petrolândia	421270	6.140	12.000,00	1.000,00
Pinhalzinho	421290	17.868	12.000,00	1.000,00
Pinheiro Preto	421300	3.310	12.000,00	1.000,00
Piratuba	421310	4.533	12.000,00	1.000,00
Planalto Alegre	421315	2.761	12.000,00	1.000,00
Pomerode	421320	30.009	18.005,40	1.500,45
Ponte Alta	421330	4.885	12.000,00	1.000,00
Ponte Alta do Norte	421335	3.381	12.000,00	1.000,00
Ponte Serrada	421340	11.358	12.000,00	1.000,00

Porto Belo	421350	18.066	12.000,00	1.000,00
Porto União	421360	34.551	20.730,60	1.727,55
Pouso Redondo	421370	15.882	12.000,00	1.000,00
Praia Grande	421380	7.377	12.000,00	1.000,00
Presidente Castello Branco	421390	1.691	12.000,00	1.000,00
Presidente Getúlio	421400	15.943	12.000,00	1.000,00
Presidente Nereu	421410	2.314	12.000,00	1.000,00
Princesa	421415	2.848	12.000,00	1.000,00
Quilombo	421420	10.255	12.000,00	1.000,00
Rancho Queimado	421430	2.827	12.000,00	1.000,00
Rio das Antas	421440	6.245	12.000,00	1.000,00
Rio do Campo	421450	6.185	12.000,00	1.000,00
Rio do Oeste	421460	7.319	12.000,00	1.000,00
Rio do Sul	421480	65.256	39.153,60	3.262,80
Rio dos Cedros	421470	10.879	12.000,00	1.000,00
Rio Fortuna	421490	4.557	12.000,00	1.000,00
Rio Negrinho	421500	41.167	25.351,54	2.112,63
Rio Rufino	421505	2.482	12.000,00	1.000,00
Riqueza	421507	4.810	12.000,00	1.000,00
Rodeio	421510	11.270	12.000,00	1.000,00
Romelândia	421520	5.421	12.000,00	1.000,00
Salete	421530	7.553	12.000,00	1.000,00
Saltinho	421535	3.948	12.000,00	1.000,00
Salto Veloso	421540	4.495	12.000,00	1.000,00
Santa Cecília	421550	16.315	12.000,00	1.000,00
Santa Helena	421555	2.354	12.000,00	1.000,00
Santa Rosa de Lima	421560	2.116	12.000,00	1.000,00
Santa Rosa do Sul	421565	8.261	12.000,00	1.000,00
Santa Terezinha	421567	8.883	12.000,00	1.000,00
Santa Terezinha do Progresso	421568	2.776	12.000,00	1.000,00
Santiago do Sul	421569	1.414	12.000,00	1.000,00
Santo Amaro da Imperatriz	421570	21.221	12.732,60	1.061,05
São Bento do Sul	421580	78.998	47.398,80	3.949,90
São Bernardino	421575	2.641	12.000,00	1.000,00
São Bonifácio	421590	2.989	12.000,00	1.000,00
São Carlos	421600	10.753	12.000,00	1.000,00
São Cristovão do Sul	421605	5.255	12.000,00	1.000,00
São Domingos	421610	9.530	12.000,00	1.000,00
São Francisco do Sul	421620	46.477	27.886,20	2.323,85
São João Batista	421630	30.337	18.202,20	1.516,85
São João do Itaperiú	421635	3.578	12.000,00	1.000,00
São João do Oeste	421625	6.211	12.000,00	1.000,00
São João do Sul	421640	7.183	12.000,00	1.000,00
São Joaquim	421650	25.841	15.504,60	1.292,05
São José	421660	224.779	134.867,40	11.238,95
São José do Cedro	421670	13.904	12.000,00	1.000,00
São José do Cerrito	421680	9.061	12.000,00	1.000,00
São Lourenço do Oeste	421690	22.786	13.671,60	1.139,30
São Ludgero	421700	11.940	12.000,00	1.000,00
São Martinho	421710	3.239	12.000,00	1.000,00
São Miguel da Boa Vista	421715	1.897	12.000,00	1.000,00
São Miguel do Oeste	421720	38.162	22.897,20	1.908,10
São Pedro de Alcântara	421725	5.139	12.000,00	1.000,00
Saudades	421730	9.382	12.000,00	1.000,00
Schroeder	421740	17.538	12.000,00	1.000,00
Seara	421750	17.351	12.000,00	1.000,00
Serra Alta	421755	3.323	12.000,00	1.000,00
Siderópolis	421760	13.499	12.000,00	1.000,00
Sombrio	421770	28.209	16.925,40	1.410,45
Sul Brasil	421775	2.698	12.000,00	1.000,00
Taió	421780	17.856	12.000,00	1.000,00
Tangará	421790	8.777	12.000,00	1.000,00
Tigrinhos	421795	1.746	12.000,00	1.000,00
Tijucas	421800	33.847	20.308,20	1.692,35
Timbé do Sul	421810	5.387	12.000,00	1.000,00
Timbó	421820	39.740	23.844,00	1.987,00
Timbó Grande	421825	7.495	12.000,00	1.000,00
Três Barras	421830	18.740	12.000,00	1.000,00
Treviso	421835	3.706	12.000,00	1.000,00
Treze de Maio	421840	7.036	12.000,00	1.000,00
Treze Tílias	421850	6.925	12.000,00	1.000,00
Trombudo Central	421860	6.901	12.000,00	1.000,00
Tubarão	421870	101.284	60.770,40	5.064,20
Tunápolis	421875	4.660	12.000,00	1.000,00
Turvo	421880	12.353	12.000,00	1.000,00
União do Oeste	421885	2.802	12.000,00	1.000,00
Urubici	421890	11.012	12.000,00	1.000,00
Urupema	421895	2.507	12.000,00	1.000,00
Urussanga	421900	20.826	12.495,60	1.041,30
Vargeão	421910	3.590	12.000,00	1.000,00
Vargem	421915	2.718	12.000,00	1.000,00
Vargem Bonita	421917	4.752	12.000,00	1.000,00
Vidal Ramos	421920	6.377	12.000,00	1.000,00
Videira	421930	49.768	29.860,80	2.488,40
Vitor Meireles	421935	5.190	12.000,00	1.000,00
Witmarsum	421940	3.769	12.000,00	1.000,00
Xanxerê	421950	46.981	28.188,60	2.349,05
Xavantina	421960	4.124	12.000,00	1.000,00
Xaxim	421970	27.039	16.223,40	1.351,95
Zortéa	421985	3.153	12.000,00	1.000,00
TOTAIS	295	6.634.254	5.762.546,74	480.212,23
SERGIPE	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal
Amparo de São Francisco	280010	2.358	12.000,00	1.000,00
Aquidabã	280020	21.023	12.613,80	1.051,15
Aracaju	280030	614.577	368.746,20	30.728,85
Arauá	280040	10.796	12.000,00	1.000,00
Areia Branca	280050	17.825	12.000,00	1.000,00
Barra dos Coqueiros	280060	27.495	16.497,00	1.374,75
Boquim	280067	26.529	15.917,40	1.326,45
Brejo Grande	280070	8.110	12.000,00	1.000,00
Campo do Brito	280100	17.594	12.000,00	1.000,00
Canhoba	280110	4.057	12.000,00	1.000,00
Canindé de São Francisco	280120	27.136	16.281,60	1.356,80
Capela	280130	32.666	19.599,60	1.633,30
Carira	280140	21.109	12.665,40	1.055,45
Carmópolis	280150	14.937	12.000,00	1.000,00
Cedro de São João	280160	5.846	12.000,00	1.000,00
Cristinápolis	280170	17.536	12.000,00	1.000,00
Cumbe	280190	3.955	12.000,00	1.000,00
Divina Pastora	280200	4.715	12.000,00	1.000,00
Estância	280210	67.491	40.494,60	3.374,55
Feira Nova	280220	5.529	12.000,00	1.000,00
Frei Paulo	280230	14.730	12.000,00	1.000,00
Gararu	280240	11.712	12.000,00	1.000,00
General Maynard	280250	3.143	12.000,00	1.000,00
Gracho Cardoso	280260	5.824	12.000,00	1.000,00
Ilha das Flores	280270	8.582	12.000,00	1.000,00
Indiaroba	280280	16.940	12.000,00	1.000,00
Itabaiana	280290	91.873	55.123,80	4.593,65
Itabaianinha	280300	40.821	24.492,60	2.041,05
Itabi	280310	5.048	12.000,00	1.000,00
Itaporanga d'Ajuda	280320	32.496	19.497,60	1.624,80
Japaratuba	280330	17.903	12.000,00	1.000,00
Japoatã	280340	13.253	12.000,00	1.000,00
Lagarto	280350	100.330	60.198,00	5.016,50
Laranjeiras	280360	28.533	17.119,80	1.426,65
Macambira	280370	6.723	12.000,00	1.000,00
Malhada dos Bois	280380	3.610	12.000,00	1.000,00
Malhador	280390	12.501	12.000,00	1.000,00
Maruim	280400	16.998	12.000,00	1.000,00
Monte Alegre de Sergipe	280420	14.513	12.000,00	1.000,00
Muribeca	280430	7.598	12.000,00	1.000,00
Neópolis	280440	18.964	12.000,00	1.000,00
Nossa Senhora Aparecida	280445	8.788	12.000,00	1.000,00
Nossa Senhora da Glória	280450	34.799	20.879,40	1.739,95
Nossa Senhora das Dores	280460	25.839	15.503,40	1.291,95
Nossa Senhora de Lourdes	280470	6.456	12.000,00	1.000,00
Nossa Senhora do Socorro	280480	172.547	103.528,20	8.627,35
Pacatuba	280490	13.896	12.000,00	1.000,00
Pedra Mole	280500	3.141	12.000,00	1.000,00
Pedrinhas	280510	9.298	12.000,00	1.000,00
Pinhão	280520	6.318	12.000,00	1.000,00
Pirambu	280530	8.877	12.000,00	1.000,00
Poço Redondo	280540	32.949	19.769,40	1.647,45
Poço Verde	280550	23.078	13.846,80	1.153,90
Porto da Folha	280560	28.237	16.942,20	1.411,85
Propriá	280570	29.467	17.680,20	1.473,35
Riachão do Dantas	280580	19.937	12.000,00	1.000,00
Riachuelo	280590	9.863	12.000,00	1.000,00
Ribeirópolis	280600	18.071	12.000,00	1.000,00
Rosário do Catete	280610	10.013	12.000,00	1.000,00
Salgado	280620	19.994	12.000,00	1.000,00
Santa Luzia do Itanhy	280630	13.628	12.000,00	1.000,00
Santa Rosa de Lima	280650	3.886	12.000,00	1.000,00
Santana do São Francisco	280640	7.456	12.000,00	1.000,00
Santo Amaro das Brotas	280660	11.899	12.000,00	1.000,00
São Cristóvão	280670	84.620	50.772,00	4.231,00
São Domingos	280680	10.801	12.000,00	1.000,00
São Francisco	280690	3.705	12.000,00	1.000,00
São Miguel do Aleixo	280700	3.859	12.000,00	1.000,00
Simão Dias	280710	40.199	24.119,40	2.009,95
Siriri	280720	8.496	12.000,00	1.000,00
Telha	280730	3.117	12.000,00	1.000,00
Tobias Barreto	280740	50.557	30.334,20	2.527,85
Tomar do Geru	280750	13.192	12.000,00	1.000,00
Umbaúba	280760	23.950	14.370,00	1.197,50
TOTAIS	75	2.195.662	1.618.992,60	134.916,05
SÃO PAULO	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal
Adamantina	350010	34.953	20.971,80	1.747,65
Adolfo	350020	3.639	12.000,00	1.000,00
Aguaí	350030	34.188	20.512,80	1.709,40
Águas da Prata	350040	7.942	12.000,00	1.000,00
Águas de Lindóia	350050	18.108	12.000,00	1.000,00
Águas de Santa Bárbara	350055	5.876	12.000,00	1.000,00
Águas de São Pedro	350060	3.004	12.000,00	1.000,00
Agudos	350070	36.150	21.690,00	1.807,50
Alambari	350075	5.356	12.000,00	1.000,00
Alfredo Marcondes	350080	4.064	12.000,00	1.000,00
Altair	350090	4.010	12.000,00	1.000,00
Altinópolis	350100	16.137	12.000,00	1.000,00
Alto Alegre	350110	4.193	12.000,00	1.000,00
Alumínio	350115	17.784	12.000,00	1.000,00
Álvares Florence	350120	3.915	12.000,00	1.000,00
Álvares Machado	350130	24.482	14.689,20	1.224,10
Álvaro de Carvalho	350140	4.937	12.000,00	1.000,00
Alvinlândia	350150	3.137	12.000,00	1.000,00
Americana	350160	224.551	134.730,60	11.227,55
Américo Brasiliense	350170	37.165	22.299,00	1.858,25
Américo de Campos	350180	5.916	12.000,00	1.000,00
Amparo	350190	69.322	41.593,20	3.466,10
Analândia	350200	4.612	12.000,00	1.000,00
Andradina	350210	57.145	34.287,00	2.857,25
Angatuba	350220	23.666	14.199,60	1.183,30
Anhembi	350230	6.120	12.000,00	1.000,00
Anhumas	350240	3.941	12.000,00	1.000,00
Aparecida	350250	36.151	21.690,60	1.807,55
Aparecida d'Oeste	350260	4.468	12.000,00	1.000,00
Apiaí	350270	25.491	15.294,60	1.274,55
Araçariguama	350275	19.144	12.000,00	1.000,00
Araçatuba	350280	190.536	114.321,60	9.526,80
Araçoiaba da Serra	350290	30.088	18.052,80	1.504,40
Aramina	350300	5.416	12.000,00	1.000,00
Arandu	350310	6.334	12.000,00	1.000,00
Arapeí	350315	2.541	12.000,00	1.000,00
Araraquara	350320	222.036	133.221,60	11.101,80
Araras	350330	126.391	75.834,60	6.319,55
Arco-Íris	350335	1.925	12.000,00	1.000,00
Arealva	350340	8.245	12.000,00	1.000,00
Areias	350350	3.839	12.000,00	1.000,00

Areiópolis	350360	10.989	12.000,00	1.000,00
Ariranha	350370	9.095	12.000,00	1.000,00
Artur Nogueira	350380	48.420	29.052,00	2.421,00
Arujá	350390	81.326	48.795,60	4.066,30
Aspásia	350395	1.854	12.000,00	1.000,00
Assis	350400	100.204	60.122,40	5.010,20
Atibaia	350410	134.567	80.740,20	6.728,35
Auriflama	350420	14.831	12.000,00	1.000,00
Avaí	350430	5.210	12.000,00	1.000,00
Avanhandava	350440	12.307	12.000,00	1.000,00
Avaré	350450	87.238	52.342,80	4.361,90
Bady Bassitt	350460	15.851	12.000,00	1.000,00
Balbinos	350470	4.433	12.000,00	1.000,00
Bálsamo	350480	8.631	12.000,00	1.000,00
Bananal	350490	10.680	12.000,00	1.000,00
Barão de Antonina	350500	3.297	12.000,00	1.000,00
Barbosa	350510	6.998	12.000,00	1.000,00
Bariri	350520	33.466	20.079,60	1.673,30
Barra Bonita	350530	36.310	21.786,00	1.815,50
Barra do Chapéu	350535	5.514	12.000,00	1.000,00
Barra do Turvo	350540	7.878	12.000,00	1.000,00
Barretos	350550	117.779	70.667,40	5.888,95
Barrinha	350560	30.506	18.303,60	1.525,30
Barueri	350570	256.756	154.053,60	12.837,80
Bastos	350580	21.061	12.636,60	1.053,05
Batatais	350590	59.654	35.792,40	2.982,70
Bauru	350600	362.062	217.237,20	18.103,10
Bento de Abreu	350620	2.831	12.000,00	1.000,00
Bernardino de Campos	350630	11.133	12.000,00	1.000,00
Bertioga	350635	53.679	32.207,40	2.683,95
Bilac	350640	7.519	12.000,00	1.000,00
Birigui	350650	115.898	69.538,80	5.794,90
Biritiba-Mirim	350660	30.492	18.295,20	1.524,60
Boa Esperança do Sul	350670	14.356	12.000,00	1.000,00
Bocaina	350680	11.568	12.000,00	1.000,00
Bofete	350690	10.504	12.000,00	1.000,00
Boituva	350700	53.431	32.058,60	2.671,55
Bom Jesus dos Perdões	350710	21.976	13.185,60	1.098,80
Bom Sucesso de Itararé	350715	3.772	12.000,00	1.000,00
Borá	350720	834	12.000,00	1.000,00
Boracéia	350730	4.540	12.000,00	1.000,00
Borborema	350740	15.335	12.000,00	1.000,00
Borebi	350745	2.458	12.000,00	1.000,00
Botucatu	350750	136.269	81.761,40	6.813,45
Bragança Paulista	350760	156.995	94.197,00	7.849,75
Braúna	350770	5.345	12.000,00	1.000,00
Brejo Alegre	350775	2.723	12.000,00	1.000,00
Brodowski	350780	22.797	13.678,20	1.139,85
Brotas	350790	22.959	13.775,40	1.147,95
Buri	350800	19.395	12.000,00	1.000,00
Buritama	350810	16.312	12.000,00	1.000,00
Buritizal	350820	4.279	12.000,00	1.000,00
Cabrália Paulista	350830	4.430	12.000,00	1.000,00
Cabreúva	350840	45.112	27.067,20	2.255,60
Caçapava	350850	89.668	53.800,80	4.483,40
Cachoeira Paulista	350860	31.791	19.690,29	1.640,86
Caconde	350870	18.926	12.000,00	1.000,00
Cafelândia	350880	17.346	12.000,00	1.000,00
Caiabu	350890	4.201	12.000,00	1.000,00
Caieiras	350900	93.215	55.929,00	4.660,75
Caiuá	350910	5.418	12.000,00	1.000,00
Cajamar	350920	69.584	41.750,40	3.479,20
Cajati	350925	29.059	17.435,40	1.452,95
Cajobi	350930	10.232	12.000,00	1.000,00
Cajuru	350940	24.783	14.869,80	1.239,15
Campina do Monte Alegre	350945	5.836	12.000,00	1.000,00
Campinas	350950	1.144.862	686.917,20	57.243,10
Campo Limpo Paulista	350960	79.091	47.454,60	3.954,55
Campos do Jordão	350970	50.221	30.132,60	2.511,05
Campos Novos Paulista	350980	4.776	12.000,00	1.000,00
Cananéia	350990	12.598	12.000,00	1.000,00
Canas	350995	4.722	12.000,00	1.000,00
Cândido Mota	351000	30.993	18.595,80	1.549,65
Cândido Rodrigues	351010	2.767	12.000,00	1.000,00
Canitar	351015	4.737	12.000,00	1.000,00
Capão Bonito	351020	47.510	28.506,00	2.375,50
Capela do Alto	351030	18.933	12.000,00	1.000,00
Capivari	351040	51.949	31.169,40	2.597,45
Caraguatatuba	351050	109.678	65.806,80	5.483,90
Carapicuíba	351060	387.788	232.672,80	19.389,40
Cardoso	351070	12.233	12.000,00	1.000,00
Casa Branca	351080	29.597	17.758,20	1.479,85
Cássia dos Coqueiros	351090	2.657	12.000,00	1.000,00
Castilho	351100	19.360	12.000,00	1.000,00
Catanduva	351110	118.209	70.925,40	5.910,45
Catiguá	351120	7.502	12.000,00	1.000,00
Cedral	351130	8.553	12.000,00	1.000,00
Cerqueira César	351140	18.703	12.000,00	1.000,00
Cerquilho	351150	43.473	26.083,80	2.173,65
Cesário Lange	351160	16.717	12.000,00	1.000,00
Charqueada	351170	16.092	12.000,00	1.000,00
Chavantes	355720	12.480	12.000,00	1.000,00
Clementina	351190	7.717	12.000,00	1.000,00
Colina	351200	18.107	12.000,00	1.000,00
Colômbia	351210	6.196	12.000,00	1.000,00
Conchal	351220	26.689	16.013,40	1.334,45
Conchas	351230	17.162	12.000,00	1.000,00
Cordeirópolis	351240	22.648	13.588,80	1.132,40
Coroados	351250	5.615	12.000,00	1.000,00
Coronel Macedo	351260	5.009	12.000,00	1.000,00
Corumbataí	351270	4.018	12.000,00	1.000,00
Cosmópolis	351280	64.415	38.649,00	3.220,75
Cosmorama	351290	7.404	12.000,00	1.000,00
Cotia	351300	220.941	132.564,60	11.047,05
Cravinhos	351310	33.543	20.125,80	1.677,15
Cristais Paulista	351320	8.089	12.000,00	1.000,00
Cruzália	351330	2.260	12.000,00	1.000,00
Cruzeiro	351340	80.408	48.244,80	4.020,40
Cubatão	351350	125.178	75.106,80	6.258,90
Cunha	351360	22.251	13.481,48	1.123,46
Descalvado	351370	32.595	19.557,00	1.629,75
Diadema	351380	406.718	244.030,80	20.335,90
Dirce Reis	351385	1.760	12.000,00	1.000,00
Divinolândia	351390	11.604	12.000,00	1.000,00
Dobrada	351400	8.432	12.000,00	1.000,00
Dois Córregos	351410	26.126	15.675,60	1.306,30
Dolcinópolis	351420	2.148	12.000,00	1.000,00
Dourado	351430	8.884	12.000,00	1.000,00
Dracena	351440	45.346	27.207,60	2.267,30
Duartina	351450	12.585	12.000,00	1.000,00
Dumont	351460	8.874	12.000,00	1.000,00
Echaporã	351470	6.389	12.000,00	1.000,00
Eldorado	351480	15.238	12.000,00	1.000,00
Elias Fausto	351490	16.762	12.000,00	1.000,00
Elisiário	351492	3.359	12.000,00	1.000,00
Embaúba	351495	2.486	12.000,00	1.000,00
Embu das Artes	351500	256.247	153.748,20	12.812,35
Embu-Guaçu	351510	66.273	39.763,80	3.313,65
Emilianópolis	351512	3.149	12.000,00	1.000,00
Engenheiro Coelho	351515	17.681	12.000,00	1.000,00
Espírito Santo do Pinhal	351518	43.611	26.166,60	2.180,55
Espírito Santo do Turvo	351519	4.525	12.000,00	1.000,00
Estiva Gerbi	355730	10.669	12.000,00	1.000,00
Estrela do Norte	351530	2.752	12.000,00	1.000,00
Euclides da Cunha Paulista	351535	9.729	12.000,00	1.000,00
Fartura	351540	15.889	12.000,00	1.000,00
Fernando Prestes	351560	5.736	12.000,00	1.000,00
Fernandópolis	351550	67.543	40.525,80	3.377,15
Fernão	351565	1.646	12.000,00	1.000,00
Ferraz de Vasconcelos	351570	180.326	108.195,60	9.016,30
Flora Rica	351580	1.699	12.000,00	1.000,00
Floreal	351590	3.042	12.000,00	1.000,00
Flórida Paulista	351600	13.704	12.000,00	1.000,00
Florínia	351610	2.843	12.000,00	1.000,00
Franca	351620	336.734	202.040,40	16.836,70
Francisco Morato	351630	164.718	98.830,80	8.235,90
Franco da Rocha	351640	141.824	85.094,40	7.091,20
Gabriel Monteiro	351650	2.790	12.000,00	1.000,00
Gália	351660	7.019	12.000,00	1.000,00
Garça	351670	44.479	26.687,40	2.223,95
Gastão Vidigal	351680	4.482	12.000,00	1.000,00
Gavião Peixoto	351685	4.635	12.000,00	1.000,00
General Salgado	351690	10.970	12.000,00	1.000,00
Getulina	351700	11.209	12.000,00	1.000,00
Glicério	351710	4.745	12.000,00	1.000,00
Guaiçara	351720	11.385	12.000,00	1.000,00
Guaimbê	351730	5.654	12.000,00	1.000,00
Guaíra	351740	39.314	23.588,40	1.965,70
Guapiaçu	351750	19.409	12.000,00	1.000,00
Guapiara	351760	18.129	12.000,00	1.000,00
Guará	351770	20.733	12.439,80	1.036,65
Guaraçaí	351780	8.586	12.000,00	1.000,00
Guaraci	351790	10.584	12.000,00	1.000,00
Guarani d'Oeste	351800	2.023	12.000,00	1.000,00
Guarantã	351810	6.629	12.000,00	1.000,00
Guararapes	351820	32.023	19.213,80	1.601,15
Guararema	351830	27.679	16.607,40	1.383,95
Guaratinguetá	351840	117.663	70.597,80	5.883,15
Guareí	351850	16.149	12.000,00	1.000,00
Guariba	351860	37.747	22.648,20	1.887,35
Guarujá	351870	306.683	184.009,80	15.334,15
Guarulhos	351880	1.299.249	779.549,40	64.962,45
Guatapará	351885	7.341	12.000,00	1.000,00
Guzolândia	351890	5.023	12.000,00	1.000,00
Herculândia	351900	9.154	12.000,00	1.000,00
Holambra	351905	12.707	12.000,00	1.000,00
Hortolândia	351907	209.139	125.483,40	10.456,95
Iacanga	351910	10.776	12.000,00	1.000,00
Iacri	351920	6.530	12.000,00	1.000,00
Iaras	351925	7.431	12.000,00	1.000,00
Ibaté	351930	32.810	19.686,00	1.640,50
Ibirá	351940	11.615	12.000,00	1.000,00
Ibirarema	351950	7.203	12.000,00	1.000,00
Ibitinga	351960	56.531	33.918,60	2.826,55
Ibiúna	351970	75.241	45.144,60	3.762,05
Icém	351980	7.877	12.000,00	1.000,00
Iepê	351990	7.966	12.000,00	1.000,00
Igaraçu do Tietê	352000	24.299	14.579,40	1.214,95
Igarapava	352010	29.365	17.619,00	1.468,25
Igaratá	352020	9.251	12.000,00	1.000,00
Iguape	352030	30.124	18.074,40	1.506,20
Ilha Comprida	352042	9.908	12.000,00	1.000,00
Ilha Solteira	352044	26.138	15.682,80	1.306,90
Ilhabela	352040	30.983	18.589,80	1.549,15
Indaiatuba	352050	222.042	133.225,20	11.102,10
Indiana	352060	4.951	12.000,00	1.000,00
Indiaporã	352070	3.988	12.000,00	1.000,00
Inúbia Paulista	352080	3.826	12.000,00	1.000,00
Ipaussu	352090	14.383	12.000,00	1.000,00
Iperó	352100	31.745	19.047,00	1.587,25
Ipeúna	352110	6.638	12.000,00	1.000,00
Ipiguá	352115	4.858	12.000,00	1.000,00
Iporanga	352120	4.369	12.000,00	1.000,00
Ipuã	352130	15.184	12.000,00	1.000,00
Iracemápolis	352140	21.815	13.089,00	1.090,75
Irapuã	352150	7.666	12.000,00	1.000,00
Irapuru	352160	8.123	12.000,00	1.000,00
Itaberá	352170	18.158	12.000,00	1.000,00
Itaí	352180	25.535	15.321,00	1.276,75
Itajobi	352190	15.104	12.000,00	1.000,00
Itaju	352200	3.505	12.000,00	1.000,00
Itanhaém	352210	93.696	56.217,60	4.684,80
Itaóca	352215	3.332	12.000,00	1.000,00
Itapecerica da Serra	352220	163.363	98.017,80	8.168,15

Itapetininga	352230	153.810	92.286,00	7.690,50
Itapeva	352240	91.807	55.084,20	4.590,35
Itapevi	352250	217.005	130.203,00	10.850,25
Itapira	352260	72.048	43.228,80	3.602,40
Itapirapuã Paulista	352265	4.081	12.000,00	1.000,00
Itápolis	352270	41.920	25.152,00	2.096,00
Itaporanga	352280	15.064	12.000,00	1.000,00
Itapuí	352290	13.023	12.000,00	1.000,00
Itapura	352300	4.629	12.000,00	1.000,00
Itaquaquecetuba	352310	344.558	206.734,80	17.227,90
Itararé	352320	49.818	29.890,80	2.490,90
Itariri	352330	16.441	12.000,00	1.000,00
Itatiba	352340	109.907	65.944,20	5.495,35
Itatinga	352350	19.297	12.000,00	1.000,00
Itirapina	352360	16.709	12.000,00	1.000,00
Itirapuã	352370	6.232	12.000,00	1.000,00
Itobi	352380	7.807	12.000,00	1.000,00
Itu	352390	163.882	98.329,20	8.194,10
Itupeva	352400	51.082	30.649,20	2.554,10
Ituverava	352410	40.552	24.331,20	2.027,60
Jaborandi	352420	6.846	12.000,00	1.000,00
Jaboticabal	352430	75.041	45.024,60	3.752,05
Jacareí	352440	223.064	133.838,40	11.153,20
Jaci	352450	6.233	12.000,00	1.000,00
Jacupiranga	352460	17.801	12.000,00	1.000,00
Jaguariúna	352470	49.497	29.698,20	2.474,85
Jales	352480	48.724	29.234,40	2.436,20
Jandira	352500	116.041	69.624,60	5.802,05
Jardinópolis	352510	40.640	24.384,00	2.032,00
Jarinu	352520	26.353	15.811,80	1.317,65
Jaú	352530	140.077	84.046,20	7.003,85
Jeriquara	352540	3.230	12.000,00	1.000,00
Joanópolis	352550	12.492	12.000,00	1.000,00
João Ramalho	352560	4.361	12.000,00	1.000,00
José Bonifácio	352570	34.846	20.907,60	1.742,30
Júlio Mesquita	352580	4.639	12.000,00	1.000,00
Jumirim	352585	3.042	12.000,00	1.000,00
Jundiaí	352590	393.920	236.352,00	19.696,00
Junqueirópolis	352600	19.765	12.000,00	1.000,00
Juquiá	352610	19.535	12.000,00	1.000,00
Juquitiba	352620	30.239	18.143,40	1.511,95
Lagoinha	352630	4.966	12.000,00	1.000,00
Laranjal Paulista	352640	26.853	16.111,80	1.342,65
Lavínia	352650	9.995	12.000,00	1.000,00
Lavrinhas	352660	6.950	12.000,00	1.000,00
Leme	352670	97.505	58.503,00	4.875,25
Lençóis Paulista	352680	65.026	39.015,60	3.251,30
Limeira	352690	291.748	175.048,80	14.587,40
Lindóia	352700	7.265	12.000,00	1.000,00
Lins	352710	75.117	45.070,20	3.755,85
Lorena	352720	86.337	51.802,20	4.316,85
Lourdes	352725	2.227	12.000,00	1.000,00
Louveira	352730	41.700	25.020,00	2.085,00
Lucélia	352740	20.918	12.550,80	1.045,90
Lucianópolis	352750	2.345	12.000,00	1.000,00
Luís Antônio	352760	12.704	12.000,00	1.000,00
Luiziânia	352770	5.384	12.000,00	1.000,00
Lupércio	352780	4.523	12.000,00	1.000,00
Lutécia	352790	2.754	12.000,00	1.000,00
Macatuba	352800	16.909	12.000,00	1.000,00
Macaubal	352810	7.978	12.000,00	1.000,00
Macedônia	352820	3.756	12.000,00	1.000,00
Magda	352830	3.246	12.000,00	1.000,00
Mairinque	352840	45.436	27.261,60	2.271,80
Mairiporã	352850	88.883	53.329,80	4.444,15
Manduri	352860	9.464	12.000,00	1.000,00
Marabá Paulista	352870	5.251	12.000,00	1.000,00
Maracaí	352880	13.842	12.000,00	1.000,00
Marapoama	352885	2.818	12.000,00	1.000,00
Mariápolis	352890	4.057	12.000,00	1.000,00
Marília	352900	228.618	137.170,80	11.430,90
Marinópolis	352910	2.160	12.000,00	1.000,00
Martinópolis	352920	25.473	15.283,80	1.273,65
Matão	352930	80.528	48.316,80	4.026,40
Mauá	352940	444.136	266.481,60	22.206,80
Mendonça	352950	5.014	12.000,00	1.000,00
Meridiano	352960	3.934	12.000,00	1.000,00
Mesópolis	352965	1.935	12.000,00	1.000,00
Miguelópolis	352970	21.471	12.882,60	1.073,55
Mineiros do Tietê	352980	12.583	12.000,00	1.000,00
Mira Estrela	353000	2.968	12.000,00	1.000,00
Miracatu	352990	20.790	13.518,97	1.126,58
Mirandópolis	353010	28.758	17.254,80	1.437,90
Mirante do Paranapanema	353020	17.820	12.000,00	1.000,00
Mirassol	353030	56.910	34.146,00	2.845,50
Mirassolândia	353040	4.574	12.000,00	1.000,00
Mococa	353050	68.590	41.154,00	3.429,50
Mogi das Cruzes	353060	414.907	248.944,20	20.745,35
Mogi Guaçu	353070	144.963	86.977,80	7.248,15
Moji Mirim	353080	90.558	54.334,80	4.527,90
Mombuca	353090	3.411	12.000,00	1.000,00
Monções	353100	2.219	12.000,00	1.000,00
Mongaguá	353110	50.641	30.384,60	2.532,05
Monte Alegre do Sul	353120	7.593	12.000,00	1.000,00
Monte Alto	353130	48.907	29.344,20	2.445,35
Monte Aprazível	353140	23.294	13.976,40	1.164,70
Monte Azul Paulista	353150	19.376	12.000,00	1.000,00
Monte Castelo	353160	4.187	12.000,00	1.000,00
Monte Mor	353180	53.488	32.092,80	2.674,40
Monteiro Lobato	353170	4.381	12.000,00	1.000,00
Morro Agudo	353190	30.991	18.594,60	1.549,55
Morungaba	353200	12.621	12.000,00	1.000,00
Motuca	353205	4.534	12.000,00	1.000,00
Murutinga do Sul	353210	4.375	12.000,00	1.000,00
Nantes	353215	2.905	12.000,00	1.000,00
Narandiba	353220	4.564	12.000,00	1.000,00
Natividade da Serra	353230	6.821	12.000,00	1.000,00
Nazaré Paulista	353240	17.451	12.000,00	1.000,00
Neves Paulista	353250	9.017	12.000,00	1.000,00
Nhandeara	353260	11.203	12.000,00	1.000,00
Nipoã	353270	4.669	12.000,00	1.000,00
Nova Aliança	353280	6.367	12.000,00	1.000,00
Nova Campina	353282	9.100	12.000,00	1.000,00
Nova Canaã Paulista	353284	2.087	12.000,00	1.000,00
Nova Castilho	353286	1.195	12.000,00	1.000,00
Nova Europa	353290	10.108	12.000,00	1.000,00
Nova Granada	353300	20.346	12.207,60	1.017,30
Nova Guataporanga	353310	2.270	12.000,00	1.000,00
Nova Independência	353320	3.423	12.000,00	1.000,00
Nova Luzitânia	353330	3.728	12.000,00	1.000,00
Nova Odessa	353340	55.229	33.137,40	2.761,45
Novais	353325	5.089	12.000,00	1.000,00
Novo Horizonte	353350	38.828	23.296,80	1.941,40
Nuporanga	353360	7.164	12.000,00	1.000,00
Ocauçu	353370	4.296	12.000,00	1.000,00
Óleo	353380	2.676	12.000,00	1.000,00
Olímpia	353390	52.650	31.590,00	2.632,50
Onda Verde	353400	4.128	12.000,00	1.000,00
Oriente	353410	6.366	12.000,00	1.000,00
Orindiúva	353420	6.244	12.000,00	1.000,00
Orlândia	353430	42.020	25.212,00	2.101,00
Osasco	353440	691.652	414.991,20	34.582,60
Oscar Bressane	353450	2.614	12.000,00	1.000,00
Osvaldo Cruz	353460	32.229	19.337,40	1.611,45
Ouro Verde	353480	8.216	12.000,00	1.000,00
Ouroeste	353475	9.215	12.000,00	1.000,00
Pacaembu	353490	13.829	12.000,00	1.000,00
Palestina	353500	11.904	12.000,00	1.000,00
Palmares Paulista	353510	11.922	12.000,00	1.000,00
Palmeira d'Oeste	353520	9.700	12.000,00	1.000,00
Palmital	353530	21.987	13.192,20	1.099,35
Panorama	353540	15.288	12.000,00	1.000,00
Paraguaçu Paulista	353550	44.310	26.586,00	2.215,50
Paraibuna	353560	18.040	12.000,00	1.000,00
Paraíso	353570	6.207	12.000,00	1.000,00
Paranapanema	353580	18.965	12.000,00	1.000,00
Paranapuã	353590	3.983	12.000,00	1.000,00
Parapuã	353600	11.124	12.000,00	1.000,00
Pardinho	353610	5.979	12.000,00	1.000,00
Pariquera-Açu	353620	19.239	12.000,00	1.000,00
Parisi	353625	2.118	12.000,00	1.000,00
Patrocínio Paulista	353630	13.821	12.000,00	1.000,00
Paulicéia	353640	6.807	12.000,00	1.000,00
Paulínia	353650	92.668	55.600,80	4.633,40
Paulistânia	353657	1.836	12.000,00	1.000,00
Paulo de Faria	353660	8.893	12.000,00	1.000,00
Pederneiras	353670	44.073	26.443,80	2.203,65
Pedra Bela	353680	6.009	12.000,00	1.000,00
Pedranópolis	353690	2.595	12.000,00	1.000,00
Pedregulho	353700	16.382	12.000,00	1.000,00
Pedreira	353710	44.509	26.705,40	2.225,45
Pedrinhas Paulista	353715	3.054	12.000,00	1.000,00
Pedro de Toledo	353720	10.791	12.000,00	1.000,00
Penápolis	353730	61.371	36.822,60	3.068,55
Pereira Barreto	353740	25.742	15.445,20	1.287,10
Pereiras	353750	8.006	12.000,00	1.000,00
Peruíbe	353760	63.815	38.289,00	3.190,75
Piacatu	353770	5.626	12.000,00	1.000,00
Piedade	353780	54.323	32.593,80	2.716,15
Pilar do Sul	353790	27.880	16.728,00	1.394,00
Pindamonhangaba	353800	157.062	94.237,20	7.853,10
Pindorama	353810	16.013	12.000,00	1.000,00
Pinhalzinho	353820	14.067	12.000,00	1.000,00
Piquerobi	353830	3.665	12.000,00	1.000,00
Piquete	353850	14.278	12.000,00	1.000,00
Piracaia	353860	26.371	15.822,60	1.318,55
Piracicaba	353870	385.287	231.172,20	19.264,35
Piraju	353880	29.532	17.719,20	1.476,60
Pirajuí	353890	24.098	14.458,80	1.204,90
Pirangi	353900	11.112	12.000,00	1.000,00
Pirapora do Bom Jesus	353910	17.091	12.000,00	1.000,00
Pirapozinho	353920	26.146	15.687,60	1.307,30
Pirassununga	353930	73.656	44.193,60	3.682,80
Piratininga	353940	12.839	12.000,00	1.000,00
Pitangueiras	353950	37.499	22.499,40	1.874,95
Planalto	353960	4.808	12.000,00	1.000,00
Platina	353970	3.378	12.000,00	1.000,00
Poá	353980	112.015	67.209,00	5.600,75
Poloni	353990	5.726	12.000,00	1.000,00
Pompéia	354000	21.060	12.636,00	1.053,00
Pongaí	354010	3.537	12.000,00	1.000,00
Pontal	354020	44.236	26.541,60	2.211,80
Pontalinda	354025	4.341	12.000,00	1.000,00
Pontes Gestal	354030	2.593	12.000,00	1.000,00
Populina	354040	4.299	12.000,00	1.000,00
Porangaba	354050	9.021	12.000,00	1.000,00
Porto Feliz	354060	51.320	30.792,00	2.566,00
Porto Ferreira	354070	54.056	32.433,60	2.702,80
Potim	354075	21.501	12.900,60	1.075,05
Potirendaba	354080	16.401	12.000,00	1.000,00
Pracinha	354085	3.315	12.000,00	1.000,00
Pradópolis	354090	19.077	12.000,00	1.000,00
Praia Grande	354100	287.967	172.780,20	14.398,35
Pratânia	354105	4.912	12.000,00	1.000,00
Presidente Alves	354110	4.205	12.000,00	1.000,00
Presidente Bernardes	354120	13.724	12.000,00	1.000,00
Presidente Epitácio	354130	43.155	25.893,00	2.157,75
Presidente Prudente	354140	218.960	131.376,00	10.948,00
Presidente Venceslau	354150	39.265	23.559,00	1.963,25
Promissão	354160	37.985	22.791,00	1.899,25
Quadra	354165	3.489	12.000,00	1.000,00
Quatá	354170	13.501	12.000,00	1.000,00
Queiroz	354180	3.060	12.000,00	1.000,00
Queluz	354190	12.234	12.000,00	1.000,00
Quintana	354200	6.339	12.000,00	1.000,00
Rafard	354210	8.952	12.000,00	1.000,00

Rancharia	354220	29.732	17.839,20	1.486,60
Redenção da Serra	354230	3.952	12.000,00	1.000,00
Regente Feijó	354240	19.468	12.000,00	1.000,00
Reginópolis	354250	8.218	12.000,00	1.000,00
Registro	354260	56.123	33.673,80	2.806,15
Restinga	354270	7.054	12.000,00	1.000,00
Ribeira	354280	3.427	12.000,00	1.000,00
Ribeirão Bonito	354290	12.750	12.000,00	1.000,00
Ribeirão Branco	354300	18.093	12.000,00	1.000,00
Ribeirão Corrente	354310	4.510	12.000,00	1.000,00
Ribeirão do Sul	354320	4.575	12.000,00	1.000,00
Ribeirão dos Índios	354323	2.248	12.000,00	1.000,00
Ribeirão Grande	354325	7.667	12.000,00	1.000,00
Ribeirão Pires	354330	118.871	71.322,60	5.943,55
Ribeirão Preto	354340	649.556	389.733,60	32.477,80
Rifaina	354360	3.574	12.000,00	1.000,00
Rincão	354370	10.768	12.000,00	1.000,00
Rinópolis	354380	10.170	12.000,00	1.000,00
Rio Claro	354390	196.821	118.092,60	9.841,05
Rio das Pedras	354400	31.982	19.189,20	1.599,10
Rio Grande da Serra	354410	47.142	28.285,20	2.357,10
Riolândia	354420	11.429	12.000,00	1.000,00
Riversul	354350	6.096	12.000,00	1.000,00
Rosana	354425	19.156	12.000,00	1.000,00
Roseira	354430	10.168	12.000,00	1.000,00
Rubinéia	354450	3.017	12.000,00	1.000,00
Sabino	354460	5.452	12.000,00	1.000,00
Sagres	354470	2.460	12.000,00	1.000,00
Sales	354480	5.853	12.000,00	1.000,00
Sales Oliveira	354490	11.225	12.000,00	1.000,00
Salesópolis	354500	16.462	12.000,00	1.000,00
Salmourão	354510	5.079	12.000,00	1.000,00
Saltinho	354515	7.607	12.000,00	1.000,00
Salto	354520	112.052	67.231,20	5.602,60
Salto de Pirapora	354530	42.710	25.626,00	2.135,50
Salto Grande	354540	9.156	12.000,00	1.000,00
Sandovalina	354550	3.974	12.000,00	1.000,00
Santa Adélia	354560	15.017	12.000,00	1.000,00
Santa Albertina	354570	5.941	12.000,00	1.000,00
Santa Bárbara d'Oeste	354580	188.302	112.981,20	9.415,10
Santa Branca	354600	14.395	12.000,00	1.000,00
Santa Clara d'Oeste	354610	2.141	12.000,00	1.000,00
Santa Cruz da Conceição	354620	4.251	12.000,00	1.000,00
Santa Cruz da Esperança	354625	2.056	12.000,00	1.000,00
Santa Cruz das Palmeiras	354630	32.009	19.205,40	1.600,45
Santa Cruz do Rio Pardo	354640	46.092	27.655,20	2.304,60
Santa Ernestina	354650	5.701	12.000,00	1.000,00
Santa Fé do Sul	354660	30.872	18.523,20	1.543,60
Santa Gertrudes	354670	23.793	14.275,80	1.189,65
Santa Isabel	354680	53.784	32.270,40	2.689,20
Santa Lúcia	354690	8.613	12.000,00	1.000,00
Santa Maria da Serra	354700	5.776	12.000,00	1.000,00
Santa Mercedes	354710	2.929	12.000,00	1.000,00
Santa Rita do Passa Quatro	354750	27.411	16.446,60	1.370,55
Santa Rita d'Oeste	354740	2.585	12.000,00	1.000,00
Santa Rosa de Viterbo	354760	25.246	15.147,60	1.262,30
Santa Salete	354765	1.511	12.000,00	1.000,00
Santana da Ponte Pensa	354720	1.629	12.000,00	1.000,00
Santana de Parnaíba	354730	120.998	72.598,80	6.049,90
Santo Anastácio	354770	21.059	12.635,40	1.052,95
Santo André	354780	704.942	422.965,20	35.247,10
Santo Antônio da Alegria	354790	6.644	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio de Posse	354800	21.957	13.174,20	1.097,85
Santo Antônio do Aracanguá	354805	8.048	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio do Jardim	354810	6.078	12.000,00	1.000,00
Santo Antônio do Pinhal	354820	6.733	12.000,00	1.000,00
Santo Expedito	354830	2.963	12.000,00	1.000,00
Santópolis do Aguapeí	354840	4.532	12.000,00	1.000,00
Santos	354850	433.153	259.891,80	21.657,65
São Bento do Sapucaí	354860	10.831	12.000,00	1.000,00
São Bernardo do Campo	354870	805.895	483.537,00	40.294,75
São Caetano do Sul	354880	156.362	93.817,20	7.818,10
São Carlos	354890	236.457	141.874,20	11.822,85
São Francisco	354900	2.864	12.000,00	1.000,00
São João da Boa Vista	354910	87.912	52.747,20	4.395,60
São João das Duas Pontes	354920	2.624	12.000,00	1.000,00
São João de Iracema	354925	1.865	12.000,00	1.000,00
São João do Pau d'Alho	354930	2.150	12.000,00	1.000,00
São Joaquim da Barra	354940	49.259	29.555,40	2.462,95
São José da Bela Vista	354950	8.759	12.000,00	1.000,00
São José do Barreiro	354960	4.190	12.000,00	1.000,00
São José do Rio Pardo	354970	54.024	32.414,40	2.701,20
São José do Rio Preto	354980	434.039	260.423,40	21.701,95
São José dos Campos	354990	673.255	403.953,00	33.662,75
São Lourenço da Serra	354995	14.874	12.000,00	1.000,00
São Luís do Paraitinga	355000	10.721	12.000,00	1.000,00
São Manuel	355010	40.027	24.016,20	2.001,35
São Miguel Arcanjo	355020	32.621	19.572,60	1.631,05
São Paulo	355030	11.821.873	7.093.123,80	591.093,65
São Pedro	355040	33.638	20.182,80	1.681,90
São Pedro do Turvo	355050	7.508	12.000,00	1.000,00
São Roque	355060	84.460	50.676,00	4.223,00
São Sebastião	355070	80.379	48.227,40	4.018,95
São Sebastião da Grama	355080	12.394	12.000,00	1.000,00
São Simão	355090	14.976	12.000,00	1.000,00
São Vicente	355100	350.465	210.279,00	17.523,25
Sarapuí	355110	9.628	12.000,00	1.000,00
Sarutaiá	355120	3.707	12.000,00	1.000,00
Sebastianópolis do Sul	355130	3.252	12.000,00	1.000,00
Serra Azul	355140	12.592	12.000,00	1.000,00
Serra Negra	355160	27.879	16.727,40	1.393,95
Serrana	355150	41.728	25.036,80	2.086,40
Sertãozinho	355170	117.539	70.523,40	5.876,95
Sete Barras	355180	13.239	12.000,00	1.000,00
Severínia	355190	16.482	12.000,00	1.000,00
Silveiras	355200	6.083	12.000,00	1.000,00
Socorro	355210	38.878	23.326,80	1.943,90
Sorocaba	355220	629.231	377.538,60	31.461,55
Sud Mennucci	355230	7.691	12.000,00	1.000,00
Sumaré	355240	258.556	155.133,60	12.927,80
Suzanápolis	355255	3.642	12.000,00	1.000,00
Suzano	355250	279.520	167.712,00	13.976,00
Tabapuã	355260	11.949	12.000,00	1.000,00
Tabatinga	355270	15.590	12.000,00	1.000,00
Taboão da Serra	355280	264.352	158.611,20	13.217,60
Taciba	355290	6.023	12.000,00	1.000,00
Taguaí	355300	12.034	12.000,00	1.000,00
Taiaçu	355310	6.153	12.000,00	1.000,00
Taiúva	355320	5.606	12.000,00	1.000,00
Tambaú	355330	23.159	13.895,40	1.157,95
Tanabi	355340	25.199	15.119,40	1.259,95
Tapiraí	355350	8.125	12.000,00	1.000,00
Tapiratiba	355360	13.091	12.000,00	1.000,00
Taquaral	355365	2.814	12.000,00	1.000,00
Taquaritinga	355370	56.204	33.722,40	2.810,20
Taquarituba	355380	23.083	13.849,80	1.154,15
Taquarivaí	355385	5.489	12.000,00	1.000,00
Tarabai	355390	7.028	12.000,00	1.000,00
Tarumã	355395	13.845	12.000,00	1.000,00
Tatuí	355400	114.314	68.588,40	5.715,70
Taubaté	355410	296.431	177.858,60	14.821,55
Tejupá	355420	4.828	12.000,00	1.000,00
Terra Roxa	355440	8.969	12.000,00	1.000,00
Tietê	355450	39.324	23.594,40	1.966,20
Timburi	355460	2.709	12.000,00	1.000,00
Torre de Pedra	355465	2.354	12.000,00	1.000,00
Torrinha	355470	9.754	12.000,00	1.000,00
Trabiju	355475	1.635	12.000,00	1.000,00
Tremembé	355480	43.871	26.322,60	2.193,55
Três Fronteiras	355490	5.669	12.000,00	1.000,00
Tuiuti	355495	6.369	12.000,00	1.000,00
Tupã	355500	65.540	39.324,00	3.277,00
Tupi Paulista	355510	14.976	12.000,00	1.000,00
Turiúba	355520	2.000	12.000,00	1.000,00
Turmalina	355530	1.942	12.000,00	1.000,00
Ubarana	355535	5.732	12.000,00	1.000,00
Ubatuba	355540	84.377	50.626,20	4.218,85
Ubirajara	355550	4.637	12.000,00	1.000,00
Uchoa	355560	9.885	12.000,00	1.000,00
União Paulista	355570	1.712	12.000,00	1.000,00
Urânia	355580	9.121	12.000,00	1.000,00
Uru	355590	1.252	12.000,00	1.000,00
Urupês	355600	13.345	12.000,00	1.000,00
Valentim Gentil	355610	12.012	12.000,00	1.000,00
Valinhos	355620	116.308	69.784,80	5.815,40
Valparaíso	355630	24.323	14.593,80	1.216,15
Vargem	355635	9.550	12.000,00	1.000,00
Vargem Grande do Sul	355640	41.279	24.767,40	2.063,95
Vargem Grande Paulista	355645	47.013	28.207,80	2.350,65
Várzea Paulista	355650	114.170	68.502,00	5.708,50
Vera Cruz	355660	11.032	12.000,00	1.000,00
Vinhedo	355670	69.845	41.907,00	3.492,25
Viradouro	355680	18.191	12.000,00	1.000,00
Vista Alegre do Alto	355690	7.652	12.000,00	1.000,00
Vitória Brasil	355695	1.809	12.000,00	1.000,00
Votorantim	355700	115.585	69.351,00	5.779,25
Votuporanga	355710	89.715	53.829,00	4.485,75
Zacarias	355715	2.509	12.000,00	1.000,00
TOTAIS	645	43.663.669	29.041.031,94	2.420.086,00

TOCANTINS	Cód. IBGE	Estimativa de Pop. IBGE 2013	Repasse PF-VISA Anual	Repasse PF-VISA Mensal
Abreulândia	170025	2.506	12.000,00	1.000,00
Aguiarnópolis	170030	5.820	12.000,00	1.000,00
Aliança do Tocantins	170035	5.686	12.000,00	1.000,00
Almas	170040	7.553	12.000,00	1.000,00
Alvorada	170070	8.557	12.000,00	1.000,00
Ananás	170100	9.952	12.000,00	1.000,00
Angico	170105	3.332	12.000,00	1.000,00
Aparecida do Rio Negro	170110	4.504	12.000,00	1.000,00
Aragominas	170130	5.958	12.000,00	1.000,00
Araguacema	170190	6.716	12.000,00	1.000,00
Araguaçu	170200	8.868	12.000,00	1.000,00
Araguaína	170210	164.093	98.455,80	8.204,65
Araguanã	170215	5.379	12.000,00	1.000,00
Araguatins	170220	33.524	20.114,40	1.676,20
Arapoema	170230	6.844	12.000,00	1.000,00
Arraias	170240	10.833	12.000,00	1.000,00
Augustinópolis	170255	17.140	12.000,00	1.000,00
Aurora do Tocantins	170270	3.625	12.000,00	1.000,00
Axixá do Tocantins	170290	9.632	12.000,00	1.000,00
Babaçulândia	170300	10.720	12.000,00	1.000,00
Bandeirantes do Tocantins	170305	3.336	12.000,00	1.000,00
Barra do Ouro	170307	4.371	12.000,00	1.000,00
Barrolândia	170310	5.557	12.000,00	1.000,00
Bernardo Sayão	170320	4.547	12.000,00	1.000,00
Bom Jesus do Tocantins	170330	4.241	12.000,00	1.000,00
Brasilândia do Tocantins	170360	2.154	12.000,00	1.000,00
Brejinho de Nazaré	170370	5.400	12.000,00	1.000,00
Buriti do Tocantins	170380	10.522	12.000,00	1.000,00
Cachoeirinha	170382	2.236	12.000,00	1.000,00
Campos Lindos	170384	9.000	12.000,00	1.000,00
Cariri do Tocantins	170386	4.053	12.000,00	1.000,00
Carmolândia	170388	2.457	12.000,00	1.000,00
Carrasco Bonito	170389	3.906	12.000,00	1.000,00
Caseara	170390	4.965	12.000,00	1.000,00
Centenário	170410	2.737	12.000,00	1.000,00
Chapada da Natividade	170510	3.362	12.000,00	1.000,00
Chapada de Areia	170460	1.386	12.000,00	1.000,00
Colinas do Tocantins	170550	33.078	19.846,80	1.653,90
Colméia	171670	8.642	12.000,00	1.000,00
Combinado	170555	4.827	12.000,00	1.000,00
Conceição do Tocantins	170560	4.240	12.000,00	1.000,00
Couto de Magalhães	170600	5.314	12.000,00	1.000,00
Cristalândia	170610	7.399	12.000,00	1.000,00

Crixás do Tocantins	170625	1.651	12.000,00	1.000,00
Darcinópolis	170650	5.670	12.000,00	1.000,00
Dianópolis	170700	20.566	12.339,60	1.028,30
Divinópolis do Tocantins	170710	6.681	12.000,00	1.000,00
Dois Irmãos do Tocantins	170720	7.319	12.000,00	1.000,00
Dueré	170730	4.718	12.000,00	1.000,00
Esperantina	170740	10.203	12.000,00	1.000,00
Fátima	170755	3.892	12.000,00	1.000,00
Figueirópolis	170765	5.421	12.000,00	1.000,00
Filadélfia	170770	8.800	12.000,00	1.000,00
Formoso do Araguaia	170820	18.804	12.000,00	1.000,00
Fortaleza do Tabocão	170825	2.527	12.000,00	1.000,00
Goianorte	170830	5.115	12.000,00	1.000,00
Goiatins	170900	12.644	12.000,00	1.000,00
Guaraí	170930	24.629	14.777,40	1.231,45
Gurupi	170950	81.792	49.075,20	4.089,60
Ipueiras	170980	1.804	12.000,00	1.000,00
Itacajá	171050	7.363	12.000,00	1.000,00
Itaguatins	171070	6.092	12.000,00	1.000,00
Itapiratins	171090	3.690	12.000,00	1.000,00
Itaporã do Tocantins	171110	2.488	12.000,00	1.000,00
Jaú do Tocantins	171150	3.698	12.000,00	1.000,00
Juarina	171180	2.262	12.000,00	1.000,00
Lagoa da Confusão	171190	11.525	12.000,00	1.000,00
Lagoa do Tocantins	171195	3.875	12.000,00	1.000,00
Lavandeira	171215	1.749	12.000,00	1.000,00
Lizarda	171240	3.806	12.000,00	1.000,00
Luzinópolis	171245	2.847	12.000,00	1.000,00
Marianópolis do Tocantins	171250	4.730	12.000,00	1.000,00
Mateiros	171270	2.430	12.000,00	1.000,00
Maurilândia do Tocantins	171280	3.313	12.000,00	1.000,00
Miracema do Tocantins	171320	20.243	12.145,80	1.012,15
Miranorte	171330	13.164	12.000,00	1.000,00
Monte do Carmo	171360	7.286	12.000,00	1.000,00
Monte Santo do Tocantins	171370	2.196	12.000,00	1.000,00
Muricilândia	171395	3.356	12.000,00	1.000,00
Natividade	171420	9.268	12.000,00	1.000,00
Nazaré	171430	4.301	12.000,00	1.000,00
Nova Olinda	171488	11.301	12.000,00	1.000,00
Nova Rosalândia	171500	4.018	12.000,00	1.000,00
Novo Acordo	171510	4.043	12.000,00	1.000,00
Novo Alegre	171515	2.349	12.000,00	1.000,00
Novo Jardim	171525	2.600	12.000,00	1.000,00
Oliveira de Fátima	171550	1.085	12.000,00	1.000,00
Palmas	172100	257.904	154.742,40	12.895,20
Palmeirante	171570	5.432	12.000,00	1.000,00
Palmeiras do Tocantins	171380	6.180	12.000,00	1.000,00
Palmeirópolis	171575	7.600	12.000,00	1.000,00
Paraíso do Tocantins	171610	47.724	28.634,40	2.386,20
Paranã	171620	10.585	12.000,00	1.000,00
Pau D'Arco	171630	4.772	12.000,00	1.000,00
Pedro Afonso	171650	12.490	12.000,00	1.000,00
Peixe	171660	11.075	12.000,00	1.000,00
Pequizeiro	171665	5.305	12.000,00	1.000,00
Pindorama do Tocantins	171700	4.576	12.000,00	1.000,00
Piraquê	171720	3.017	12.000,00	1.000,00
Pium	171750	7.168	12.000,00	1.000,00
Ponte Alta do Bom Jesus	171780	4.654	12.000,00	1.000,00
Ponte Alta do Tocantins	171790	7.628	12.000,00	1.000,00
Porto Alegre do Tocantins	171800	2.973	12.000,00	1.000,00
Porto Nacional	171820	51.501	30.900,60	2.575,05
Praia Norte	171830	8.085	12.000,00	1.000,00
Presidente Kennedy	171840	3.756	12.000,00	1.000,00
Pugmil	171845	2.529	12.000,00	1.000,00
Recursolândia	171850	4.029	12.000,00	1.000,00
Riachinho	171855	4.435	12.000,00	1.000,00
Rio da Conceição	171865	1.895	12.000,00	1.000,00
Rio dos Bois	171870	2.715	12.000,00	1.000,00
Rio Sono	171875	6.459	12.000,00	1.000,00
Sampaio	171880	4.241	12.000,00	1.000,00
Sandolândia	171884	3.411	12.000,00	1.000,00
Santa Fé do Araguaia	171886	7.054	12.000,00	1.000,00
Santa Maria do Tocantins	171888	3.143	12.000,00	1.000,00
Santa Rita do Tocantins	171889	2.255	12.000,00	1.000,00
Santa Rosa do Tocantins	171890	4.752	12.000,00	1.000,00
Santa Tereza do Tocantins	171900	2.695	12.000,00	1.000,00
Santa Terezinha do Tocantins	172000	2.543	12.000,00	1.000,00
São Bento do Tocantins	172010	4.954	12.000,00	1.000,00
São Félix do Tocantins	172015	1.518	12.000,00	1.000,00
São Miguel do Tocantins	172020	11.271	12.000,00	1.000,00
São Salvador do Tocantins	172025	3.030	12.000,00	1.000,00
São Sebastião do Tocantins	172030	4.553	12.000,00	1.000,00
São Valério da Natividade	172049	4.322	12.000,00	1.000,00
Silvanópolis	172065	5.289	12.000,00	1.000,00
Sítio Novo do Tocantins	172080	9.297	12.000,00	1.000,00
Sucupira	172085	1.856	12.000,00	1.000,00
Taguatinga	172090	15.931	12.000,00	1.000,00
Taipas do Tocantins	172093	2.056	12.000,00	1.000,00
Talismã	172097	2.695	12.000,00	1.000,00
Tocantínia	172110	7.158	12.000,00	1.000,00
Tocantinópolis	172120	23.165	13.899,00	1.158,25
Tupirama	172125	1.718	12.000,00	1.000,00
Tupiratins	172130	2.342	12.000,00	1.000,00
Wanderlândia	172208	11.450	12.000,00	1.000,00
Xambioá	172210	11.736	12.000,00	1.000,00
TOTAIS	139	1.478.164	1.990.931,40	165.910,95
TOTAL BRASIL	5.570	201.062.789	147.370.488,58	12.280.874,05

Anexo XXXVII

PF-VISA - TRANSFERÊNCIAS ÀS UNIDADES FEDERADAS PARA APLICAÇÃO NO FINLACEN VISA - FONTE: ANVISA (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Anexo 3)

PF-VISA - TRANSFERÊNCIAS ÀS UNIDADES FEDERADAS PARA APLICAÇÃO NO FINLACEN VISA - FONTE: ANVISA

ESTADO	PORTE	NÍVEL	VALOR ANUAL	VALOR MENSAL
Acre	I	A	425.333,34	35.444,45
Alagoas	II	B	665.333,34	55.444,45
Amapá	I	B	545.333,34	45.444,45
Amazonas	III	A	785.333,34	65.444,45
Bahia	V	C	1.625.333,34	135.444,45
Ceará	IV	C	1.145.333,34	95.444,45
Distrito Federal	II	B	665.333,34	55.444,45
Espírito Santo	III	A	785.333,34	65.444,45
Goiás	III	C	1.025.333,34	85.444,45
Maranhão	III	B	905.333,34	75.444,45
Mato Grosso	III	B	905.333,34	75.444,45
Mato Grosso do Sul	II	B	665.333,34	55.444,45
Minas Gerais	V	D	1.865.333,34	155.444,45
Pará	III	C	1.025.333,34	85.444,45
Paraíba	III	A	785.333,34	65.444,45
Paraná	IV	C	1.145.333,34	95.444,45
Pernambuco	IV	C	1.145.333,34	95.444,45
Piauí	II	B	665.333,34	55.444,45
Rio de Janeiro	V	C	1.625.333,34	135.444,45
Rio Grande do Norte	II	B	665.333,34	55.444,45
Rio Grande do Sul	IV	B	1.025.333,34	85.444,45
Rondônia	II	B	665.333,34	55.444,45
Roraima	I	A	425.333,34	35.444,45
Santa Catarina	III	B	905.333,34	75.444,45
São Paulo	V	D	1.865.333,34	155.444,45
Sergipe	II	A	545.333,34	45.444,45
Tocantins	II	A	545.333,34	45.444,45
TOTAL			25.044.000,18	2.087.000,02

Anexo XXXVIII

TRANSFERÊNCIAS AO INCQS PARA APLICAÇÃO NO FINLACEN-VISA FONTE: ANVISA (Origem: PRT MS/GM 475/2014, Anexo 4)

TRANSFERÊNCIAS AO INCQS PARA APLICAÇÃO NO FINLACEN-VISA FONTE: ANVISA

ESTADO	PORTE	NÍVEL	VALOR ANUAL	VALOR MENSAL
INCQS/ FIOCRUZ	V	D	1.800.000,00	150.000,00

Anexo XXXIX

CUSTEIO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CEREST) (Origem: PRT MS/GM 3435/2016, Anexo 1)

UF	CÓDIGO	GESTÃO	MUNICÍPIO	VALOR ANUAL
SERGIPE	280000	ESTADUAL		480.000,00
AMAZONAS	130190	MUNICIPAL	ITACOATIARA	360.000,00
BAHIA	290520	MUNICIPAL	CAETITÉ	360.000,00
PARÁ	150810	MUNICIPAL	TUCURUÍ	360.000,00
RIO GRANDE DO SUL	431720	MUNICIPAL	SANTA ROSA	360.000,00
RIO DE JANEIRO	330340	MUNICIPAL	NOVA FRIBURGO	360.000,00
TOTAL				2.280.000,00

Anexo XL

DA PRODUÇÃO MÍNIMA MENSAL A SER REALIZADA NOS CEOS (Origem: PRT MS/GM 600/2006, Anexo 1)

I - O monitoramento de produção consiste na análise de uma produção mínima mensal apresentada, a ser realizada nos CEOs, verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS - SIA/SUS, conforme segue:

a) Para os CEOs Tipo 1:

80 Procedimentos Básicos por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE);

0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);

0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);

0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;

0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;

0307010015 CAPEAMENTO PULPAR;

0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;

0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR;

0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR;

0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA;

0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE);

0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE);

0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;

0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE.

60 Procedimentos de Periodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE);

0414020081 ENXERTO GENGIVAL;

0414020154 GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE);

0414020162 GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);

0414020375 TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE).

35 Procedimentos de Endodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;
0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR;
0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES;
0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR;
0307020088 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR;
0307020096 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES;
0307020100 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR;
0307020118 SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.
80 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0201010232 BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR; 0201010348 BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;
0201010526 BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA;
0307010058 TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS;
0404020445 CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;
0404020488 OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLODENTÁRIAS;
0404020577 REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE;
0404020615 REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPOROMANDIBULAR;
0404020623 RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;
0404020674 RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;
0414010345 EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA S A L I VA R ;
0414010361 EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO;
0414010388 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;
0401010082 FRENECTOMIA;
0404010512 SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR
0404020038 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO-SINUSAL;
0404020054 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;
0404020089 EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;
0404020097 EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;
0404020100 EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;
0404020313 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE;
0404020631 RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILOMANDIBULAR;
0414010256 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL / ORO-NASAL
0414020022 APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;
0414020030 APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);
0414020049 CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES;
0414020057 CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR;
0414020065 CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR;
0414020073 CURETAGEM PERIAPICAL;
0414020090 ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;
0414020146 EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE;
0414020170 GLOSSORRAFIA;
0414020200 MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;
0414020219 ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO;
0414020243 REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL(POR ELEMENTO);
0414020278 REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO/IMPACTADO);
0414020294 REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;
0414020359 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL;
0414020367 TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL;
0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE;
0414020405 ULOTOMIA/ULECTOMIA.

a) Para os CEOs Tipo 2:
110 Procedimentos Básicos por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE);
0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);
0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);
0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;
0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;
0307010015 CAPEAMENTO PULPAR;
0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;
0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR;
0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR;
0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA;
0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE);
0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE);
0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;
0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE.
90 Procedimentos de Periodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE);
0414020081 ENXERTO GENGIVAL;
0414020154 GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE);
0414020162 GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);
0414020375 TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE).
60 Procedimentos de Endodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;
0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR;
0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES;
0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR;
0307020088 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR;
0307020096 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES;
0307020100 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR;
0307020118 SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.
90 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0201010232 BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR; 0201010348 BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;
0201010526 BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA;
0307010058 TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS;
0404020445 CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;
0404020488 OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLODENTÁRIAS;
0404020577 REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE;
0404020615 REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPOROMANDIBULAR;
0404020623 RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;
0404020674 RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;
0414010345 EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR ;
0414010361 EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO;
0414010388 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;
0401010082 FRENECTOMIA;
0404010512 SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR;
0404020038 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO-SINUSAL;
0404020054 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;
0404020089 EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;
0404020097 EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;
0404020100 EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;
0404020313 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE
0404020631 RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILOMANDIBULAR
0414010256 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL / ORO-NASAL
0414020022 APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;
0414020030 APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);
0414020049 CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES;
0414020057 CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR;
0414020065 CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR;
0414020073 CURETAGEM PERIAPICAL;
0414020090 ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;
0414020146 EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE;
0414020170 GLOSSORRAFIA;
0414020200 MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;
0414020219 ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO;
0414020243 REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);
0414020278 REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO/IMPACTADO);
0414020294 REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;
0414020359 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL;
0414020367 TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL;
0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE;
0414020405 ULOTOMIA/ULECTOMIA.

a) Para os CEOs Tipo 3:
190 Procedimentos Básicos por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE);
0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);
0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);
0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;
0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;
0307010015 CAPEAMENTO PULPAR;
0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;
0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR;
0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR;
0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA;
0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE);
0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE);
0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;
0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE.
150 Procedimentos de Periodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE);
0414020081 ENXERTO GENGIVAL;
0414020154 GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE);
0414020162 GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);
0414020375 TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE).
95 Procedimentos de Endodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;
0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR;
0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES;
0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR;
0307020088 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR;
0307020096 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES;
0307020100 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR;
0307020118 SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.
170 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0201010232 BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR; 0201010348 BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;
0201010526 BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA;
0307010058 TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS;
0404020445 CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;
0404020488 OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLODENTÁRIAS;
0404020577 REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE;
0404020615 REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPOROMANDIBULAR;
0404020623 RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;
0404020674 RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;
0414010345 EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR ;
0414010361 EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO;
0414010388 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;
0401010082 FRENECTOMIA;
0404010512 SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR;
0404020038 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO-SINUSAL;
0404020054 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;
0404020089 EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;
0404020097 EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;
0404020100 EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;
0404020313 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE;
0404020631 RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO-

MANDIBULAR;
0414010256 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL / ORO-NASAL
0414020022 APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;
0414020030 APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);
0414020049 CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES;
0414020057 CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR;
0414020065 CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR;
0414020073 CURETAGEM PERIAPICAL;
0414020090 ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;
0414020146 EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE;
0414020170 GLOSSORRAFIA;
0414020200 MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;
0414020219 ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO;
0414020243 REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);
0414020278 REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO);
0414020294 REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;
0414020359 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL;
0414020367 TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL;
0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE;
0414020405 ULOTOMIA/ULECTOMIA.

§ 1º Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos básicos é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 50% de procedimentos restauradores, quais sejam: 0307010023 - restauração de dente decíduo e/ou 0307010031 - restauração de dente permanente anterior e/ou 0307010040 - restauração de dente permanente posterior.

§2º Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de endodontia é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 20% dos seguintes procedimentos: 0307020053 - obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou 0307020096 - retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes.

§3º Para a finalidade de monitoramento de produção, os Procedimentos Básicos a serem realizados em qualquer dos três tipos de CEO são exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais.

§4º A transferência de recursos referentes aos incentivos mensais dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO será suspensa, de maneira integral, quando a produção mínima mensal, em qualquer das especialidades acima citadas, não for atingida por dois meses consecutivos ou três meses alternados no período de um ano, e será mantida até a regularização da produção mínima mensal.

Anexo XLI

ADESÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) À REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA, ASSIM COMO OS VALORES ADICIONAIS DOS INCENTIVOS FINANCEIROS DESTINADOS AO CUSTEIO MENSAL. (Origem: PRT MS/GM 618/2014, Anexo 1)

UF	CÓD. M.	MUNICÍPIO	NOME FANTASIA	CÓDIGO NO CNES	TIPO DE REPASSE	CLASSIFICAÇÃO	INCENTIVO ADICIONAL (R$)
160030	AP	Macapá	SES AP Centro de Especialidade Odontológica CEO 1	2020459	Estadual	III	3.850,00
160030	AP	Macapá	SES AP Centro de Especialidade Odontológica CEO 2	6709001	Estadual	III	3.850,00
			TOTAL AP				7.700,00
230280	CE	Canindé	Centro de Especialidades Odontológicas CEO Canindé	6714145	Estadual	III	3.850,00
231140	CE	Quixeramobim	Centro de Especialidades Odontológicas CEO Quixeramobim	6714102	Estadual	III	3.850,00
			TOTAL CE				7.700,00
150442	PA	Marituba	Centro Especializado Odontológico Manuel Rocha	5714524	Municipal	II	2.200,00
			TOTAL PA				2.200,00
250040	PB	Alagoa Nova	Centro de Especialidades Odontológicas	6931863	Municipal	I	1.650,00
250720	PB	Itatuba	Centro de Especialidades Odontológicas de Itatuba CEO I	2364050	Municipal	I	1.650,00
			TOTAL PB				3.300,00
354780	SP	Santo André	CEO Centro de Especialidades Odontológicas Santa Terezinha	7368275	Municipal	II	2.200,00
			TOTAL SP				2.200,00
			TOTAL GERAL				23.100,00

Anexo XLII

CLASSIFICAÇÃO DOS LACEN DE ACORDO COM O PORTE (Origem: PRT MS/GM 3271/2007, Anexo 1)

CLASSIFICAÇÃO DOS LACEN DE ACORDO COM O PORTE

Porte	Unidade Federada
I	Roraima, Amapá e Acre
II	Alagoas, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Piauí, Rio Grande do Norte, Rondônia, Sergipe e Tocantins
III	Espírito Santo, Mato Grosso, Paraíba, Santa Catarina, Goiás, Maranhão, Amazonas e Pará
IV	Pernambuco, Ceará, Paraná e Rio Grande do Sul
V	Rio de Janeiro, Bahia, São Paulo e Minas Gerais

Anexo XLIII

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE (Origem: PRT MS/GM 3271/2007, Anexo 2)

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Estabelece quatro estágios de implantação do sistema da qualidade

Estágio 1

Requisitos do Sistema da Qualidade:

I - possuir estrutura organizacional e gerencial - organograma atualizado e formalizado, especificando suas relações entre a gerência da qualidade, operações técnicas e serviços de apoio, e com qualquer outra organização com a qual possa estar associado;

II - possuir documento com a descrição das responsabilidades, autoridade e o inter-relacionamento de todo pessoal que gerencia, realiza ou verifica trabalhos que afetam a qualidade a qualidade dos ensaios;

III - possuir pessoal com a necessária formação, treinamento e experiência técnica e/ou administrativa para as atividades designadas;

IV - possuir os registros pertinentes das qualificações, treinamentos, capacitações e experiência profissional dos servidores;

V - possuir todos os equipamentos e instrumentos de medição necessários para a correta prestação do serviço, mantendo um inventário atualizado;

VI - possuir gerência técnica com responsabilidade total pelas operações técnicas que assegurem a qualidade requerida nas atividades do Laboratório;

VII - nomear substitutos para o pessoal-chave no nível gerencial;

VIII - Manter suprimento dos insumos necessários ao laboratório;

IX - possuir dimensões, construção e localização adequadas para atender às necessidades da realização dos ensaios;

X - exigir dos clientes mecanismos de identificação de amostras mediante formulários que contenham dados e informações suficientes para a realização de ensaios, estabelecendo critérios de aceitação/rejeição de amostras;

XI - possuir instruções documentadas e disponíveis para a coleta, identificação, quantidade, acondicionamento, transporte e manuseio de amostras, quando pertinente;

XII - possuir mecanismos de cadastramento unívoco das amostras que garanta sua identificação e rastreabilidade durante toda a sua permanência no laboratório;

XIII - utilizar procedimentos analíticos referenciados em métodos publicados em textos revisados por especialistas ou periódicos, recomendados em nível internacional, regional ou nacional ou desenvolvidos pelo laboratório, desde que validados para confirmar a adequação ao uso pretendido;

XIV - manter registros dos dados originais relativos aos ensaios, treinamento de pessoal e calibrações por um período mínimo de cinco anos;

XV - apresentar os relatórios de ensaios de forma legível e com informações suficientes para sua interpretação e contendo, no mínimo, as seguintes informações:

1) identificação do cliente e/ou amostra e/ou paciente;
2) nº do registro da amostra no laboratório;
3) identificação do laboratório que realizou o ensaio;
4) data de coleta e do recebimento da amostra;
5) horário da coleta, quando apropriado;
6) data de liberação do resultado;
7) identificação do ensaio;
8) resultado do ensaio;
9) método utilizado;
10) valor de referência, quando apropriado;
11) interpretações e conclusões dos resultados, quando apropriado;
12) nome e assinatura do profissional autorizado;
13) observações relevantes quanto aos fatores que possam interferir nos resultados;

XVI - possuir instruções documentadas para a liberação e entrega de relatórios de ensaios que garantam sua confidencialidade;

XVII - definir em documento os prazos de entrega dos relatórios de ensaios para cada um de seus ensaios, que sejam compatíveis com o método e liberados em tempo hábil, dispondo de mecanismos para o monitoramento do cumprimento destes prazos; e

XVIII - possuir controle interno da qualidade analítica, mantendo os registros de sua realização e da analise critica correspondente (ensaios replicados, utilizando-se os mesmos métodos ou métodos diferentes; amostras cegas; controles e/ou calibradores; controle intralaboratorial; etc.).

Estágio 2

Requisitos do Sistema da Qualidade:

I - declarar a política da qualidade da instituição que deverá ser assinada pelo diretor do laboratório;

II - designar um profissional responsável pelo Sistema de Gestão da Qualidade (qualquer que seja a denominação), com acesso a direção do laboratório e prover a estrutura necessária ao planejamento e implantação do Sistema de Gestão da Qualidade;

III - definir as políticas relativas ao cumprimento dos requisitos das normas nacionais/internacionais de gestão da qualidade, documentando-as em um Manual da Qualidade;

IV - possuir procedimento documentado e aprovado para elaboração e controle de documentos do Sistema de Gestão da Qualidade;

V - possuir lista mestra de documentos do Sistema de Gestão da Qualidade;

VI - possuir procedimento documentado e aprovado para identificar, coletar, indexar, acessar, armazenar, manter e dispor os registros técnicos e da qualidade;

VII - possuir procedimento documentado e aprovado para operação, verificação e limpeza dos equipamentos significativos para os resultados dos ensaios, mantendo os registros correspondentes;

VIII - possuir uma relação de especificações de insumos críticos para os ensaios, aprovada por profissional autorizado;

IX - possuir procedimento documentado e aprovado para solicitação de aquisição de insumos críticos para os ensaios;

X - possuir procedimento documentado e aprovado de inspeção de insumos críticos para os ensaios, aplicado à etapa de recebimento, com critérios para garantir o cumprimento das especificações, mantendo os registros correspondentes;

XI - possuir relação atualizada para o controle de estoque de reagentes e insumos utilizados nos ensaios, que contemple, pelo menos, a identificação, fabricante, quantidade, lote e local de armazenamento e;

XII - treinar a direção do LACEN e possuir pelo menos 30% dos servidores treinados na interpretação das normas relacionadas com a implantação do Sistema de Gestão da Qualidade em Laboratório, e manter os registros correspondentes; e

XIII - possuir pelo menos 30% dos ensaios de cada setor laboratorial, das áreas de Vigilância Sanitária de Produtos com procedimentos documentados, aprovados e implementados.

Estágio 3

Requisitos do Sistema da Qualidade:

I - possuir pelo menos 50% dos servidores treinados na interpretação das normas relacionadas com a implantação do Sistema de Gestão da Qualidade em laboratório, e manter os registros correspondentes;

II - possuir procedimento documentado e aprovado para identificação de necessidades de treinamento, elaborar plano anual de treinamento dos servidores e registrar a sua implantação;

III - possuir procedimento documentado e aprovado para solicitação de aquisição de equipamentos;

IV - possuir procedimento documentado e aprovado de inspeção de equipamentos, e garantir que, após recebimento e transporte, estes somente sejam utilizados com adequada verificação de seu desempenho, mantendo os registros correspondentes, permanecendo com identificação específica caso estejam em manutenção ou impróprios para o uso;

V - possuir procedimento documentado e aprovado para armazenamento de insumos, significativos para os resultados dos ensaios, incluindo os preparados pelo laboratório;

VI - possuir procedimento documentado e aprovado para rotulagem e controle da qualidade dos reagentes/soluções preparados no laboratório e para os adquiridos, mantendo os registros da realização e análise critica deste controle;

VII - possuir procedimento documentado e aprovado para definir o grau de pureza, os parâmetros a serem monitorados e a freqüência do monitoramento da água reagente necessária para cada método analítico e manter registros das verificações realizadas;

VIII - monitorar, controlar e registrar as condições ambientais que influenciem a qualidade dos resultados;

IX - possuir procedimento documentado e aprovado para formatação, emissão, arquivamento, e rastreabilidade de relatórios de ensaios;

X - participar de programas de controles externos da qualidade, mantendo os registros da analise critica dos resultados; e

XI - possuir pelo menos 50% dos ensaios de cada setor laboratorial, das áreas de Vigilância Sanitária de Produtos, com procedimentos escritos, aprovados e implementados.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300691

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Estágio 4

Requisitos do Sistema da Qualidade:

I - possuir pelo menos 80% dos servidores treinados na interpretação das normas relacionadas com a implantação de Sistemas de Gestão da Qualidade em laboratório, mantendo os registros correspondentes;

II - possuir política e procedimento documentado e aprovado para identificação de não conformidades ou desvios, no sistema da qualidade ou nas operações técnicas, e designar autoridade apropriada para implementar as ações corretivas e preventivas necessárias;

III - possuir procedimento documentado e aprovado para o registro de reclamações e sugestões de clientes, com previsão de investigações e ações preventivas e corretivas;

IV - possuir procedimento documentado e aprovado de realização periódica de auditoria interna e de análise crítica pela gerência, do Sistema de Gestão da Qualidade e das atividades pertinentes aos ensaios;

V - implantar programa anual de auditorias internas e da análise crítica pela gerência, do Sistema de Gestão da Qualidade e das atividades pertinentes aos ensaios, mantendo os registros correspondentes;

VI - possuir um grupo de auditores internos da qualidade treinados, com os registros das auditorias internas realizadas na fase de treinamento;

VII - possuir registros da realização da analise critica do Sistema de Gestão da Qualidade do laboratório para assegurar sua continua adequação e eficácia nos serviços prestados e para introduzir quaisquer mudanças necessárias ou melhorias, mantendo os registros correspondentes;

VIII - ter um programa documentado, aprovado e implementado de manutenção preventiva, calibração, qualificação e/ou verificação dos equipamentos e instrumentos de medição significativos para os resultados dos ensaios, mantendo os registros correspondentes;

IX - possuir sistema de controle de estoque dos insumos que permita a emissão de relatórios gerenciais e;

X - possuir pelo menos 80% dos ensaios de cada setor laboratorial, das áreas de Vigilância Sanitária de Produtos, com procedimentos aprovados e implantados.

Anexo XLIV

CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO DOS LABORATÓRIOS CENTRAIS EM NÍVEIS (Origem: PRT MS/GM 3271/2007, Anexo 3)

CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO DOS LABORATÓRIOS CENTRAIS EM NÍVEIS

I - Os Laboratórios do Nível A

a) Atender aos requisitos do Estágio 1 da implantação do Sistema da Qualidade, conforme disposto no Anexo II;

b) Atender aos requisitos de biossegurança relativos a procedimentos, equipamentos e infraestrutura laboratorial, compatível com cada nível de contenção e tendo como referência as normas e diretrizes nacionais e/ou internacionais vigentes; e

c) Dispor de pessoal capacitado e em número suficiente para as atividades específicas, sendo pelo menos três profissionais com especialização na área de Produtos.

II - Os Laboratórios do Nível B

a) Atender aos requisitos dos Estágios 1 e 2 da implantação do Sistema da Qualidade, conforme disposto no Anexo II;

b) Atender aos requisitos de biossegurança relativos a procedimentos, equipamentos e infraestrutura laboratorial, compatível com seu nível de contenção e tendo como referência as normas e diretrizes nacionais e/ou internacionais vigentes; e

c) Dispor de pessoal capacitado e em número suficiente para as atividades específicas, sendo pelo menos cinco profissionais com especialização na área de Produtos.

III - Os Laboratórios do Nível C

a) Atender aos requisitos dos Estágios de 1 a 3 da implantação do Sistema da Qualidade, conforme o disposto no Anexo II;

b) Atender aos requisitos de biossegurança relativos a procedimentos, equipamentos e infraestrutura laboratorial, compatível com seu nível de contenção e tendo como referência as normas e diretrizes nacionais e/ou internacionais vigentes; e

c) Dispor de pessoal capacitado e em número suficiente para as atividades específicas, com cinco profissionais com especialização na área de Produtos, sendo pelo menos um com mestrado.

IV - Os Laboratórios do Nível D

a) Atender aos requisitos dos estágios de 1 a 4 da implantação do Sistema da Qualidade, conforme o disposto no Anexo II;

b) Atender aos requisitos de biossegurança relativos a procedimentos, equipamentos e infraestrutura laboratorial, compatível com seu nível de contenção e tendo como referência as normas e diretrizes nacionais e/ou internacionais vigentes; e

c) Dispor de pessoal capacitado e em número suficiente para as atividades específicas, com cinco profissionais com especialização na área de Produtos, sendo pelo menos dois com mestrado e um com doutorado.

Anexo XLV

PROPOSTA DE REPASSE MENSAL DO FINLACEN (Origem: PRT MS/GM 3271/2007, Anexo 4)

PROPOSTA DE REPASSE MENSAL DO FINLACEN

PORTE	NÍVEL/VALOR DO REPASSE MENSAL			
	A	B	C	D
I	30.000,00	40.0000,00	50.000,00	60.000,00
II	40.000,00	50.000,00	60.000,00	70.000,00
III	60.000,00	70.000,00	80.000,00	90.000,00
IV	70.000,00	80.000,00	90.000,00	100.000,00
V	90.000,00	110.000,00	130.000,00	150.000,00

Anexo XLVI

TRANSFERÊNCIAS ÀS UNIDADES FEDERADAS PARA APLICAÇÃO NO FINLACEN-VISA (Origem: PRT MS/GM 3271/2007, Anexo 5)

TRANSFERÊNCIAS ÀS UNIDADES FEDERADAS PARA APLICAÇÃO NO FINLACEN-VISA

CLASSIFICAÇÃO POR PORTE E NÍVEL

ESTADO	PORTE	NÍVEL	VALOR MENSAL R$	VALOR ANUAL R$
Acre	I	A	30.000,00	360.000,00
Alagoas	II	B	50.000,00	600.000,00
Amapá	I	B	40.000,00	480.000,00
Amazonas	III	A	60.000,00	720.000,00
Bahia	V	C	130.000,00	1.560.000,00
Ceará	IV	C	90.000,00	1.080.000,00
Distrito Federal	II	B	50.000,00	600.000,00
Espírito Santo	III	A	60.000,00	720.000,00
Goiás	III	C	80.000,00	960.000,00
Maranhão	III	B	70.000,00	840.000,00
Mato Grosso	III	B	70.000,00	840.000,00
Mato Grosso do Sul	II	B	50.000,00	600.000,00
Minas Gerais	V	D	150.000,00	1.800.000,00
Pará	III	C	80.000,00	960.000,00
Paraíba	III	A	60.000,00	720.000,00
Paraná	IV	C	90.000,00	1.080.000,00
Pernambuco	IV	C	90.000,00	1.080.000,00
Piauí	II	B	50.000,00	600.000,00
Rio de Janeiro	V	C	130.000,00	1.560.000,00
Rio Grande do Norte	II	B	50.000,00	600.000,00
Rio Grande do Sul	IV	B	80.000,00	960.000,00
Rondônia	II	B	50.000,00	600.000,00
Roraima	I	A	30.000,00	360.000,00
Santa Catarina	III	B	70.000,00	840.000,00
São Paulo	V	D	150.000,00	1.800.000,00
Sergipe	II	A	40.000,00	480.000,00
Tocantins	II	A	40.000,00	480.000,00
TOTAL			1.940.000,00	23.280.000,00

Anexo XLVII

TRANSFERÊNCIAS AO INCQS PARA APLICAÇÃO NO FINLACEN-VISA (Origem: PRT MS/GM 3271/2007, Anexo 6)

TRANSFERÊNCIAS AO INCQS PARA APLICAÇÃO NO FINLACEN-VISA

CLASSIFICAÇÃO POR PORTE E NÍVEL

ESTADO	PORTE	NÍVEL	VALOR MENSAL R$	VALOR ANUAL R$
INCQS/FIOCRUZ	V	D	150.000,00	1.800.000,00

Anexo XLVIII

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS (Origem: PRT MS/GM 615/2013, Anexo 1)

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

Nome resumido ambiente	Quant. Mínima obrigatória						Área unit. mínima (aproximada) obrigatória (m²)					
	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i
Espaço de Acolhimento	1	1	1	1	1	1	30	30	30	30	30	30
Sala de atendimento individualizado	3	3	3	3	3	3	9	9	9	9	9	9
Sala de atividades coletivas	2	3	2	2	2	2	24	24	22	22	22	22
Depósito anexo às salas de atividades coletivas	0	2	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0
Espaço interno de convivência (Área de estar para paciente, acompanhante de paciente e visitante)	1	1	1	1	1	1	50	50	50	50	50	50
Sanitário PNE público masculino	1	1	1	1	1	1	12	12	10	10	10	10
Sanitário PNE público feminino	1	1	1	1	1	1	12	12	10	10	10	10
Sala de aplicação de medicamentos (Sala de Medicação)	1	1	1	1	1	1	6	6	6	6	6	6
Posto de enfermagem	1	1	1	1	1	1	6	6	6	6	6	6
Quarto coletivo com acomodações individuais (para Acolhimento Noturno com 02 camas)	4	3	1	1	1	1	12	12	12	12	12	12
Banheiro contíguo aos Quartos coletivos com acomodações individuais	4	3	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3
Quarto Coletivo (para Acolhimento Noturno com 02 leitos)	1	0	0	0	0	0	14,5	0	0	0	0	0
Banheiro PNE contíguo ao Quarto Coletivo (para Acolhimento Noturno com 02 leitos)	1	0	0	0	0	0	4,5	0	0	0	0	0
Quarto de Plantão (Sala de Repouso Profissional)	1	1	0	0	0	0	9,5	9,5	0	0	0	0
Banheiro Contíguo ao Quarto de Plantão	1	1	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0
Sala Administrativa	1	1	1	1	1	1	12	12	12	12	12	12
Sala de Reunião	1	1	1	1	1	1	16	16	16	16	16	16
Almoxarifado	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4
Arquivo	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4
Refeitório	1	1	1	1	1	1	50	50	50	50	50	50
Cozinha	1	1	1	1	1	1	35	35	35	35	35	35
Banheiro com vestiário para funcionários	2	2	2	2	2	2	9	9	9	9	9	9
Depósito de material de limpeza (DML)	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
Rouparia	1	1	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0
Sala de Utilidades	1	1	1	1	1	1	2,5	2,5	3	3	3	3
Farmácia	1	1	1	1	1	1	7	7	7	7	7	7
Área de Serviços	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4
Área externa de convivência	1	1	1	1	1	1	50	50	50	50	50	50
Área externa para embarque e desembarque	1	1	1	1	1	1	20	20	20	20	20	20
Abrigo externo de resíduos comuns	1	1	1	1	1	1	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Abrigo GLP	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

*A soma dos ambientes não representa a metragem total do edifício. Não estão incluídos corredores de circulação e paredes

** As metragens mínimas indicadas no anexo desta portaria poderão ter margem de 10% de variação, respeitados os limites mínimos estabelecidos pela RDC 50.

UNIDADES DE ACOLHIMENTO - UA

Nome resumido ambiente	Quant. Mínima obrigatória		Área unit. mínima (aproximada) obrigatória (m²)	
	UAA	UAI	UAA	UAI

Sala de estar	1	1	35	35
Quarto coletivo com acomodações individuais e espaço para guarda de roupas (03 Quartos de Acolhimento Noturno - com 03 camas cada um)	3	2	16	16
Quarto coletivo com acomodações individuais e espaço para guarda de roupas, adaptado para PNE (02 Quartos de Acolhimento Noturno - com 03 camas cada um)	2	2	18	18
Banheiros contíguos aos quartos coletivos	3	3	3	3
Banheiros PNE contíguos aos quartos coletivos	2	2	5	5
Espaço lúdico/Sala Multiuso	0	1	0	16
Escritório	1	1	9	9
Sala de convivência	1	1	30	30
Despensa	1	1	4	4
Sala de jantar	1	1	18	18
Cozinha	1	1	14	14
Quarto de plantão/repouso dos funcionários	1	1	10	10
Banheiro contíguo ao quanto de plantão para funcionários	1	1	3	3
Área de Serviço	1	1	5	5
Armários	1	1	4	4
Lavabo	1	1	2	2
Área externa de convivência	1	1	20	20
Abrigo GLP	1	1	1	1

* A soma dos ambientes não representa a metragem total do edifício. Não estão incluídos corredores de circulação e paredes

** As metragens mínimas indicadas no anexo desta portaria poderão ter margem de 10% de variação, respeitados os limites mínimos estabelecidos pela RDC 50.

Anexo XLIX

VALORES DO INCENTIVO FINANCEIRO DE CUSTEIO MENSAL E A RESPECTIVA FORMA DE GRADAÇÃO PARA CADA COMPONENTE (Origem: PRT MS/GM 2860/2014, Anexo 1)

Porte	Numero de equipes participantes	Componente fixo	Componente variável												
			I - Atividades de equipes ativas e participantes (40%)						II - Definição e pactuação de linhas de cuidado e/ou especialidades prioritárias (20%)	III - produção total de teleconsultorias síncronas e assíncronas/equipe/mês (40%)					
			Equipes ativas/equipes participantes			Médicos ativos/Médicos participantes				Percentual de Teleconsultoria de temas gerais, realizada por equipe no mês (exceto o médico/LC/EP)			Percentual de Teleconsultoria realizada pelo médico por equipe, relacionada à linha de cuidado prioritária, definida e pactuada		
			Relação de 20 a 40% ativas	Relação de 41 a 60% ativas	Relação acima de 60% ativas	Relação de 20 a 40% ativos	Relação de 41 a 60% ativos	Relação acima de 60% ativos		1 a 1,99 -60%	2 a 2,99 -80%	+ de 3 (100%)	1 a 1,99 -60%	2 a 2,99 -80%	+ de 3 (100%)
Porte I	80 a 199	R$25.000,00	R$1.500,00	R$3.500,00	R$5.000,00	R$1.500,00	R$3.500,00	R$5.000,00	R$5.000,00	R$3.000,00	R$4.000,00	R$5.000,00	R$3.000,00	R$4.000,00	R$5.000,00
Porte II	200 a 399	R$30.000,00	R$2.000,00	R$4.000,00	R$6.000,00	R$2.000,00	R$4.000,00	R$6.000,00	R$6.000,00	R$3.600,00	R$4.800,00	R$6.000,00	R$3.600,00	R$4.800,00	R$6.000,00
Porte III	400 a 599	R$35.000,00	R$2.500,00	R$5.000,00	R$7.000,00	R$2.500,00	R$5.000,00	R$7.000,00	R$7.000,00	R$4.200,00	R$5.600,00	R$7.000,00	R$4.200,00	R$5.600,00	R$7.000,00
Porte IV	600 a +	R$40.000,00	R$3.000,00	R$6.000,00	R$8.000,00	R$3.000,00	R$6.000,00	R$8.000,00	R$8.000,00	R$4.800,00	R$6.400,00	R$8.000,00	R$4.800,00	R$6.400,00	R$8.000,00

Anexo L

TERMO DE COMPROMISSO PARA IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS ESTRATÉGICOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE UF (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Anexo 1)

(MODELO EM PAPEL TIMBRADO)

Termo de Compromisso para implantação de Ações e Serviços Públicos Estratégicos de
Vigilância em Saúde UF:
Município (se for o caso):
Secretaria Municipal/Estadual de Saúde de _____.

A Secretaria Municipal/ Estadual de Saúde de _____, representada pelo seu Secretário Municipal/Estadual de Saúde, vem por meio deste Termo se comprometer com as responsabilidades relacionadas à execução das ações específicas a cada uma das Ações e Serviços Públicos Estratégicos de Vigilância em Saúde listados abaixo, e para tanto, se candidatar ao recebimento do montante do recurso proporcional às ações e serviços públicos estratégicos a qual se habilita, para os quais admite atender aos critérios e as exigências mínimas para execução das ações e funcionamento dos serviços públicos estratégicos, definidos na Portaria nº XXXX, de XX de XXXX de 20XX.

1. (listar os serviços/ações aos quais se habilita).

(local), ____, de _____ de 20XX.

_____

GESTOR(A) MUNICIPAL/ ESTADUAL
(Nome e assinatura)

Anexo LI

TERMO DE COMPROMISSO PARA MANUTENÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS ESTRATÉGICOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE UF (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Anexo 2)

(MODELO EM PAPEL TIMBRADO)

Termo de Compromisso para manutenção de Ações e Serviços Públicos Estratégicos de
Vigilância em Saúde
UF:
Município (se for o caso):
Secretaria Municipal/Estadual de Saúde de _____.

A Secretaria Municipal/ Estadual de Saúde de _____, representada pelo seu Secretário Municipal/Estadual de Saúde, vem por meio deste Termo se comprometer com a manutenção das Ações e Serviços Públicos Estratégicos de Vigilância em Saúde listados abaixo, e com as responsabilidades relacionadas à execução das ações específicas, e para tanto, se candidatar a continuar recebendo o montante do recurso proporcional às ações e serviços públicos estratégicos já implantados, para os quais admite atender aos critérios e as exigências mínimas para execução das ações e funcionamento dos serviços públicos estratégicos, definidos na Portaria nº XXXX, de XX de XXXX de 20XX.

2. (listar os serviços/ações já implantados).

(local), ____, de _____ de 20XX.

_____

GESTOR(A) MUNICIPAL/ ESTADUAL
(Nome e assinatura)

Anexo LII

INCENTIVO PARA IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS ESTRATÉGICOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PVVS). (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Anexo 6)

UF	Nº DE UNIDADES	VALOR MENSAL (R$)	TOTAL ANO (R$)
AC	1	5.000,00	60.000,00
AL	3	15.000,00	180.000,00
AM	5	25.000,00	300.000,00
AP	1	5.000,00	60.000,00
BA	14	70.000,00	840.000,00
CE	8	40.000,00	480.000,00
DF	3	15.000,00	180.000,00
ES	4	20.000,00	240.000,00
GO	6	30.000,00	360.000,00
MA	7	35.000,00	420.000,00
MG	20	100.000,00	1.200.000,00
MS	3	15.000,00	180.000,00
MT	3	15.000,00	180.000,00
PA	8	40.000,00	480.000,00

PB	4	20.000,00	240.000,00
PE	9	45.000,00	540.000,00
PI	4	20.000,00	240.000,00
PR	10	50.000,00	600.000,00
RJ	16	80.000,00	960.000,00
RN	3	15.000,00	180.000,00
RO	2	10.000,00	120.000,00
RR	1	5.000,00	60.000,00
RS	11	55.000,00	660.000,00
SC	6	30.000,00	360.000,00
SE	2	10.000,00	120.000,00
SP	41	205.000,00	2.460.000,00
TO	2	10.000,00	120.000,00
TOTAL	197	985.000,00	11.820.000,00

CE	230290	Capistrano	36.000,00							7
CE	230370	Caucaia	36.000,00					5		
CE	230440	Fortaleza	526.000,00	1				5	6	
CE	230900	Mucambo	36.000,00							7
CE	231290	Sobral	18.000,00	1						
DF	530000	SES DISTRITO FEDERAL	3.334.000,00	1	2	3	4	5	6	
ES	320000	SES ESPIRITO SANTO	2.566.000,00	1	2		4		6	
ES	320130	Cariacica	36.000,00					5		
ES	320500	Serra	36.000,00					5		
ES	320520	Vila Velha	36.000,00					5		
ES	320530	Vitória	331.000,00					5	6	7
GO	520000	SES GOIÁS	3.436.000,00	1		3	4		6	
GO	520110	Anápolis	54.000,00	1				5		
GO	520140	Aparecida de Goiânia	36.000,00					5		
GO	520870	Goiânia	886.000,00	1	2			5	6	
MA	210000	SES MARANHÃO	2.944.000,00	1	2		4		6	
MA	211130	São Luís	484.000,00	1				5	6	
MG	310000	SES MINAS GERAIS	7.270.000,00	1		3	4		6	
MG	310160	Alfenas	36.000,00	1						
MG	310400	Araxá	18.000,00	1						
MG	310620	Belo Horizonte	550.000,00	1				5	6	
MG	310670	Betim	36.000,00					5		
MG	310740	Bom Despacho	18.000,00	1						
MG	311330	Carangola	18.000,00	1						
MG	311860	Contagem	36.000,00					5		
MG	312245	Divisópolis	36.000,00							7
MG	312770	Governador Valadares	36.000,00	1						
MG	313730	Lagoa dos Patos	36.000,00							7
MG	314330	Montes Claros	36.000,00	1						
MG	314790	Passos	18.000,00	1						
MG	314900	Pedra Dourada	36.000,00							7
MG	315210	Ponte Nova	18.000,00	1						
MG	315250	Pouso Alegre	36.000,00					5		
MG	316860	Teófilo Otoni	18.000,00	1						
MG	317070	Varginha	18.000,00	1						
MS	500000	SES MATO GROSSO DO SUL	3.340.000,00	1		3	4		6	
MS	500270	Campo Grande	338.000,00	1				5	6	
MT	510000	SES MATO GROSSO	2.524.000,00		2	3	4		6	
MT	510340	Cuiabá	356.000,00	1				5	6	
MT	510840	Várzea Grande	18.000,00	1						
PA	150000	SES PARÁ	2.890.000,00	1	2	3	4	5	6	
PA	150060	Altamira	18.000,00	1						
PA	150140	Belém	250.000,00						6	
PA	150680	Santarém	72.000,00	1						7
PB	250000	SES PARAÍBA	2.578.000,00	1	2	3	4		6	
PB	250750	João Pessoa	320.000,00					5	6	
PE	260000	SES PERNAMBUCO	7.018.000,00	1	2		4		6	
PE	260160	Belém de São Francisco	36.000,00							7
PE	260340	Calumbi	36.000,00							7
PE	260360	Camutanga	36.000,00							7
PE	260560	Flores	36.000,00							7
PE	260570	Floresta	36.000,00							7
PE	260700	Inajá	36.000,00							7
PE	260790	Jaboatão dos Guararapes	36.000,00					5		
PE	260805	Jatobá	36.000,00							7
PE	260960	Olinda	36.000,00					5		
PE	260980	Orocó	36.000,00							7
PE	261070	Paulista	36.000,00					5		
PE	261153	Quixaba	36.000,00							7
PE	261160	Recife	502.000,00			3		5	6	
PE	261280	Santa Terezinha	36.000,00							7

PE	261350	São José do Belmonte	36.000,00								7
PE	261460	Tabira	36.000,00								7
PE	261570	Triunfo	36.000,00								7
PI	220000	SES PIAUÍ	2.002.000,00	1	2		4		6		
PI	220779	Pau D'Arco do Piauí	36.000,00								7
PI	221100	Teresina	380.000,00					5	6		
PR	410000	SES PARANÁ	4.450.000,00				4		6		
PR	410370	Cambé	120.000,00					5			
PR	410400	Campina Grande do Sul	18.000,00	1							
PR	410430	Campo Mourão	120.000,00					5			
PR	410480	Cascavel	138.000,00	1				5			
PR	410490	Castro	120.000,00					5			
PR	410640	Cornélio Procópio	120.000,00					5			
PR	410690	Curitiba	610.000,00	1		3		5	6		
PR	410830	Foz do Iguaçu	229.000,00	1				5	6		
PR	410840	Francisco Beltrão	120.000,00					5			
PR	410940	Guarapuava	120.000,00					5			
PR	411150	Ivaiporã	120.000,00					5			
PR	411180	Jacarezinho	36.000,00					5			
PR	411370	Londrina	180.000,00	1				5			
PR	411520	Maringá	138.000,00	1				5			
PR	411570	Matinhos	36.000,00					5			
PR	411630	Munhoz de Melo	36.000,00								7
PR	411840	Paranavaí	120.000,00					5			
PR	411850	Pato Branco	120.000,00					5			
PR	411990	Ponta Grossa	120.000,00					5			
PR	412625	Sarandi	120.000,00					5			
PR	412627	Saudade do Iguaçu	36.000,00								7
PR	412760	Tijucas do Sul	36.000,00								7
PR	412810	Umuarama	120.000,00					5			
PR	412820	União da Vitória	120.000,00					5			
RJ	330000	SES RIO DE JANEIRO	4.792.000,00	1			4		6		
RJ	330100	Campos dos Goytacazes	18.000,00	1							
RJ	330330	Niterói	36.000,00					5			
RJ	330455	Rio de Janeiro	1.006.000,00	1				5	6		
RJ	330490	São Gonçalo	286.000,00					5	6		
RN	240000	SES RIO GRANDE DO NORTE	2.020.000,00	1	2	3	4		6		
RN	240810	Natal	320.000,00					5	6		
RO	110000	SES RONDÔNIA	1.906.000,00	1	2		4		6		
RO	110020	Porto Velho	295.000,00					5	6		
RR	140000	SES RORAIMA	1.264.000,00	1			4	5	6		
RR	140010	Boa Vista	391.000,00					5	6		7
RS	430000	SES RIO GRANDE DO SUL	2.974.000,00	1		3	4		6		
RS	430340	Caiçara	36.000,00								7
RS	430460	Canoas	138.000,00	1				5			
RS	430468	Capela de Santana	36.000,00								7
RS	430510	Caxias do Sul	138.000,00	1				5			
RS	430607	Cristal do Sul	36.000,00								7
RS	431265	Não-Me-Toque	36.000,00							7	
RS	431440	Pelotas	138.000,00	1				5			
RS	431490	Porto Alegre	490.000,00	1				5	6		
RS	431620	Rondinha	36.000,00							7	
RS	431680	Santa Cruz do Sul	18.000,00	1							
RS	431720	Santa Rosa	18.000,00	1							
RS	432240	Uruguaiana	54.000,00	1				5			
SC	420000	SES SANTA CATARINA	2.566.000,00	1	2		4		6		
SC	420240	Blumenau	36.000,00	1							
SC	420420	Chapecó	36.000,00	1							
SC	420540	Florianópolis	295.000,00					5	6		
SC	420910	Joinville	120.000,00					5			
SC	421870	Tubarão	18.000,00	1							
SE	280000	*SES SERGIPE	1.960.000,00	1	2	3	4		6		
SE	280030	Aracaju	320.000,00					5	6		
SE	280190	Cumbe	36.000,00							7	
SE	280410	Moita Bonita	36.000,00							7	
SP	350000	SES SÃO PAULO	11.422.000,00	1	2		4		6		
SP	350550	Barretos	18.000,00	1							
SP	350600	Bauru	36.000,00					5			
SP	350950	Campinas	448.000,00	1		3		5	6		
SP	351620	Franca	18.000,00	1							
SP	351880	Guarulhos	322.000,00					5	6		
SP	352240	Itapeva	18.000,00	1							
SP	352530	Jaú	54.000,00			3					
SP	352690	Limeira	18.000,00	1							
SP	352940	Mauá	72.000,00	1				5			
SP	353050	Mococa	378.000,00	1	2						
SP	353060	Mogi das Cruzes	36.000,00					5			

SP	353440	Osasco	54.000,00	1				5			
SP	354340	Ribeirão Preto	36.000,00					5			
SP	354780	Santo André	18.000,00	1							
SP	354820	Santo Antônio do Pinhal	36.000,00							7	
SP	354850	Santos	36.000,00					5			
SP	354890	São Carlos	18.000,00	1							
SP	354980	São José do Rio Preto	36.000,00					5			
SP	354990	São José dos Campos	36.000,00	1							
SP	355030	São Paulo	1.684.000,00	1		3		5	6		
SP	355220	Sorocaba	36.000,00					5			
SP	355410	Taubaté	36.000,00					5			
TO	170000	SES TOCANTINS	1.960.000,00	1	2	3	4		6		
TO	172100	Palmas	295.000,00					5	6		
		TOTAL	118.798.000,00								

Legenda:
1-VHE
2-SVO
3-RCBP
4-LACEN
5-VIGILÂNCIA SENTINELA DA INFLUENZA
6-PROJETO VIDA NO TRÂNSITO
7- PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE
(*) Republicada por ter saído no DOU nº 22, de 31-1-2014, Seção 1, pág. 59, com incorreção no original.
Anexo LIII
LISTA DE MUNICÍPIOS DESABILITADOS DA MANUTENÇÃO DAS UNIDADES DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL (Origem: PRT MS/GM 1630/2017, Anexo 1)

Cód. IBGE	UF	Município	Portaria de Habilitação	Unidades Desabilitadas
120040	AC	Rio Branco	Portaria nº 2.651 de 16/12/04	1
270040	AL	Atalaia	Portaria nº 3.066 de 11/12/09	1
270240	AL	Delmiro Gouveia	Portaria nº 1.069 de 30/05/08	1
270430	AL	Maceió	Portaria nº 2.651 de 16/12/04	1
270630	AL	Palmeira dos Índios	Portaria nº 1.761 de 29/09/05	1
270670	AL	Penedo	Portaria nº 2.136 de 31/08/07	1
270800	AL	Santana do Ipanema	Portaria nº 874 de 07/05/08	1
270915	AL	Teotônio Vilela	Portaria nº 1.069 de 30/05/08	1
270930	AL	União dos Palmares	Portaria nº 1.257 d 17/06/09	1
130190	AM	Itacoatiara	Portaria nº 934 de 15/06/05	1
130250	AM	Manacapuru	Portaria nº 1.001 de 29/06/05	1
130290	AM	Maués	Portaria nº 1.415 de 10/07/08	1
130380	AM	São Gabriel da Cachoeira	Portaria nº 548 de 16/03/06	1
130420	AM	Tefé	Portaria nº 2.136 de 31/08/07	1
160060	AP	Santana	Portaria nº 1.841 de 09/08/06	1
290320	BA	Barreiras	Portaria nº 549 de 13/04/05	1
290390	BA	Bom Jesus da Lapa	Portaria nº 758 de 18/05/05	1
290600	BA	Campo Formoso	Portaria nº 570 de 26/03/08	1
291170	BA	Guanambi	Portaria nº 624 de 27/04/05	1
291360	BA	Ilhéus	Portaria nº 549 de 13/04/05	1
291390	BA	Ipiaú	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
291400	BA	Ipirá	Portaria nº 216 de 02/02/06	1
291460	BA	Irecê	Portaria nº 1.001 de 29/06/05	1
291470	BA	Itaberaba	Portaria nº 548 de 16/03/06	1
291560	BA	Itamaraju	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
291760	BA	Jaguaquara	Portaria nº 379 de 16/02/07	1
291840	BA	Juazeiro	Portaria nº 2.651 de 16/12/04	1
292300	BA	Nova Viçosa	Portaria nº 548 de 16/03/06	1
292400	BA	Paulo Afonso	Portaria nº 758 de 18/05/05	1
292740	BA	Salvador	Portaria nº 1.279 de 04/08/05	2
292740	BA	Salvador	Portaria nº 2.652 de 16/12/04	1
293010	BA	Senhor do Bonfim	Portaria nº 465 de 30/03/05	1
293290	BA	Valença	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
293330	BA	Vitória da Conquista	Portaria nº 2.653 de 16/12/04	1
293360	BA	Xique-Xique	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
230030	CE	Acopiara	Portaria nº 548 de 16/03/06	1
230100	CE	Aquiraz	Portaria nº 2.136 de 31/08/07	1
230110	CE	Aracati	Portaria nº 2.136 de 31/08/07	1
230190	CE	Barbalha	Portaria nº 216 de 02/02/06	1
230240	CE	Boa Viagem	Portaria nº 1.907 de 20/08/09	1
230250	CE	Brejo Santo	Portaria nº 1.841 de 09/08/06	1
230280	CE	Canindé	Portaria nº 1.146 de 07/07/05	2
230370	CE	Caucaia	Portaria nº 758 de 18/05/05	1
230420	CE	Crato	Portaria nº 758 de 18/05/05	1
230550	CE	Iguatu	Portaria nº 624 de 27/04/05	1
230640	CE	Itapipoca	Portaria nº 1.146 de 07/07/05	1
230730	CE	Juazeiro do Norte	Portaria nº 624 de 27/04/05	1
230760	CE	Limoeiro do Norte	Portaria nº 216 de 02/02/06	1
230765	CE	Maracanaú	Portaria nº 624 de 27/04/05	1
230770	CE	Maranguape	Portaria nº 758 de 18/05/05	1
230850	CE	Mombaça	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
231130	CE	Quixadá	Portaria nº 690 de 06/05/05	1
231140	CE	Quixeramobim	Portaria nº 216 de 02/02/06	1
231330	CE	Tauá	Portaria nº 548 de 16/03/06	1
320020	ES	Alegre	Portaria nº 1.146 de 07/07/05	1
320130	ES	Cariacica	Portaria nº 336 de 04/03/05	1
320390	ES	Nova Venécia	Portaria nº 2.093 de 27/10/05	1
320490	ES	São Mateus	Portaria nº 155 de 19/01/06	1
520140	GO	Aparecida de Goiânia	Portaria nº 2.751 de 25/10/07	1
520870	GO	Goiânia	Portaria nº 2.040 de 12/09/14	1
521250	GO	Luziânia	Portaria nº 2.136 de 31/08/07	1
521760	GO	Planaltina	Portaria nº 1.082 de 28/05/09	1
210005	MA	Açailândia	Portaria nº 1.761 de 29/09/05	1
210120	MA	Bacabal	Portaria nº 624 de 27/04/05	1
210140	MA	Balsas	Portaria nº 2.093 de 27/10/05	1
210232	MA	Buriticupu	Portaria nº 758 de 18/05/05	1
210320	MA	Chapadinha	Portaria nº 2.136 de 31/08/07	1
210330	MA	Codó	Portaria nº 1.001 de 29/06/05	1
210340	MA	Coelho Neto	Portaria nº 1.082 de 28/05/09	1
210350	MA	Colinas	Portaria nº 2.093 de 27/10/05	1

210360	MA	Coroatá	Portaria nº 1.761 de 29/09/05	1
210370	MA	Cururupu	Portaria nº 548 de 16/03/06	1
210480	MA	Grajaú	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
210530	MA	Imperatriz	Portaria nº 1.761 de 29/09/05	1
210540	MA	Itapecuru Mirim	Portaria nº 548 de 16/03/06	1
210570	MA	Lago da Pedra	Portaria nº 1.082 de 28/05/09	1
210750	MA	Paço do Lumiar	Portaria nº 758 de 18/05/05	1
210860	MA	Pinheiro	Portaria nº 624 de 27/04/05	1
210910	MA	Presidente Dutra	Portaria nº 2.751 de 25/10/07	1
210990	MA	Santa Inês	Portaria nº 1.761 de 29/09/05	1
211000	MA	Santa Luzia	Portaria nº 1.276 de 04/08/05	1
211050	MA	São Bento	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
211120	MA	São José do Ribamar	Portaria nº 2.093 de 27/10/05	1
211130	MA	São Luís	Portaria nº 1.001 de 29/06/05	2
211270	MA	Vargem Grande	Portaria nº 1.257 d 17/06/09	1
211400	MA	Zé Doca	Portaria nº 2.751 de 25/10/07	1
310090	MG	Águas Formosas	Portaria nº 2.093 de 27/10/05	1
310710	MG	Boa Esperança	Portaria nº 548 de 16/03/06	1
310730	MG	Bocaíuva	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
311800	MG	Congonhas	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
311840	MG	Conselheiro Pena	Portaria nº 1.841 de 09/08/06	1
311940	MG	Coronel Fabriciano	Portaria nº 155 de 19/01/06	1
313420	MG	Ituiutaba	Portaria nº 2.136 de 31/08/07	1
313670	MG	Juiz de Fora	Portaria nº 624 de 27/04/05	1
313820	MG	Lavras	Portaria nº 2.136 de 31/08/07	1
313840	MG	Leopoldina	Portaria nº 1.841 de 09/08/06	1
314000	MG	Mariana	Portaria nº 155 de 19/01/06	1
314330	MG	Montes Claros	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
314560	MG	Oliveira	Portaria nº 1.841 de 09/08/06	1
314700	MG	Paracatu	Portaria nº 2.093 de 27/10/05	1
314810	MG	Patrocínio	Portaria nº 624 de 27/04/05	1
316110	MG	São Francisco	Portaria nº 1.841 de 09/08/06	1
316720	MG	Sete Lagoas	Portaria nº 2.093 de 27/10/05	1
316930	MG	Três Corações	Portaria nº 216 de 02/02/06	1
500330	MS	Coxim	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
500630	MS	Paranaíba	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
500660	MS	Ponta Porã	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
510250	MT	Cáceres	Portaria nº 1.841 de 09/08/06	1
510840	MT	Várzea Grande	Portaria nº 1.415 de 10/07/08	1
150010	PA	Abaetetuba	Portaria nº 1.276 de 04/08/05	1
150060	PA	Altamira	Portaria nº 1.276 de 04/08/05	1
150080	PA	Ananindeua	Portaria nº 548 de 16/03/06	4
150080	PA	Ananindeua	Portaria nº 934 de 15/06/05	1
150140	PA	Belém	Portaria nº 1.841 de 09/08/06	4
150140	PA	Belém	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	4
150170	PA	Bragança	Portaria nº 3.066 de 11/12/09	1
150170	PA	Bragança	Portaria nº 1.001 de 29/06/05	1
150180	PA	Breves	Portaria nº 1.403 de 18/08/05	1
150210	PA	Cametá	Portaria nº 1.276 de 04/08/05	1
150230	PA	Capitão Poço	Portaria nº 548 de 16/03/06	1
150240	PA	Castanhal	Portaria nº 1.001 de 29/06/05	1
150270	PA	Conceição do Araguaia	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
150290	PA	Curuçá	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
150293	PA	Dom Eliseu	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
150330	PA	Igarapé-Miri	Portaria nº 2.136 de 31/08/07	1
150360	PA	Itaituba	Portaria nº 1.276 de 04/08/05	1
150370	PA	Itupiranga	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
150380	PA	Jacundá	Portaria nº 548 de 16/03/06	1
150420	PA	Marabá	Portaria nº 1.276 de 04/08/05	1
150442	PA	Marituba	Portaria nº 624 de 27/04/05	1
150470	PA	Moju	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
150480	PA	Monte Alegre	Portaria nº 2.093 de 27/10/05	1
150530	PA	Oriximiná	Portaria nº 2.093 de 27/10/05	1
150550	PA	Paragominas	Portaria nº 624 de 27/04/05	1
150553	PA	Paraupebas	Portaria nº 1.276 de 04/08/05	1
150580	PA	Portel	Portaria nº 1.841 de 09/08/06	1
150613	PA	Redenção	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
150620	PA	Salinópolis	Portaria nº 548 de 16/03/06	1
150650	PA	Santa Izabel do Pará	Portaria nº 1.841 de 09/08/06	1
150670	PA	Santana do Araguaia	Portaria nº 1.415 de 10/07/08	1
150680	PA	Santarém	Portaria nº 624 de 27/04/05	1
150760	PA	São Miguel do Guamá	Portaria nº 2.751 de 25/10/07	1
150800	PA	Tomé Açú	Portaria nº 2.093 de 27/10/05	1
150810	PA	Tucuruí	Portaria nº 934 de 15/06/05	1
150815	PA	Uruará	Portaria nº 216 de 02/02/06	1
150830	PA	Viseu	Portaria nº 216 de 02/02/06	1
150840	PA	Xinguara	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
250370	PB	Cajazeiras	Portaria nº 1.761 de 29/09/05	1
250400	PB	Campina Grande	Portaria nº 549 de 13/04/05	3
250750	PB	João Pessoa	Portaria nº 549 de 13/04/05	6
250890	PB	Mamanguape	Portaria nº 548 de 16/03/06	1
250970	PB	Monteiro	Portaria nº 548 de 16/03/06	1
251120	PB	Pedras de Fogo	Portaria nº 548 de 16/03/06	1
251130	PB	Piancó	Portaria nº 2.093 de 27/10/05	1
251370	PB	Santa Rita	Portaria nº 549 de 13/04/05	1
251620	PB	Souza	Portaria nº 465 de 30/03/05	1
260110	PE	Araripina	Portaria nº 874 de 07/05/08	1
260345	PE	Camaragibe	Portaria nº 1.001 de 29/06/05	1
260410	PE	Caruaru	Portaria nº 1.276 de 04/08/05	1
260620	PE	Goiana	Portaria nº 2.136 de 31/08/07	1
260640	PE	Gravatá	Portaria nº 1.276 de 04/08/05	1
261110	PE	Petrolina	Portaria nº 1.403 de 18/08/05	1
261110	PE	Petrolina	Portaria nº 2.651 de 16/12/04	1
220190	PI	Bom Jesus	Portaria nº 550 de 13/04/05	1
220770	PI	Parnaíba	Portaria nº 1.257 d 17/06/09	1
220800	PI	Picos	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
410140	PR	Apucarana	Portaria nº 465 de 30/03/05	1
410180	PR	Araucária	Portaria nº 624 de 27/04/05	1
410430	PR	Campo Mourão	Portaria nº 1.001 de 29/06/05	1
410640	PR	Cornélio Procópio	Portaria nº 934 de 15/06/05	1
411820	PR	Paranaguá	Portaria nº 934 de 15/06/05	1
411990	PR	Ponta Grossa	Portaria nº 1.761 de 29/09/05	1
330020	RJ	Araruama	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
330030	RJ	Barra do Piraí	Portaria nº 548 de 16/03/06	1
330030	RJ	Barra do Piraí	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
330045	RJ	Belford Roxo	Portaria nº 934 de 15/06/05	1
330070	RJ	Cabo Frio	Portaria nº 758 de 18/05/05	2
330080	RJ	Cachoeiras de Macacu	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1

330227	RJ	Japeri	Portaria nº 1.761 de 29/09/05	1
330250	RJ	Magé	Portaria nº 465 de 30/03/05	1
330380	RJ	Parati	Portaria nº 1.841 de 09/08/06	1
330420	RJ	Resende	Portaria nº 758 de 18/05/05	1
330470	RJ	Santo Antônio de Pádua	Portaria nº 1.841 de 09/08/06	1
330490	RJ	São Gonçalo	Portaria nº 155 de 19/01/06	1
330555	RJ	Seropédica	Portaria nº 690 de 06/05/05	1
330580	RJ	Teresópolis	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
330620	RJ	Vassouras	Portaria nº 3.066 de 11/12/09	1
110020	RO	Porto Velho	Portaria nº 336 de 04/03/05	1
430160	RS	Bagé	Portaria nº 549 de 13/04/05	1
430700	RS	Erechim	Portaria nº 1.907 de 20/08/09	1
430920	RS	Gravataí	Portaria nº 2.651 de 16/12/04	1
431240	RS	Montenegro	Portaria nº 216 de 02/02/06	1
431410	RS	Passo Fundo	Portaria nº 155 de 19/01/06	1
431740	RS	Santiago	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
431820	RS	São Francisco de Paula	Portaria nº 1.146 de 07/07/05	1
431870	RS	São Leopoldo	Portaria nº 1.415 de 10/07/08	1
432150	RS	Torres	Portaria nº 216 de 02/02/06	1
432240	RS	Uruguaiana	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
420200	SC	Balneário Camboriú	Portaria nº 155 de 19/01/06	1
420380	SC	Canoinhas	Portaria nº 1.047 de 15/05/06	1
420460	SC	Criciúma	Portaria nº 2.651 de 16/12/04	1
280030	SE	Aracaju	Portaria nº 624 de 27/04/05	1
280290	SE	Itabaiana	Portaria nº 690 de 06/05/05	1
280350	SE	Lagarto	Portaria nº 1.276 de 04/08/05	1
280480	SE	Nossa Senhora do Socorro	Portaria nº 934 de 15/06/05	1
280670	SE	São Cristóvão	Portaria nº 1.001 de 29/06/05	1
350250	SP	Aparecida	Portaria nº 2.675 de 22/12/04	1
350280	SP	Araçatuba	Portaria nº 1.761 de 29/09/05	1
350320	SP	Araraquara	Portaria nº 2.651 de 16/12/04	1
350400	SP	Assis	Portaria nº 934 de 15/06/05	1
350450	SP	Avaré	Portaria nº 1.761 de 29/09/05	1
350550	SP	Barretos	Portaria nº 2.136 de 31/08/07	1
351630	SP	Francisco Morato	Portaria nº 1.403 de 18/08/05	1
351640	SP	Franco da Rocha	Portaria nº 549 de 13/04/05	1
351907	SP	Hortolândia	Portaria nº 465 de 30/03/05	1
352250	SP	Itapevi II	Portaria nº 570 de 26/03/08	1
352310	SP	Itaquaquecetuba	Portaria nº 758 de 18/05/05	2
352390	SP	Itu	Portaria nº 624 de 27/04/05	1
352500	SP	Jandira	Portaria nº 465 de 30/03/05	1
353800	SP	Pindamonhangaba	Portaria nº 2.136 de 31/08/07	1
354330	SP	Ribeirão Pires	Portaria nº 465 de 30/03/05	1
354340	SP	Ribeirão Preto	Portaria nº 1.403 de 18/08/05	1
354780	SP	Santo André	Portaria nº 465 de 30/03/05	1
354780	SP	Santo André	Portaria nº 2.751 de 25/10/07	1
354850	SP	Santos	Portaria nº 548 de 16/03/06	2
354870	SP	São Bernardo do Campo	Portaria nº 1.082 de 28/05/09	4
354980	SP	São José do Rio Preto	Portaria nº 2.651 de 16/12/04	1
355030	SP	São Paulo	Portaria nº 2.654 de 16/12/04	5
355250	SP	Suzano	Portaria nº 1.276 de 04/08/05	1
355250	SP	Suzano	Portaria nº 2.751 de 25/10/07	1
355280	SP	Taboão da Serra	Portaria nº 2.093 de 27/10/05	1
355410	SP	Taubaté	Portaria nº 2.136 de 31/08/07	1
355540	SP	Ubatuba	Portaria nº 2.136 de 31/08/07	1
170950	TO	Gurupi	Portaria nº 934 de 15/06/05	1
171610	TO	Paraíso do Tocantins	Portaria nº 548 de 16/03/06	1
172100	TO	Palmas	Portaria nº 690 de 06/05/05	1

Anexo LIV

LISTA DOS ESTADOS DESABILITADOS DA MANUTENÇÃO DAS UNIDADES DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL. (Origem: PRT MS/GM 1630/2017, Anexo 2)

Estado	Portaria de Habilitação	Unidades Desabilitadas
Bahia	Portaria nº 379 de 16/02/07	25
Bahia	Portaria nº 1.416 de 10/07/08	2
Piauí	Portaria nº 550 de 13/04/05	2
Piauí	Portaria nº 464 de 30/03/05	4
Piauí	Portaria nº 2.650 de 16/12/04	1
Rio de Janeiro	Portaria nº 2.546 de 11/10/07	1
Rio Grande do Norte	Portaria nº 337 de 04/03/05	10
Sergipe	Portaria nº 875 de 06/05/08	4

Anexo LV

ITENS NECESSÁRIOS AOS PROJETOS PARA AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Anexo 1)

ITENS DO PROJETO

Carta de Encaminhamento, contendo:

A.Caracterização da Proposta:

A.1. Dados Cadastrais;

A.2. Dados Institucionais / Empresariais;

A.3. Dados do Projeto;

A.3.1. Descrição do Projeto;

A.3.2. Impactos Previstos pelo Projeto;

A.3.3. Resumo da Equipe Executora;

A.3.4. Resumo do Orçamento;

B. Detalhamento da Proposta:

B.1. Cronograma Físico;

B.2. Equipe Executora; B.3. Orçamento;

B.3.0. Plano de Aplicação;

B.3.1. Relação de Itens Solicitados;

B.3.2. Cronograma de Desembolso dos Recursos Solicitados;

B.3.3. Relação dos Itens da Contrapartida e dos Outros Aportes Financeiros;

B.3.4. Cronograma de Desembolso da Contrapartida e dos Outros Aportes Financeiros;

B.3.5. Detalhamento da Contrapartida e dos Outros Aportes Não Financeiros;

C. Declaração de transferência plena da tecnologia aplicada ao Projeto em favor da União, por meio do Ministério da Saúde;

D. Informações Complementares:

D.1. Requisitos Específicos;

D.2. Bolsas;

D.2.1. Justificativa Bolsas;

D.2.2. Relação das Bolsas Solicitadas; e

D.3. Anexos.

Anexo LVI

Distribuição dos recursos para financiamento do componente básico da assistência farmacêutica no sistema prisional, por unidade federativa, no ano de 2014. (Origem: PRT MS/GM 2765/2014, Anexo 1)

DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS PARA FINANCIAMENTO DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA PRISIONAL, POR UNIDADE FEDERATIVA, NO ANO DE 2014

UF	Número de Municípios com unidades prisionais*	Número de unidades prisionais	População prisional	Valor do repasse
AC	5	12	3.820	R$ 67.728,60
AL	2	8	4.333	R$ 76.824,09
AM	60	70	7.270	R$ 128.897,10
AP	1	1	1.808	R$ 32.055,84
BA	94	141	15.088	R$ 267.510,24
CE	153	165	18.304	R$ 324.529,92
DF	1	8	11.453	R$ 203.061,69
ES	22	43	14.716	R$ 260.914,68
GO	136	157	12.578	R$ 223.007,94
MA	94	138	5.263	R$ 93.312,99
MG	248	303	51.900	R$ 920.187,00
MS	54	100	12.216	R$ 216.589,68
MT	56	78	11.248	R$ 199.427,04
PA	111	136	12.574	R$ 222.937,02
PB	69	86	8.756	R$ 155.243,88
PE	73	79	27.193	R$ 482.131,89
PI	115	176	3.302	R$ 58.544,46
PR	154	255	35.480	R$ 629.060,40
RJ	7	52	33.561	R$ 595.036,53
RN	67	159	6.611	R$ 117.213,03
RO	22	43	8.051	R$ 142.744,23
RR	11	17	1.783	R$ 31.612,59
RS	76	97	30.068	R$ 533.105,64
SC	48	57	16.945	R$ 300.434,85
SE	23	41	3.756	R$ 66.593,88
SP	158	251	190.818	R$ 3.383.203,14
TO	37	48	2.490	R$ 44.147,70

Fontes: Base populacional - Sistema de Informações Penitenciárias (InfoPen) e Número de unidades prisionais - Sistema Geopresídio do Conselho Nacional de Justiça.

Anexo LVII

LISTA DE INSTRUMENTOS E MATERIAIS RECOMENDADOS PARA EQUIPES DE SAÚ-DE BUCAL (Origem: PRT MS/GM 2372/2009, Anexo 1)

1) Alavancas inox adulto e infantil
2) Alavancas Seldim adulto
3) Alveolótomos
4) Aplicador para cimento de hidróxido de cálcio
5) Arcos de Yang e Ostby
6) Bandeja de aço
7) Brunidor
8) Cabo para bisturi
9) Cabo para espelho
10) Caixas metálicas inoxidáveis com tampa
11) Calcador de Paiva
12) Calcador Ward (vários números)
13) Cânula para aspiração endodôntica
14) Colgadura
15) Compasso Willis
16) Condensadores Clev-Dent
17) Condensadores Eames
18) Condensadores Hollemback 3s
19) Curetas periodontais
20) Esculpidor Lecron
21) Espátula nº. 01
22) Espátula nº. 31
23) Espátula nº. 36
24) Espátula de cera nº. 7
25) Espátula de cimento nº. 24
26) Espátula metálica para gesso
27) Espátula plástica para alginato
28) Espelho de mão e de parede
29) Espelho bucal
30) Extirpa-nervos
31) Faca para gesso
32) Fórceps infantis e adultos (vários números)
33) Frasco para biópsia
34) Freza de tungstênio tipo pêra MaxiCut
35) Gengivótomos de Kirkland e Orban
36) Gral de borracha
37) Grampos para isolamento absoluto
38) Jogo de moldeiras para desdentados
39) Jogo de moldeiras totais perfuradas
40) Lamparina a álcool
41) Limas endodônticas
42) Limas ósseas
43) Limpador de brocas
44) Macro-escova
45) Macro-modelo
46) Moldeiras hemiarcadas perfuradas (direita e esquerda)
47) Moldeiras parciais perfuradas
48) Óculos de proteção
49) Pedra de afiar curetas periodontais
50) Perfurador de lençol de borracha
51) Pinça Porta-Grampo
52) Pinça anatômica (serrilhada) - 14 cm
53) Pinça Muller
54) Pinça clínica
55) Pinças Halstead (mosquito) curvas e retas
56) Placa de vidro
57) Pote Dappen
58) Porta-agulha
59) Porta-amálgama
60) Porta-matriz
61) Punch (4,5 mm ou 6 mm)
62) Régua de Fox
63) Régua milimetrada para endodontia
64) Removedor de brocas
65) Seringa luer-lok para irrigação
66) Seringa carpule
67) Sindesmótomo
68) Sonda exploradora
69) Sonda milimetrada
70) Sugador cirúrgico
71) Tesoura Metzembaum - 14 cm reta
72) Tesoura cirúrgica reta e curva, íris e standart

Anexo LVIII

MEMÓRIA DE CÁLCULO DOS NOVOS INVESTIMENTOS E CUSTEIOS DA REDE CEGONHA (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Anexo 2)

MEMÓRIA DE CÁLCULO DOS NOVOS INVESTIMENTOS E CUSTEIOS DA REDE CEGONHA

(A) Ampliação Centros de Parto Normal (somente para estabelecimento hospitalar público): até R$ 250.000,00 para CPN com 3 quartos PPP e até R$ 540.000,00 para CPN com 5 quartos PPP;

(B) Reforma Centros de Parto Normal: até R$ 189.000,00 para CPN 3 quartos PPP e até R$ 270.000,00 para CPN 5 quartos PPP;

(C) Aquisição de equipamentos e materiais para Centros de Parto Normal: até R$ 100.000,00 para CPN 3 quartos PPP e até R$ 165.000,00 para CPN 5 quartos PPP;

(D) Construção Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R$ 335.808,00;

(E) Reforma Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R$ 130.000,00;

(F) Aquisição de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R$ 44.000,00

(G) Custeio mensal do Centro de Parto Normal conforme padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde: R$ 60.000,00 para CPN peri-hospitalar com 3 quartos PPP; R$ 100.000,00, para CPN peri-hospitalar com 5 quartos PPP; R$ 50.000,00, para CPN intrahospitalar Tipo I com 3 quartos PPP; R$ 80.000,00 para CPN intrahospitalar Tipo I com 5 quartos PPP; R$ 40.000,00 para CPN intrahospitalar Tipo II com 3 quartos PPP; R$ 70.000,00 para CPNi Tipo II com 5 quartos PPP.

(H) Custeio das Casas de Gestante, Bebê e Puérpera conforme padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde (20 leitos para cada casa): R$ 60.000,00/mês;

(I) Reforma/ampliação e/ou aquisição de equipamentos e materiais para adequação da ambiência dos serviços que realizam partos, orientados pelos parâmetros estabelecidos na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 3 de junho de 2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): até R$ 300.000,00 por serviço, sendo R$ 200.00,00 para reforma ou ampliação, e R$ 100.000,00 para equipamentos, após aprovação do projeto pelo grupo condutor da Rede Cegonha;

(J) Ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto: R$ 100.000,00/leito para aquisição de equipamentos e R$ 20.000,00/leito para reforma.

(K) CUSTEIO DE NOVOS LEITOS DE UTI NEONATAL

I - valor do incentivo anual para o gestor = Número de novos leitos de UTI Neonatal X 365 dias X R$800,00 X 0,90

II - valor do incentivo anual para o prestador = Número de novos leitos de UTI Neonatal X 365 dias X (R$800,00 - valor do tipo de diária de UTI Neonatal credenciada tipo II ou tipo III da tabela SUS) X 0,90

Onde: R$800,00 corresponde a 80% do valor de referência da diária, e 0,90 corresponde a 90% de taxa de ocupação Para isto, os novos leitos deverão preencher as condições previstas em portarias específicas, pleitear o credenciamento como UTI, e faturar as diárias no SIH - SUS.

(L) CUSTEIO DE LEITOS DE UTI NEONATAL JÁ EXISTENTES

I - valor do incentivo anual para o gestor e para o prestador = Número de leitos de UTI Neonatal já existentes X 365 dias X (R$800,00 - valor do tipo de diária de UTI Neonatal credenciada tipo II ou tipo III da tabela SUS) X 0,90 Onde: R$800,00 corresponde a 80% do valor de referência da diária, e 0,90 corresponde a 90% de taxa de ocupação Considera-se aqui que as diárias destes leitos serão faturadas e pagas no SIH - SUS, e que o valor da diária da Tabela SUS já está incorporado no teto financeiro do gestor contratante do leito.

(M) CUSTEIO DE LEITOS DE CUIDADO INTERMEDIÁ-RIO NEONATAL/UCI

I - Valor do incentivo anual para o gestor = Número de leitos novos de UTI X 365 dias X R$280,00 X 0,90

II - Valor do incentivo anual para o prestador = Número de leitos de UCI X 365 dias X (R$280,00 - R$137,00) X 0,90 Onde: R$280,00 corresponde a 80% do valor de referência da diária, e 0,90 corresponde a 90% de taxa de ocupação Para isto, os leitos deverão preencher as condições previstas em portarias específicas, pleitear o credenciamento como UCI, e faturar as diárias no SIH - SUS. Os leitos já existentes terão a mesma lógica de composição dos tetos, considerando que a tipologia de leito foi criada pelo Ministério da Saúde, sem alocação de recursos para o seu custeio.

(N) CUSTEIO DE NOVOS LEITOS DE UTI ADULTO

I - valor do incentivo anual para o gestor = Número de leitos novos X 365 dias X R$800,00 X 0,90 II - valor do incentivo anual para o prestador = Número de leitos novos de UTI X 365 dias X (R$800,00 - valor da diária de UTI tipo II ou tipo III da tabela SUS) X 0,90 Onde: R$800,00 corresponde a 80% do valor de referência da diária e 0,90 corresponde a 90% de taxa de ocupação Para isto, os novos leitos deverão preencher as condições previstas em portarias específicas, pleitear o credenciamento como UTI, e faturar as diárias no SIH - SUS.

(O) CUSTEIO DE LEITOS DE UTI ADULTO JÁ EXISTENTES

I - valor do incentivo anual para o gestor e para o prestador = Número de leitos de UTI Adulto já existentes X 365 dias X (R$800,00 - valor do tipo de diária de UTI Adulto credenciada tipo II ou tipo III da tabela SUS) X 0,90

Onde: R$800,00 corresponde a 80% do valor de referência da diária, e 0,90 corresponde a 90% de taxa de ocupação.

Considera-se aqui que as diárias destes leitos serão faturadas e pagas no SIH - SUS, e que o valor da diária da Tabela SUS já está incorporado no teto financeiro do gestor contratante do leito.

(P) CUSTEIO DE LEITOS CANGURU

I - valor do incentivo para gestores e prestadores = Nº de leitos x R$80,00 x 365 dias x 0,90 Onde: R$80,00 corresponde a 100% do valor de referencia da diária, e 0,90 corresponde a 90% de taxa de ocupação Deverá ser criada a tipologia de leito e procedimento correspondente em portaria específica, para o registro da diária no SIH - SUS.

(Q) CUSTEIO DE NOVOS LEITOS PARA GESTANTES DE ALTO RISCO/LEITOS GAR

I.I - valor do incentivo anual para o gestor = Número de leitos novos X 365 dias X R$480,00 X 0,85

I.II - Incentivo anual para o prestador = Número de leitos novos X 365 dias X R$220,00 X 0,85 Onde: 0,85 corresponde a 85% de taxa de ocupação R$480,00 corresponde a 80% do valor de referência da diária, R$220,00 = R$480,00 - R$260,00 (R$260,00 foi o valor médio da diária de leitos das maternidades classificadas como Referência Secundária para Gestantes de Alto Risco e Referência Terciária para Gestantes de Alto Risco no país em 2010), e considerando que além do incentivo, a internação será faturada e paga via SIHSUS.

(R) CUSTEIO DOS LEITOS GAR JÁ EXISTENTES

I.II - Incentivo anual para o gestor e para o prestador = Número de novos leitos GAR X 365 dias X R$220,00 X 0,85 Onde: 0,85 corresponde a 85% de taxa de ocupação R$220,00 = R$480,00 - R$260,00 (R$260,00 foi o valor médio da diária de leitos das maternidades classificadas como Referência Secundária para Gestantes de Alto Risco e Referência Terciária para Gestantes de Alto Risco no país em 2010).

Considera-se aqui que as AIH destes leitos já estão sendo faturadas e pagas e que o valor da Tabela SUS já está incorporado no teto financeiro do gestor contratante do leito."

Anexo LIX

FÓRMULA PARA A CONSTRUÇÃO DO ÍNDICE DE CÁLCULO DOS VALORES DE REPASSE DO INCENTIVO E DEMONSTRAÇÃO DA APLICAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 3087/2010, Anexo 1)

FÓRMULA PARA A CONSTRUÇÃO DO ÍNDICE DE CÁLCULO DOS VALORES DE REPASSE DO INCENTIVO E DEMONSTRAÇÃO DA APLICAÇÃO

Índice de cálculo por UF = ? (Nº- amostras a serem analisadas pela UF x fator de ponderação da complexidade analítica do parâmetro monitorado) / 100

FATOR DE PONDERAÇÃO DA COMPLEXIDADE DA ATIVIDADE ANALÍTICA

TIPO DE PROCEDIMENTO	FATOR DE PONDERAÇÃO
Análise de triagem de estreptomicina e cloranfenicol	2
Análise direta de medicamentos veterinários	5
Análise de Confirmação de todas as amostras positivas nos testes de triagem	200
Acompanhamento Técnico do PAMVET e aquisição de kits	1500
Coordenação de ensaios de proficiência e análises	1500

DEMONSTRAÇÃO DA APLICAÇÃO DO ÍNDICE PARA O CÁLCULO DOS VALORES DE INCENTIVO Valor do Repasse por UF = (Valor Total do Repasse / Índice Total) x Índice de Cálculo da UF

Anexo LX

VALORES DE INCENTIVO AOS LABORATORIOS CENTRAIS DE SAÚDE PÚBLICA PARA AÇÕES DE MONITORAMENTO DE MEDICAMENTOS VETERINÁRIOS EM ALIMENTOS DE ORIGEM ANIMAL EM 2010 (Origem: PRT MS/GM 3087/2010, Anexo 2)

VALORES DE INCENTIVO AOS LABORATORIOS CENTRAIS DE SAÚDE PÚBLICA PARA AÇÕES DE MONITORAMENTO DE MEDICAMENTOS VETERINÁRIOS EM ALIMENTOS DE ORIGEM ANIMAL EM 2010

Estados	Índice para Cálculo do Incentivo por Lacen /UF	Valor total de Repasse 665.280,00 (R$)
DISTRITO FEDERAL	15	44.550,00
GOIÁS	39,5	117.315,00

MINAS GERAIS	100	297.000,00
RIO GRANDE DO SUL	15	44.550,00
SÃO PAULO	39,5	117.315,00

Anexo LXI

VALOR DE INCENTIVO AO INSTITUTO NACIONAL DE CONTROLE DE QUALIDADE EM SAÚDE - INCQS PARA AÇÕES DE MONITORAMENTO DE MEDICAMENTOS VETERINÁRIOS EM ALIMENTOS DE ORIGEM ANIMAL EM 2010 (Origem: PRT MS/GM 3087/2010, Anexo 3)

VALOR DE INCENTIVO AO INSTITUTO NACIONAL DE CONTROLE DE QUALIDADE EM SAÚDE - INCQS PARA AÇÕES DE MONITORAMENTO DE MEDICAMENTOS VETERINÁRIOS EM ALIMENTOS DE ORIGEM ANIMAL EM 2010

Estados	Índice para Cálculo do Incentivo para o INCQS	Valor total de Repasse 665.280,00 (R$)
INCQS	15	44.550,00

Anexo LXII

VALORES DOS PROCEDIMENTOS RELATIVOS REALIZADOS NO ÂMBITO DOS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES DE REFERÊNCIA EM ATENÇÃO À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO MODALIDADE TIPOS 1 E 2. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Anexo 1)

VALORES DOS PROCEDIMENTOS RELATIVOS REALIZADOS NO ÂMBITO DOS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES DE REFERÊNCIA EM ATENÇÃO À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO MODALIDADE TIPOS 1 E 2.

1.VALORES DOS PROCEDIMENTOS RELATIVOS REALIZADOS NO ÂMBITO DOS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES DE REFERÊNCIA EM ATENÇÃO À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO MODALIDADE TIPO 1.

COD_PROC	DSC_PROC	TOTAL AMBULATORIAL	VALOR SH	VALOR SP	TOTAL HOSPITALAR
0310010047	PARTO NORMAL EM GESTACAO DE ALTO RISCO	0,00	374,41	242,78	617,19
0411010026	PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO	0,00	660,79	230,15	890,94
0303100044	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	0,00	85,25	23,99	109,24
0303100010	TRATAMENTO DE COMPLICACOES RELACIONADAS PREDOMINANTEMENTE AO PUERPERIO	0,00	131,89	22,41	154,30

2.VALORES DOS PROCEDIMENTOS RELATIVOS REALIZADOS NO ÂMBITO DOS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES DE REFERÊNCIA EM ATENÇÃO À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO MODALIDADE TIPO 2.

COD_PROC	DSC_PROC	TOTAL AMBULATORIAL	VALOR SH	VALOR SP	TOTAL HOSPITALAR
0310010047	PARTO NORMAL EM GESTACAO DE ALTO RISCO	0,00	486,73	315,61	802,34
0411010026	PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO	0,00	859,02	299,19	1.158,21
0303100044	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	0,00	110,82	31,18	142,00
0303100010	TRATAMENTO DE COMPLICACOES RELACIONADAS PREDOMINANTEMENTE AO PUERPERIO	0,00	171,45	29,13	200,58

Anexo LXIII

MEMÓRIA DE CÁLCULO DOS INVESTIMENTOS E CUSTEIO DA REDE DE URGÊNCIA (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Anexo 1)

MEMÓRIA DE CÁLCULO DOS INVESTIMENTOS E CUSTEIO DA REDE DE URGÊNCIA

ENFERMARIAS CLÍNICAS DE RETAGUARDA

I - PARA LEITOS NOVOS

I.I - Valor do incentivo anual para o gestor = Número de leitos novos X 365 dias X R$300,00 X 0,85 (85%de taxa de ocupação).

I.II - Incentivo anual para o prestador = Número de leitos novos X 365 dias X R$200,00 X 0,85 (85%de taxa de ocupação).

Onde R$200,00 = R$300,00 - R$100,00 (R$100,00 foi o valor médio da diária de leitos clínicos de adultos no país em 2010), e considerando que além do incentivo, a internação será faturada e paga via SIH-SUS.

II - PARA LEITOS JÁ EXISTENTES

II.I - Valor do incentivo anual para o gestor e para o prestador = Número de leitos já existentes que estão sendo qualificados X 365 dias X R$200,00 X 0,85% (85% de taxa de ocupação).

Onde R$200,00 = R$300,00 - R$100,00 (R$100,00 foi o valor médio da diária de leitos clínicos de adultos no país em 2010), e considerando que a internação nestes leitos já é faturada e paga, e que o valor de R$100,00 já está incorporado no teto financeiro do gestor contratante do leito.

ENFERMARIAS DE RETAGUARDA DE LONGA PERMANÊNCIA

I - Valor do incentivo anual para o gestor e para o prestador = Número de leitos de Longa Permanência X 292 dias X R$200,00 X 0,85% (Taxa de ocupação de 85%).

Onde 292 dias significam 80% da utilização do leito com a diária de R$200,00.

Somado a:

Número de leitos de Longa Permanência X 73 dias X R$100,00 X 0,85% (Taxa de ocupação de 85%)

Onde 73 dias significam 20% da utilização do leito com a diária de R$100,00.

LEITOS DE TERAPIA INTENSIVA

I - PARA LEITOS NOVOS

I.I - Valor do incentivo anual para o gestor = Número de leitos novos X 365 dias X R$800,00 X 0,90 (90%de taxa de ocupação).

I.II - Valor do incentivo anual para o prestador = Número de leitos novos de UTI X 365 dias X (R$800,00 - valor da diária de UTI tipo II ou tipo III da tabela SUS) X 0,90 (90 % de taxa de ocupação).

Para isto, os novos leitos deverão preencher as condições previstas em portarias específicas, pleitearem o credenciamento como UTI, e faturar as diárias no SIH- SUS.

II - PARA LEITOS JÁ EXISTENTES

II.I - Valor do incentivo anual para o gestor e para o prestador = Número de leitos de UTI já existentes que estão sendo qualificados X 365 dias X (R$800,00 - valor da diária de UTI tipo II ou tipo III da tabela SUS) X 0,90 (90 % de taxa de ocupação).

Considera-se aqui que as diárias destes leitos já estão sendo faturadas e pagas e que o valor da diária da Tabela SUS já está incorporado no teto financeiro do gestor contratante do leito.

Anexo LXIV

PROCEDIMENTOS DA LINHA DE CUIDADO AO TRAUMA (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Anexo 5)

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS DA LINHA DE CUIDADO AO TRAUMA
0303040084	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU LEVE)
0303040092	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU MEDIO)
0303040106	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAVE
0308010019	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPECIFICADA ***
0308010027	TRATAMENTO DE EFEITOS DE ASFIXIA / OUTROS RISCOS A RESPIRAÇÃO
0308010035	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS C/ LESÃO DE ORGÃO INTRA-TORÁCICO E INTRA-ABDOMINAL
0308010043	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS ENVOLVENDO MÚLTIPLAS REGIÕES DO CORPO
0308020022	TRATAMENTO DE EFEITOS DO CONTATO C/ ANIMAIS E PLANTAS VENENOSOS
0308020030	TRATAMENTO DE INTOXICAÇÃO OU ENVENENAMENTO POR EXPOSIÇÃO À MEDICA
0308030010	TRATAMENTO DE EFEITOS DA PENETRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO EM ORIFICIO
0308030028	TRATAMENTO DE EFEITOS DE OUTRAS CAUSAS EXTERNAS
0308030036	TRATAMENTO DE QUEIMADURAS, CORROSÕES E GELADURAS
0401020029	ENXERTO DERMO-EPIDERMICO
0401020037	ENXERTO LIVRE DE PELE
0401020053	EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA PELE C/ PLASTICA EM Z OU ROTACAO DE RETALHO
0401020126	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESCALPO PARCIAL
0401020134	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESCALPO TOTAL
0403010020	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA
0403010039	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA DA FOSSA POSTERIOR
0403010063	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO
0403010268	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CRANIO COM AFUNDAMENTO
0403010276	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL
0403010284	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL
0403010306	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO
0403010314	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO
0403010349	TREPANACAO CRANIANA PARA PROPEDEUTICA NEUROCIRURGICA / IMPLANTE PARA MONITORIZACAO PIC
0404010202	LARINGORRAFIA
0404020313	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE
0404020429	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SOALHO DA ÓRBITA
0404020496	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA UNILATERAL DO CÔNDILO MANDIBULAR
0404020500	OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA
0404020518	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA
0404020526	OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR
0404020534	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO NASO-ÓRBITO-ETMOIDAL
0404020542	REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ
0404020550	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA
0404020585	REDUÇÃO DE FRATURA DA MAXILA - LE FORT I SEM OSTEOSSÍNTESE.
0404020593	REDUÇÃO DE FRATURA DA MAXILA - LE FORT II, SEM OSTEOSSÍNTESE
0404020607	REDUÇÃO DE FRATURA DA MANDÍBULA SEM OSTEOSSINTESE.
0404020666	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO OSSO ZIGOMATICO SEM OSTEOSSÍNTESE
0404020704	OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO
0404020720	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA BILATERAL DO CÔNDILO MANDIBULAR
0405010176	SUTURA DE PALPEBRAS
0405030096	SUTURA DE ESCLERA
0406010102	CARDIORRAFIA
0406010110	CARDIOTOMIA P/ RETIRADA DE CORPO ESTRANHO
0406010960	TRATAMENTO DE CONTUSAO MIOCARDICA
0406010978	TRATAMENTO DE FERIMENTO CARDIACO PERFURO-CORTANTE
0406020493	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DA REGIAO CERVICAL
0406020507	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO INFERIOR BILATERAL
0406020515	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL
0406020523	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO SUPERIOR BILATERAL
0406020531	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL
0406020540	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DO ABDOMEN
0406040273	OCLUSAO PERCUTANEA ENDOVASCULAR DE ARTERIA / VEIA
0407010092	ESOFAGORRAFIA CERVICAL
0407010106	ESOFAGORRAFIA TORACICA
0407010190	GASTRORRAFIA
0407010211	GASTROSTOMIA
0407020063	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)
0407020098	COLORRAFIA POR VIA ABDOMINAL
0407020101	COLOSTOMIA
0407020179	ENTERECTOMIA
0407020187	ENTEROANASTOMOSE (QUALQUER SEGMENTO)
0407020209	ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA C/ SUTURA / RESSECCAO (QUALQUER SEGMENTO)
0407020306	JEJUNOSTOMIA / ILEOSTOMIA
0407030123	ESPLENECTOMIA
0407030131	HEPATECTOMIA PARCIAL
0407030140	HEPATORRAFIA
0407030158	HEPATORRAFIA COMPLEXA C/ LESAO DE ESTRUTURAS VASCULARES BILIARES
0408010070	DESARTICULACAO DA ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL
0408010169	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO COLO E CAVIDADE GLENOIDE DE ESCAPULA
0408010177	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CORPO DE ESCAPULA
0408010193	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ESCAPULO-UMERAL AGUDA
0408010207	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ESTERNOCLAVICULAR
0408020016	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MAO E PUNHO
0408020024	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS SUPERIORES
0408020334	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERO
0408020385	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA SUPRA-CONDILIANA DO UMERO
0408020393	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO
0408020547	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO OU FRATURA-LUXACAO DO COTOVELO
0408030534	RESSECCAO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL/ DISTAL A C2 (MAIS DE 2 SEGMENTOS)
0408030542	RESSECCAO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DISTAIL A C2 (ATE 2 SEGMENTOS)
0408030607	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR
0408040106	DESARTICULACAO DA COXO-FEMORAL
0408040190	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO COXO-FEMORAL TRAUMATICA /POS-ARTROPLASTIA
0408040246	TRATAMENTO CIRURGICO COM AVULSAO DE TUBEROSIDADES / ESPINHAS E CRISTA ILIACA S/ LESAO DO ANEL PELVICO
0408040254	TRATAMENTO CIRURGICO DE ASSOCIACAO FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO / DISJUNCAO DO ANEL PELVICO

0408040262	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO/ DISJUNCAO DO ANEL PELVICO ANTERO/POSTERIOR
0408040270	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO COCCIX
0408040297	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO ACETABULO
0408040335	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO COXO-FEMORAL TRAUMATICA /POS-ARTROPLASTIA
0408050012	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS INFERIORES
0408050020	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE PE E TARSO
0408050080	FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES
0408050233	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA PROXIMAL DO FEMUR
0408050420	TRATAMENTO CIRURGICO DAS DESINSERCOES DAS ESPINHAS INTERCONDILARES / EPICONDILARES
0408050489	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)
0408050500	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
0408050519	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
0408050543	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL
0408050551	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
0408050586	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA / DOS CONDILOS DO FEMUR
0408050594	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA AO NIVEL DO JOELHO
0408050616	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA
0408050624	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR (METAFISE DISTAL)
0408050632	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA
0408050683	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO AO NIVEL DO JOELHO
0408050691	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA / INTER-FALANGIANA
0408050705	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO SUBTALAR E INTRA-TARSICA
0408050713	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO TARSO-METATARSICA
0408060042	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE DEDO
0408060174	OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE
0408060450	TENOMIORRAFIA
0408060638	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO INTER-FALANGEANA
0409010022	CISTECTOMIA PARCIAL
0409010030	CISTECTOMIA TOTAL
0409010065	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA
0409010081	CISTORRAFIA
0409010090	CISTOSTOMIA
0409010200	NEFRECTOMIA PARCIAL
0409010219	NEFRECTOMIA TOTAL
0409010251	NEFROPIELOSTOMIA
0409010260	NEFRORRAFIA
0409010332	PIELOSTOMIA
0409010588	URETEROSTOMIA CUTANEA
0409020150	URETRORRAFIA
0409040096	EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL
0409040169	ORQUIECTOMIA UNILATERAL
0409040185	REPARACAO E OPERACAO PLASTICA DO TESTICULO
0409050016	AMPUTACAO DE PENIS
0409050091	REIMPLANTE DE PENIS
0409070076	COLPOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA
0409070092	COLPORRAFIA NAO OBSTETRICA
0409070130	EPISIOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA
0412030080	TRATAMENTO DE COAGULO RETIDO INTRATORACICO (QUALQUER VIA)
0412040085	REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DE COSTELA
0412040166	TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA
0412040174	TORACOTOMIA EXPLORADORA
0412040204	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DO GRADIL COSTAL
0412050080	PNEUMORRAFIA
0413010015	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM MEDIO E GRANDE QUEIMADO
0413040178	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA
0413040240	TRATAMENTO CIRURGICO P/ REPARACOES DE PERDA DE SUBSTANCIA DA MAO
0415040035	DEBRIDAMENTO DE ÚLCERA TECIDOS DESVITALIZADOS
0415030013	TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Anexo LXV

REQUISITOS PARA O RECEBIMENTO DO REPASSE MENSAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA CUSTEIO DA UPA 24H (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Anexo 5)

Requisitos para o recebimento do repasse mensal do Ministério da Saúde para custeio da UPA 24h

Opções	Nº de profissionais médicos/24h para o funcionamento da Unidade	Valor do incentivo financeiro para custeio/qualificação de UPA 24h Ampliada
I	2 (1 diurno e 1 noturno)	R$ 50.000,00
II	3 (2 diurnos e 1 noturno)	R$ 75.000,00
III	4 (2 diurnos e 2 noturnos)	R$ 100.000,00
IV	5 (3 diurnos e 2 noturnos)	R$ 137.000,00
V	6 (3 diurnos e 3 noturnos)	R$ 175.000,00
VI	7 (4 diurnos e 3 noturnos)	R$ 233.000,00
VII	8 (4 diurnos e 4 noturnos)	R$ 267.000,00
VIII	9 (5 diurnos e 4 noturnos)	R$ 300.000,00

Anexo LXVI

PRODUÇÃO MÍNIMA PARA A UPA 24H, REGISTRADA NO SIA/SUS (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Anexo 6)

Produção mínima para a UPA 24h, registrada no SIA/SUS

Opções	Nº de profissionais médicos/24h para o funcionamento da Unidade	Opções Nº de profissionais médicos/24h para o funcionamento da Unidade Nº de atendimentos médicos /mês (03.01.06.010-0 03.01.06.009-6 03.01.06.002-9)	Nº de atendimentos classificação de risco / mês (03.01.06.011-8)
I	2	2250	2250
II	3	3375	3375
III	4	4500	4500
IV	5	5625	5625
V	6	6750	6750
VI	7	7875	7875
VII	8	9000	9000
VIII	9	10125	10125

Anexo LXVII

DEFINIÇÃO DOS PERCENTUAIS DE REPASSE DE INVESTIMENTO APLICÁVEIS ÀS UPA 24H (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Anexo 3)

DEFINIÇÃO DOS PERCENTUAIS DE REPASSE DE INVESTIMENTO APLICÁVEIS ÀS UPA 24h

PARCELAS	UPA 24H HABILITADAS PELAS PORTARIAS Nº 1020/2009/GM/MS	UPA 24H HABILITADAS PELA PORTARIA 1171/2012/GM/MS e Nº 342/2013 GM/MS	UPA 24H AMPLIADAS HABILITADAS PELA PORTARIA Nº 1171/2012/GM/MS e PORTARIA Nº 342/2013/GM/MS
1º. PARCELA	10%	10%	30%
2º. PARCELA	65%	80%	70%
3º. PARCELA	25%	10%	-

Anexo LXVIII

REQUISITOS PARA O RECEBIMENTO DO REPASSE MENSAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA CUSTEIO DA UPA 24H (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Anexo 4)

Requisitos para o recebimento do repasse mensal do Ministério da Saúde para custeio da UPA 24h

Opções	Nº de profissionais médicos/24h para o funcionamento da Unidade	Valor do incentivo financeiro para custeio de UPA 24h Nova	Valor do incentivo financeiro para qualificação de UPA 24h Nova
I	2 (1 diurno e 1 noturno)	R$ 50.000,00	R$ 35.000,00
II	3 (2 diurnos e 1 noturno)	R$ 75.000,00	R$ 52.500,00
III	4 (2 diurnos e 2 noturnos)	R$ 100.000,00	R$ 70.000,00
IV	5 (3 diurnos e 2 noturnos)	R$ 137.000,00	R$ 98.000,00
V	6 (3 diurnos e 3 noturnos)	R$ 175.000,00	R$ 125.000,00
VI	7 (4 diurnos e 3 noturnos)	R$ 183.500,00	R$ 183.500,00
VII	8 (4 diurnos e 4 noturnos)	R$ 216.500,00	R$ 216.500,00
VIII	9 (5 diurnos e 4 noturnos)	R$ 250.000,00	R$ 250.000,00

Anexo LXIX

ETAPA I - PROPOSTA DE ADESÃO AO PLANO NACIONAL DE IMPLANTAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES DE PROCURA DE ÓRGÃOS E TECIDOS - OPO (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Anexo 1)

Apresentação

O Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos - OPO faz parte de um conjunto de medidas e estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde com vistas ao fortalecimento e aprimoramento do Sistema Nacional de Transplantes - SNT, a melhoria do processo de doação/transplante, ao aumento do número de notificações de morte encefálica e efetivação de doadores e, consequentemente, do número de captações de órgãos e de transplantes realizados.

Este Plano apresenta ações estratégicas para a qualificação da gestão, do processo de descentralização e de atenção à saúde e traz em sua concepção o critério de adesão voluntária e compromissos compulsórios mediante essa adesão.

Este documento é um instrumento por meio do qual o gestor do SUS participante cumpre uma fase inicial do Plano chamada de etapa de adesão.

OFÍCIO DO GESTOR

IDENTIFICAÇÃO DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

Endereço - Telefone

Ofício Nº

Local, (dia) / (mês) / (ano).

Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Especializada

Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes

Senhor (a) Coordenador (a),

Apresento a seguir a "Proposta de Adesão ao Plano Nacional de Implantação das Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos - OPO" do Estado_____.

Encaminho anexas:

a) Informações Gerais do Estado:

- população;
- órgãos/tecidos captados no último ano;
- transplantes realizados;
- número de equipes e instituições habilitadas para a realização de transplantes;
- quantitativo e distribuição geográfica das OPO a serem implantadas;

b) Informações Específicas - para cada OPO:

- nome da OPO e Município sede;
- gestor responsável (Estado ou Município) pela implantação e funcionamento da OPO e que será habilitado ao recebimento do Incentivo de Implantação e do Incentivo de Custeio;
- quantitativo populacional coberto pela OPO;
- hospitais em que se dará a captação sob a cobertura da OPO;
- hospitais e equipes transplantadoras da área de abrangência da OPO;
- metas qualitativas e quantitativas estabelecidas para a OPO nos dois primeiros anos; e

c) ata de aprovação da proposta pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

Atenciosamente,

(GESTOR ESTADUAL / SUS)

Anexo LXX

ETAPA II - IMPLANTAÇÃO DA OPO E INÍCIO DE FUNCIONAMENTO OFÍCIO DO GESTOR IDENTIFICAÇÃO DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 2601/2009, Anexo 2)

OFÍCIO DO GESTOR

IDENTIFICAÇÃO DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

Endereço - Telefone

Ofício Nº

Local, (dia) / (mês) / (ano).

Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Especializada

Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes

Senhor (a) Coordenador (a),

Atesto, para fins de habilitação de funcionamento junto ao Ministério da Saúde e habilitação ao recebimento do Incentivo Financeiro de Custeio, que a OPO _____ instalada no Município_____, habilitada ao recebimento do Incentivo Financeiro para Implantação por meio da Portaria GM/MS Nº ___, de __ de _____ de _____, foi efetivamente implantada, teve sua área física devidamente adequada, equipamentos e insumos adquiridos e equipe de profissionais contratada e que a OPO está apta ao início de seu funcionamento.

Apresento anexa a relação nominal e as respectivas qualificações profissionais dos membros da equipe da OPO.

Atenciosamente,

(GESTOR ESTADUAL / SUS)

Anexo LXXI

INCENTIVO FINANCEIRO DE INVESTIMENTO PARA A PARA A ESTRUTURAÇÃO E/OU QUALIFICAÇÃO DAS CNCDO (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Anexo 1)

Incentivo Financeiro de Investimento para a para a Estruturação e/ou Qualificação das CNCDO

Parcela Única

CNCDO/UF	Portaria /SAS/MS	Parcela Única
AC	220/SAS/MS, de 23 de março de 2006	R$ 100.000,00
AL	038/SAS/MS, de 10 de fevereiro de 1999	R$ 100.000,00
AP	640/SAS/MS, de 11 de setembro de 2006	R$ 100.000,00
AM	744/SAS/MS, de 14 de outubro 2002	R$ 100.000,00
BA	538/SAS/MS, de 9 de setembro de 1999	R$ 100.000,00
CE	153/SAS/MS, de 22 de abril de 1999	R$ 200.000,00
DF	240/SAS/MS, de 15 de dezembro de 1998	R$ 200.000,00
ES	264/SAS/MS, de 21 de junho de 1999	R$ 200.000,00
GO	078/SAS/MS, de 9 de março de 1999	R$ 100.000,00
MA	425/SAS/MS, de 11 de agosto de 1999	R$ 100.000,00
MG	040/SAS/MS, de 10 de fevereiro de 1999	R$ 200.000,00
MT	203/SAS/MS, de 04 de novembro de 1998	R$ 100.000,00
MS	447/SAS/MS, de 11 de agosto de 1999	R$ 100.000,00
PA	144/SAS/MS, de 22 de abril de 1999	R$ 100.000,00
PB	265/SAS/MS, de 21 de junho de 1999	R$ 100.000,00
PE	202/SAS/MS, 4 de novembro 1998	R$ 200.000,00
PR	143/SAS/MS, 22 de abril 1999	R$ 200.000,00
PI	029/SAS/MS, de 2/de fevereiro de 2000	R$ 100.000,00
RJ	068/SAS/MS, de 9 de março 1999	R$ 200.000,00
RN	564/SAS/MS, de 13 de dezembro 2001	R$200.000,00
RS	142/SAS/MS, de 22 de abril de 1999	R$ 200.000,00
RO	452/SAS/MS, de 22 de junho 2006	R$ 100.000,00
RR	281/SAS/MS, de 20 de março de 2013	R$ 100.000,00
SC	604/SAS/MS, de 27 de outubro 1999	R$ 200.000,00
SE	446/SAS/MS, de 11 de agosto 1999	R$ 100.000,00
SP	260/SAS/MS, de 24 de dezembro 1998	R$ 200.000,00
TO	1.444/SAS/MS, 19 de dezembro 2012	R$ 100.000,00

Anexo LXXII

INCENTIVO FINANCEIRO DE CUSTEIO MENSAL (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Anexo 2)

Incentivo Financeiro de Custeio Mensal

CNCDO/UF	Portaria SAS/MS	Custeio Mensal
AC	220/SAS/MS, de 23 de março de 2006	R$ 30.000,00
AL	38/SAS/MS, de 10 de fevereiro de 1999	R$ 30.000,00
AP	640/SAS/MS, de 11 de setembro de 2006	R$ 30.000,00
AM	744/SAS/MS, de 14 outubro de 2002	R$ 30.000,00
BA	538/SAS/MS, de 9 de setembro 1999	R$ 30.000,00
CE	153/SAS/MS, de 22 de abril 1999	R$ 50.000,00
DF	240/SAS/MS, de 15 de dezembro de 1998	R$ 50.000,00
ES	264/SAS/MS, de 21 de junho de 1999	R$ 50.000,00
GO	78/SAS/MS, de 9 de março de 1999	R$ 30.000,00
MA	425/SAS/MS, de 11 de agosto de 1999	R$ 30.000,00
MG	40/SAS/MS, de 10 de fevereiro de 1999	R$ 50.000,00
MT	203/SAS/MS, de 4 de novembro de 1998	R$ 30.000,00
MS	447/SAS/MS, de 11 de agosto de 1999	R$ 30.000,00
PA	144/SAS/MS, de 22 de abril de 1999	R$ 30.000,00
PB	265/SAS/MS, de 21 de junho de 1999	R$ 30.000,00
PE	202/SAS/MS, de 4 de novembro de 1998	R$ 50.000,00
PR	143/SAS/MS, de 22 de abril de 1999	R$ 50.000,00
PI	29/SAS/MS, de 2 de fevereiro de 2000	R$ 30.000,00
RJ	68/SAS/MS, de 9 de março de 1999	R$ 50.000,00
RN	564/SAS/MS, de 13 de dezembro de 2001	R$ 50.000,00
RS	142/SAS/MS, de 22 de abril de 1999	R$ 50.000,00
RO	452/SAS/MS, de 22 de junho de 2006	R$ 30.000,00
RR	281/SAS/MS, de 20 de março de 2013	R$ 30.000,00
SC	604/SAS/MS, de 27 de outubro de 1999	R$ 50.000,00
SE	446/SAS/MS, de 11 de agosto de 1999	R$ 30.000,00
SP	260/SAS/MS, de 24 de dezembro de 1998	R$ 50.000,00
TO	1.444 /SAS/MS, de 19 de dezembro de 2012	R$ 30.000,00

Anexo LXXIII

PROPOSTA DE ADESÃO AO PLANO NACIONAL DE APOIO ÀS CENTRAIS DE NOTIFICAÇÃO CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÕES DE ÓRGÃOS ESTADUAIS (PNA-CNCDO) (Origem: PRT MS/GM 2922/2013, Anexo 3)

PROPOSTA DE ADESÃO AO PLANO NACIONAL DE APOIO ÀS CENTRAIS DE NOTIFICAÇÃO CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÕES DE ÓRGÃOS ESTADUAIS (PNA-CNCDO)

OFÍCIO DO GESTOR - IDENTIFICAÇÃO DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

Endereço - Telefone

Ofício Nº-

Local, (dia) / (mês) / (ano).

Destinatário: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes

"Senhor (a) Coordenador (a), apresento a seguir a "Proposta de Adesão ao Plano Nacional de Apoio as Centrais de Notificação Captação e Distribuições de Órgãos Estaduais- PNA-CNCDO" do Estado_____.

Encaminho anexas:

a) Informações Gerais do Estado:

- população;
- órgãos/tecidos captados no último ano;
- transplantes realizados;
- número de equipes e instituições habilitadas para a realização de transplantes;

b) Informações Específicas - para cada CNCDO:

- metas qualitativas e quantitativas estabelecidas pela CNCDO, compatível com o estágio organizativo de cada CNCDO e validadas pela CGSNT/DAHU/SAS/MS; e

c) Portaria de autorização da CNCDO.

Atenciosamente,

(GESTOR ESTADUAL / SUS)"

Anexo LXXIV

VALORES ANUAIS DESTINADOS AO INCENTIVO ÀS AÇÕES DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS PARA AS UNIDADES FEDERADAS (Origem: PRT MS/GM 3276/2013, Anexo 1)

Valores anuais destinados ao incentivo às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/Aids e Hepatites Virais para as Unidades Federadas.

Código UF	Unidade Federada	Incentivo
		(valor em R$)
12	Acre	712.036,00
27	Alagoas	2.231.971,00
16	Amapá	911.551,00
13	Amazonas	2.876.461,00
29	Bahia	10.305.778,00
23	Ceará	5.654.553,00
53	Distrito Federal	2.005.632,00
32	Espírito Santo	3.632.821,00
52	Goiás	4.958.351,00
21	Maranhão	5.103.248,00
51	Mato Grosso	3.585.044,00
50	Mato Grosso do Sul	3.286.300,00
31	Minas Gerais	16.003.421,00
15	Pará	5.481.019,00
25	Paraíba	2.969.055,00
41	Paraná	9.215.794,00
26	Pernambuco	7.372.835,00
22	Piauí	2.063.029,00
33	Rio de Janeiro	16.032.962,00
24	Rio Grande do Norte	2.535.166,00
43	Rio Grande do Sul	12.958.505,00
11	Rondônia	1.308.589,00
14	Roraima	728.459,00
42	Santa Catarina	7.517.747,00
35	São Paulo	45.498.459,00
28	Sergipe	2.118.752,00
17	Tocantins	1.370.442,00
	TOTAL	178.437.980,00

Anexo LXXV

DECLARAÇÃO DE EFETIVO FUNCIONAMENTO (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Anexo 1)

DECLARAÇÃO DE EFETIVO FUNCIONAMENTO

Declaro para os devidos fins que a (NOME DA CENTRAL), inscrita no CNPJ/MF sob o nº (CNPJ DA CENTRAL), situada na (ENDEREÇO DA CENTRAL), está funcionando regularmente desde (DATA APROXIMADA), atualmente sob a coordenação de (INDICAR NOME DO COORDENADOR), desenvolvendo atividades específicas da Rede de Frio, incluindo-se recebimento; armazenamento; distribuição; e transporte, de forma a promover a garantia da conservação dos Imunobiológicos distribuídos na Rede Nacional de Imunizações, conforme demonstrado:

QUANTIDADE (X doses de Imunobiológicos armazenados no mês Y)	DATA (mês/ano)
X doses de imunobiológicos	Jan/2013
X doses de imunobiológicos	fev/2013

OBS: Informar armazenamento realizado nos últimos 12 meses anteriores ao pleito.

Por ser verdade, firmo o presente atestado.

(LOCAL E DATA)

_____

(NOME E ASSINATURA DO GESTOR)

Anexo LXXVI

DECLARAÇÃO DE EXECUÇÃO DOS RECURSOS (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Anexo 2)

DECLARAÇÃO DE EXECUÇÃO DOS RECURSOS

Declaro para os devidos fins que o(s) recurso(s) repassado(s) pelo Fundo Nacional de Saúde, por meio da Portaria(s) nº _____(NÚMERO/DATA DE PUBLICAÇÃO) para aprimoramento da Rede de Frio, foram aplicados nos seguintes termos:

ITEM	VALOR UNITÁRIO	QUANT.	UNIDADE BENEFICIADA	SITUAÇÃO
Ar-condicionado XX BTU	R$1,00	10 unidades	Central XX	Adquirido (Anexar contrato de aquisição)
Gerador	R$1,00	10 unidades	Central XX	Processo Licitatório em andamento (Anexar espelho do Processo)
Bancada dupla altura	R$1,00	10 unidades	Central XX	Processo Licitatório fracassado (Anexar espelho do Processo)
Furgão	R$1,00	10 unidades	Central XX	Processo Licitatório não iniciado (Anexar espelho do Processo Administrativo)
Outros itens				Outros... (consultar CGPNI)

OBS.: Nos casos em que ainda não houve aplicação do recurso inserir JUSTIFICATIVA CONSISTENTE, de forma a subsidiar a análise por parte da Equipe Técnica da CGPNI.

Por ser verdade, firmo o presente atestado.

(LOCAL E DATA)

_____

(NOME E ASSINATURA DO SECRETÁRIO DE SAÚDE E/OU COORDENADOR DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÕES)

Anexo LXXVII

DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO PERIÓDICA DOS IMUNOBIOLÓGICOS (Origem: PRT MS/GM 1429/2014, Anexo 3)

DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO PERIÓDICA DOS IMUNOBIOLÓGICOS

Declaro para os devidos fins que a (NOME DA CENTRAL CONCORRENTE AO PLEITO), inscrita no CNPJ/MF sob o nº (CNPJ DA CENTRAL, quando em funcionamento), atualmente sob a coordenação de (INDICAR NOME DO COORDENADOR, quando em funcionamento), realiza/realizará (FREQUÊNCIA, expl.: mensalmente) a distribuição dos Imunobiológicos recebidos/que serão recebidos

a partir da (NOME DA CENTRAL), regularmente (INDICAR PERÍODO, expl.: primeira quinzena do mês). Faço constar que, o histórico da distribuição/planejamento do mês de maior demanda, encontra-se abaixo relacionado:

QUANTIDADE (X doses de Imunobiológicos distribuído no mês Y de maior demanda)	DATA (mês/ano)	ORIGEM	DESTINO	DISTÂNCIA (Km)
10.000 doses	Mês de maior demanda/ ano anterior à proposta	Central concorrente ao pleito	Central beneficiada com os imunobiológicos	XX Km

Por ser verdade, firmo o presente atestado.
(LOCAL E DATA)

_____

(NOME E ASSINATURA DO SECRETÁRIO DE SAÚDE E/OU COORDENADOR DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÕES)

Anexo LXXVIII

DAS REGRAS DE FORMAÇÃO DA NOMENCLATURA DAS CONTAS CORRENTES (Origem: PRT MS/GM 412/2013, Anexo 1)

DAS REGRAS DE FORMAÇÃO DA NOMENCLATURA DAS CONTAS CORRENTES

A) A nomenclatura das contas correntes seguirá o formato AAA/BBBBBBBBBBB-FNS CCCCC (25 posições), sendo:

I - Campo AAA (3 posições): identificador do CNPJ do Fundo de Saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município cadastrado para recebimento das transferências financeiras e, consequentemente, titular das contas;

II - Campo BBBBBBBBBBB (11 posições): identificador do nome do Estado, Distrito Federal ou Município;

III - Campo FNS (3 posições): identificador do órgão transferidor dos recursos financeiros; e

IV - Campo CCCCC (5 posições): identificador do bloco de financiamento.

B) Para identificação dos blocos de financiamento, serão utilizados os seguintes códigos de identificação:

I - BLATB: Bloco de Atenção Básica;

II - BLMAC: Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

III - BLVGS: Bloco de Vigilância em Saúde;

IV - BLAFB: Bloco de Assistência Farmacêutica - Componente Básico;

V - BLMEX: Bloco de Assistência Farmacêutica - Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional;

VI - BLGES: Bloco de Gestão do SUS; e

VII - BLINV: Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Anexo LXXIX

NÚMERO E VALORES DA SALA DE REGULAÇÃO MÉDICA (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Anexo 2)

População	MR	TARM	RO	N° de Estações de Trabalho	Valor (R$)
Até 350.000	01	02	01	04	16.000,00
350.001 a 700.000	02	03	01	06	22.284,00
700.001 a 1.500.000	03	05	01	09	29.128,00
1.500.001 a 2.000.000	04	06	01	11	32.510,00
2.000.001 a 2.500.000	05	07	02	14	39.354,00
2.500.001 a 3.000.000	06	08	02	16	41.765,00
3.000.001 a 3.750.000	07	10	03	20	52.722,00
3.750.001 a 4.500.000	08	13	04	25	63.268,00
4.500.001 a 5.250.000	09	15	05	29	69.381,00
5.250.001 a 6.000.000	10	17	06	33	76.785,00
6.000.001 a 7.000.000	11	20	07	38	88.302,00
7.000.001 a 8.000.000	12	23	08	43	97.557,00
8.000.001 a 9.000.000	13	25	09	47	103.670,00
9.000.001 a 10.000.000	14	28	10	52	114.216,00
Acima de 10.000.001	15	31	11	57	124.442,00

Médico Regulador (MR)
Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM)
Rádio-operador (RO)

Anexo LXXX

VALORES DA SALA DE REGULAÇÃO MÉDICA (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Anexo 3)

POPULAÇÃO	N° de Estações de Trabalho	Valor (R$)
Até 350.000	04	96.847,21
350.001 a 700.000	06	102.481,21
700.001 a 1.500.000	09	110.932,21
1.500.001 a 2.000.000	11	116.566,21
2.000.001 a 2.500.000	14	125.017,21
2.500.001 a 3.000.000	16	143.792,21
3.000.001 a 3.750.000	20	164.880,70
3.750.001 a 4.500.000	25	178.965,70
4.500.001 a 5.250.000	29	190.233,70
5.250.001 a 6.000.000	33	229.157,70
6.000.001 a 7.000.000	38	249.379,15
7.000.001 a 8.000.000	43	263.464,15
8.000.001 a 9.000.000	47	274.732,15
9.000.001 a 10.000.000	52	288.817,15
Acima de 10.000.001	57	302.902,15

Anexo LXXXI

REPASSE DO MS À SALA DE REGULAÇÃO MÉDICA (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Anexo 4)

População	MR	TARM	RO	Repasse do MS (Habilitada)	Repasse do MS (Habilitada e qualificada)
Até 350.000	1	2	1	30.000,00	50.100,00
351.000 a 700.000	2	3	1	49.000,00	81.830,00
701.000 a 1.500.000	3	5	1	64.000,00	106.880,00
1.500.001 a 2.000.000	4	6	1	79.000,00	131.930,00
2.000.001 a 2.500.000	5	7	2	94.000,00	156.980,00
2.500.001 a 3.000.000	6	8	2	109.000,00	182.030,00
3.000.001 a 3.750.000	7	10	3	124.000,00	207.080,00
3.750.001 a 4.500.000	8	13	4	139.000,00	232.130,00
4.500.001 a 5.250.000	9	15	5	154.000,00	257.180,00
5.250.001 a 6.000.000	10	17	6	169.000,00	282.230,00
6.000.001 a 7.000.000	11	20	7	184.000,00	307.280,00
7.000.001 a 8.000.000	12	23	8	199.000,00	332.330,00
8.000.001 a 9.000.000	13	25	9	214.000,00	357.380,00
9.000.001 a 10.000.000	14	28	10	229.000,00	382.430,00
10.000.001 a 11.500.000	15	31	11	244.000,00	407.480,00

Anexo LXXXII

TOTAIS DE PROFISSIONAIS (24 HORAS) E CUSTEIO MENSAL (HABILITAÇÃO E QUALIFICAÇÃO) DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS POR PORTE POPULACIONAL (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Anexo 5)

TOTAIS DE PROFISSIONAIS (24 HORAS) E CUSTEIO MENSAL (HABILITAÇÃO E QUALIFICAÇÃO) DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS POR PORTE POPULACIONAL

POPULAÇÃO	MR	TARM	RO	REPASSE DO MS (HABILITADA) R$	REPASSE DO MS (HABILITADA E QUALIFICADA) R$
Até 350.000	2	3	2	42.000,00	52.605,00
350.001 a 700.000	4	5	2	68.600,00	85.921,50
700.001 a 1.500.000	5	8	2	89.600,00	112.224,00
1.500.001 a 2.000.000	7	11	2	110.600,00	138.526,50
2.000.001 a 2.500.000	9	13	3	131.600,00	164.829,00
2.500.001 a 3.000.000	11	15	4	152.600,00	191.131,50
3.000.001 a 3.750.000	12	17	5	173.600,00	217.434,00
3.750.001 a 4.500.000	14	22	7	194.600,00	243.736,50
4.500.001 a 5.250.000	16	26	8	215.600,00	270.039,00
5.250.001 a 6.000.000	18	30	10	236.600,00	296.341,50
6.000.001 a 7.000.000	20	35	12	257.600,00	322.644,00
7.000.001 a 8.000.000	22	40	14	278.600,00	348.946,50
8.000.001 a 9.000.000	24	45	16	299.600,00	375.249,00
9.000.001 a 10.000.000	25	50	17	320.600,00	401.551,50
Acima de 10.000.001	27	56	19	341.600,00	427.854,00

Anexo LXXXIII

VALOR DO INCENTIVO FINANCEIRO DE CUSTEIO DE FONTE FEDERAL PARA AS CENTRAIS DE REGULAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 1792/2012, Anexo 1)

VALOR DO INCENTIVO FINANCEIRO DE CUSTEIO DE FONTE FEDERAL PARA AS CENTRAIS DE REGULAÇÃO

ESCOPO	CR INTERNAÇÃO HOSPITALAR						CR DE CONSULTAS E EXAMES						CR DE CONSULTAS E EXAMES E DE INT. HOSP.					
PORTE	Médico regulador plantonista 12hs/semana	Médico regulador 20 hs/semana	Coordenador 40 hs/semana	Supervisor 36hs/semana	Videofonista 36hs/semana	Secretária - 40hs/semana	Médico regulador 12hs/semana	Médico regulador 20hs/semana	Coordenador 40hs/semana	Supervisor	Videofonista 36hs/semana	Secretária - 40hs/semana	Médico regulador plantonista 12hs/semana	Médico regulador 20 hs/semana	Coordenador 40hs/semana	Supervisor 36hs/semana	Videofonista 36hs/semana	Secretária - 40hs/semana
Porte I	14	0	1	0	12	1	0	2	1	0	6	1	14	0	1	0	18	1
Valor de custeio MS	R$ 47.700,00						R$ 16.200,00						R$ 53.100,00					
Porte II	14	0	1	0	18	1	0	2	1	0	8	1	14	2	1	2	26	1
Valor de custeio MS	R$ 53.100,00						R$ 18.000,00						R$ 68.400,00					
Porte III	14	2	1	2	24	1	0	4	1	2	10	1	14	6	1	2	34	1
Valor de custeio MS	R$ 66.600,00						R$ 27.900,00						R$ 86.400,00					
Porte IV	14	4	1	2	30	1	0	6	1	2	14	1	14	10	1	4	44	2
Valor de custeio MS	R$ 78.300,00						R$ 37.800,00						R$ 110.700,00					
Porte V	21	6	1	4	36	1	0	8	1	2	20	1	21	14	1	6	56	2
Valor de custeio MS	R$ 108.450,00						R$ 49.500,00						R$ 151.650,00					

Anexo LXXXIV

Critérios para a alocação orçamentária referente à política nacional de educação permanente em saúde (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Anexo 1)

Critérios para a Alocação Orçamentária Referente à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

A distribuição e a alocação para os Estados e o Distrito Federal dos recursos federais para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde obedecerá aos critérios conforme o quadro que se segue.

O primeiro grupo de critérios trata da adesão às políticas setoriais de saúde que propõem a alteração do desenho tecno-assistencial em saúde. Quanto maior a adesão a esse grupo de políticas, maior será a necessidade de investimento na qualificação e desenvolvimento de profissionais para atuar numa lógica diferenciada. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para a Educação Permanente em Saúde equivale a 30% (trinta por cento) do total. Os dados utilizados são da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS e DAPE/SAS) para o ano anterior. Os seguintes critérios compõem este grupo:

C1: Cobertura das Equipes de Saúde da Família (10%);

C2: Cobertura das Equipes de Saúde Bucal (10%); e

C3: Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial - 1caps/100.000hab. (10%)

O segundo grupo de critérios trata da população total do Estado e do quantitativo de profissionais de saúde que prestam serviços para o Sistema Único de Saúde. Quanto maior o número de profissionais e maior a população a ser atendida, maior será a necessidade de recursos para financiar as ações de formação e desenvolvimento desses profissionais. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para a Educação Permanente em Saúde equivale a 30% (trinta por cento) do total. As bases de dados são do IBGE - população estimada para o ano anterior e pesquisa médico-sanitária de 2005, ou sua versão mais atual. Os seguintes critérios compõem este grupo:

C4: Número de profissionais de saúde que presta serviço para o SUS (20%); e

C5: População total do Estado (10%).

O terceiro e o último conjunto de critérios buscam dar conta das iniqüidades regionais. Os critérios utilizados nesse grupo são: o IDH-M e o inverso da concentração de instituições de ensino com cursos de saúde. Quanto menor o IDH-M, maiores as barreiras sociais a serem enfrentadas para o atendimento à saúde da população e para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Por outro lado, quanto menor a concentração de instituições de ensino na área da saúde, maior a dificuldade e maior o custo para a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde. Nesse sentido, maior recurso será destinado aos locais com menor disponibilidade de recursos para o enfrentamento do contexto local. O financiamento maior dessas áreas visa ainda desenvolver a capacidade pedagógica local. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para a Educação Permanente em Saúde equivale a 40% (quarenta por cento) do total. As bases de dados utilizadas foram o IDH-M 2000 - PNUD e as informações do MEC/INEe do MS/RETSUS em relação à concentração de instituições de ensino. Os seguintes critérios compõem este grupo:

C6: IDH-M 2000 (20%); e

C7: Inverso da Concentração de Instituições de Ensino (Instituições de Ensino Superior com Curso de Saúde [MEC/INEP] e Escolas Técnicas do SUS [MS/RETSUS] - (20%).

Quadro de Distribuição dos Pesos Relativos dos Critérios para a Alocação de Recursos Financeiros do Governo Federal para os Estados e o Distrito Federal para a Política de Educação Permanente em Saúde.

Impacto	Indicador Mensurável	Critério	Peso Relativo	Parcela do Teto Financeiro
Propostas de Gestão do SUS	Cobertura de Equipes de Saúde da Família	C1	10	30%
	Cobertura de Equipes de Saúde Bucal	C2	10	
	Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial	C3	10	
Público Alvo e População	Nº de Profissionais de Saúde (atuam no serviço público)	C4	20	30%
	População Total do Estado	C5	10	
Iniqüidades Regionais	IDH-M (por faixa)	C6	20	40%
	Inverso da Capacidade Docente Universitária e Técnica Instalada	C7	20	
Fórmula para cálculo do Coeficiente Estadual: CE = [10.(C1 + C2 + C3) + 20.C4 + 10.C5 + 20.(C6 + C7)]/100			100	100%

O Colegiado de Gestão Regional deve observar e incentivar a criação de mecanismos legais que assegurem a gestão dos recursos financeiros alocados para uma região de saúde e que permitam remanejamento de recursos financeiros em consonância com a necessidade do respectivo nível de gestão do SUS e com as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde.

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Ministério da Saúde

Critérios e Valores para a Distribuição do Financiamento Federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

UF	Critérios para Alocação dos Recursos																					
	Cobertura das Equipes deSaúde da Família - ESF (C1)			Cobertura das Equipes deSaúde Bucal - ESB (C2)			Cobertura dos Centros de Atenção Psico-social - CAPS (C3)			Número de Profissionais de Saúde AMS-2005/IBGE (C4)		População Total - Estimativa 2006 (C5)		IDH-M 2000 (C6) - Por Faixa		Concentração Equipamentos de Ensino(C7)			Coeficiente Estadual (CE)	Teto Recursos	
	Índice de Cobertura	Alcance da Meta	Coef.	Índice deCobertura	Alcance da Meta	Coef.	Índice de Cobertura	Alcance da Meta	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Peso	Coef.	N°	Inverso	Coef.		Em R$ 1,00	% Dist.
AC	61,9	1,03	0,041	67,4	1,12	0,048	29,13	0,58	0,024	4.157	0,003	686.652	0,004	4	0,055	5	0,200	0,093	0,042	1.456.732,13	4,16
AM	43,8	0,73	0,029	43,1	0,72	0,031	9,06	0,18	0,007	24.918	0,015	3.311.026	0,018	3	0,041	15	0,067	0,031	0,026	907.796,20	2,59
AP	55,8	0,93	0,037	39,8	0,66	0,028	32,48	0,65	0,026	4.112	0,003	615.715	0,003	3	0,041	7	0,143	0,066	0,031	1.100.604,28	3,14
PA	31,1	0,52	0,021	20,0	0,33	0,014	28,13	0,56	0,023	30.621	0,019	7.110.465	0,038	3	0,041	11	0,091	0,042	0,030	1.049.393,32	3,00
RO	38,3	0,64	0,025	36,9	0,61	0,026	48,00	0,96	0,039	9.523	0,006	1.562.417	0,008	3	0,041	12	0,083	0,039	0,027	944.592,02	2,70
RR	75,3	1,26	0,050	34,2	0,57	0,024	24,79	0,50	0,020	4.027	0,002	403.344	0,002	3	0,041	4	0,250	0,116	0,042	1.453.131,27	4,15
TO	79,4	1,32	0,052	85,4	1,42	0,061	26,27	0,53	0,021	9.865	0,006	1.332.441	0,007	3	0,041	9	0,111	0,051	0,034	1.186.217,05	3,9
N	42,5			36,0						87.223	0,054	15.022.060	0,080						0,231	8.098.466,28	23,14
AL	68,1	1,13	0,045	66,8	1,11	0,047	70,48	1,41	0,057	22.854	0,014	3.050.652	0,016	4	0,055	9	0,111	0,051	0,041	1.423.197,96	4,07
BA	50,9	0,85	0,034	52,2	0,87	0,037	48,39	0,97	0,039	91.386	0,056	13.950.146	0,075	4	0,055	35	0,029	0,013	0,043	1.516.774,69	4,33
CE	62,1	1,04	0,041	77,0	1,28	0,055	67,54	1,35	0,055	49.326	0,030	8.217.085	0,044	4	0,055	17	0,059	0,027	0,042	1.467.782,86	4,19
MA	76,6	1,28	0,051	70,0	1,17	0,050	43,66	0,87	0,035	28.959	0,018	6.184.538	0,033	4	0,055	9	0,111	0,051	0,042	1.460.090,75	4,17
PB	92,7	1,55	0,061	92,1	1,54	0,065	81,42	1,63	0,066	27.991	0,017	3.623.215	0,019	4	0,055	16	0,063	0,029	0,041	1.449.428,90	4,14
PE	62,1	1,03	0,041	57,0	0,95	0,041	34,70	0,69	0,028	68.459	0,042	8.502.603	0,046	3	0,041	24	0,042	0,019	0,036	1.261.259,25	3,60
PI	96,7	1,61	0,064	97,3	1,62	0,069	52,70	1,05	0,043	20.062	0,012	3.036.290	0,016	4	0,055	15	0,067	0,031	0,039	1.358.316,03	3,88
RN	79,4	1,32	0,052	93,2	1,55	0,066	57,49	1,15	0,047	28.817	0,018	3.043.760	0,016	3	0,041	7	0,143	0,066	0,043	1.510.872,56	4,32
SE	80,9	1,35	0,053	74,1	1,24	0,053	82,47	1,65	0,067	15.696	0,010	2.000.738	0,011	4	0,055	5	0,200	0,093	0,050	1.742.827,75	4,98
NE	67,1			68,7						353.550	0,218	51.609.027	0,276						0,377	13.190.550,74	37,69
DF	3,5	0,06	0,002	0,6	0,01	0,000	10,49	0,21	0,008	34.473	0,021	2.383.784	0,013	1	0,014	17	0,059	0,027	0,015	519.357,89	1,48
GO	55,0	0,92	0,036	52,2	0,87	0,037	27,92	0,56	0,023	41.512	0,026	5.730.753	0,031	2	0,027	34	0,029	0,014	0,026	910.008,33	2,60
MS	49,6	0,83	0,033	69,9	1,16	0,050	43,52	0,87	0,035	21.550	0,013	2.297.981	0,012	2	0,027	15	0,067	0,031	0,027	955.924,32	2,73
MT	54,2	0,90	0,036	49,8	0,83	0,035	66,50	1,33	0,054	21.122	0,013	2.856.999	0,015	2	0,027	15	0,067	0,031	0,028	990.439,74	2,83
CO	44,6			45,5						118.657	0,073	13.269.517	0,071						0,096	3.375.730,29	9,64
ES	45,1	0,75	0,030	44,1	0,73	0,031	36,08	0,72	0,029	32.200	0,020	3.464.285	0,019	2	0,027	21	0,048	0,022	0,025	866.411,56	2,48
MG	58,4	0,97	0,039	39,5	0,66	0,028	45,18	0,90	0,037	175.906	0,108	19.479.356	0,104	2	0,027	109	0,009	0,004	0,049	1.707.026,91	4,88
RJ	28,5	0,48	0,019	16,3	0,27	0,012	40,81	0,82	0,033	190.796	0,118	15.561.720	0,083	1	0,014	51	0,020	0,009	0,043	1.496.702,27	4,28
SP	22,8	0,38	0,015	12,9	0,22	0,009	39,46	0,79	0,032	415.060	0,256	41.055.734	0,220	1	0,014	181	0,006	0,003	0,082	2.871.103,37	8,20
SE	33,6			21,5						813.962	0,502	79.561.095	0,426						0,198	6.941.244,11	19,83
PR	48,0	0,80	0,032	46,6	0,78	0,033	52,95	1,06	0,043	87.513	0,054	10.387.378	0,056	2	0,027	50	0,020	0,009	0,034	1.205.900,30	3,45
RS	30,2	0,50	0,020	22,0	0,37	0,016	72,52	1,45	0,059	108.203	0,067	10.963.219	0,059	1	0,014	33	0,030	0,014	0,034	1.196.567,82	3,42
SC	63,2	1,05	0,042	46,3	0,77	0,033	62,94	1,26	0,051	52.953	0,033	5.958.266	0,032	1	0,014	28	0,036	0,017	0,028	991.540,46	2,83
S	44,2			36,6						248.669	0,153	27.308.863	0,146						0,097	3.394.008,58	9,70
BR	60,0	25,23	1,000	60,0	23,44	1,000	50,00	24,70	1,000	1.622.061	1,000	186.770.562	1,000	73	1,000	754	2	1,000	1,000	35.000.000,00	100,00

C2 e C3 = Alcance da Meta/Ó(Índice de Cobertura Estadual/Meta Nacional) Faixa IDH-M: 1: IDH-M ³ 8

C4 e C5 = População Estadual (nº)/População Total Brasil 2: 0,79 ³ IDH-M ³ 0,76

C6 = Peso/Ópeso (IDH-M) 3: 0,75 ³ IDH-M ³ 0,71

C7 = Inverso do nº de equipamentos de ensino no estado/nº total de equipamentos de ensino 4: IDH-M £ 0,7

Coeficiente Estadual = {[10*C1+10*C2+10*C3]+[20*C4+10*C5]+[20*C6+20*C7]}/100

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Ministério da Saúde

Critérios e Valores para a Distribuição do Financiamento Federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - Educação Profissional de Nível Técnico

UF	Critérios para Alocação dos Recursos																					
	Cobertura das Equipes deSaúde da Família - ESF (C1)			Cobertura das Equipes deSaúde Bucal - ESB (C2)			Cobertura dos Centros de Atenção Psi-co-social - CAPS (C3)			Número de Profissionais de Saúde AMS-2005/IB-GE (C4)		População Total - Estimativa 2006 (C5)		IDH-M 2000 (C6) - Por Faixa		Concentração Equipamen-tos de Ensino (C7)			Coeficiente Es-tadual (CE)	Teto Recursos	
	Índice de Cobertura	Alcance da Me-ta	Coef.	Índice de Cobertu-ra	Alcance da Me-ta	Coef.	Índice de Cobertu-ra	Alcance da Me-ta	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Peso	Coef.	Nº	Inverso	Coef.		Em R$ 1,00	% Dist.
AC	61,9	1,03	0,041	67,4	1,12	0,048	29,13	0,58	0,024	4.157	0,003	686.652	0,004	4	0,055	5	0,200	0,093	0,042	2.081.045,90	4,16
AM	43,8	0,73	0,029	43,1	0,72	0,031	9,06	0,18	0,007	24.918	0,015	3.311.026	0,018	3	0,041	15	0,067	0,031	0,026	1.296.851,71	2,59
AP	55,8	0,93	0,037	39,8	0,66	0,028	32,48	0,65	0,026	4.112	0,003	615.715	0,003	3	0,041	7	0,143	0,066	0,031	1.572.291,82	3,14
PA	31,1	0,52	0,021	20,0	0,33	0,014	28,13	0,56	0,023	30.621	0,019	7.110.465	0,038	3	0,041	11	0,091	0,042	0,030	1.499.133,32	3,00
RO	38,3	0,64	0,025	36,9	0,61	0,026	48,00	0,96	0,039	9.523	0,006	1.562.417	0,008	3	0,041	12	0,083	0,039	0,027	1.349.417,18	2,70
RR	75,3	1,26	0,050	34,2	0,57	0,024	24,79	0,50	0,020	4.027	0,002	403.344	0,002	3	0,041	4	0,250	0,116	0,042	2.075.901,82	4,15
TO	79,4	1,32	0,052	85,4	1,42	0,061	26,27	0,53	0,021	9.865	0,006	1.332.441	0,007	3	0,041	9	0,111	0,051	0,034	1.694.595,79	3,39
N	42,5			36,0						87.223	0,054	15.022.060	0,080						0,231	11.569.237,54	23,14
AL	68,1	1,13	0,045	66,8	1,11	0,047	70,48	1,41	0,057	22.854	0,014	3.050.652	0,016	4	0,055	9	0,111	0,051	0,041	2.033.139,94	4,07
BA	50,9	0,85	0,034	52,2	0,87	0,037	48,39	0,97	0,039	91.386	0,056	13.950.146	0,075	4	0,055	35	0,029	0,013	0,043	2.166.820,98	4,33
CE	62,1	1,04	0,041	77,0	1,28	0,055	67,54	1,35	0,055	49.326	0,030	8.217.085	0,044	4	0,055	17	0,059	0,027	0,042	2.096.832,65	4,19
MA	76,6	1,28	0,051	70,0	1,17	0,050	43,66	0,87	0,035	28.959	0,018	6.184.538	0,033	4	0,055	9	0,111	0,051	0,042	2.085.843,93	4,17
PB	92,7	1,55	0,061	92,1	1,54	0,065	81,42	1,63	0,066	27.991	0,017	3.623.215	0,019	4	0,055	16	0,063	0,029	0,041	2.070.612,72	4,14
PE	62,1	1,03	0,041	57,0	0,95	0,041	34,70	0,69	0,028	68.459	0,042	8.502.603	0,046	3	0,041	24	0,042	0,019	0,036	1.801.798,92	3,60
PI	96,7	1,61	0,064	97,3	1,62	0,069	52,70	1,05	0,043	20.062	0,012	3.036.290	0,016	4	0,055	15	0,067	0,031	0,039	1.940.451,47	3,88
RN	79,4	1,32	0,052	93,2	1,55	0,066	57,49	1,15	0,047	28.817	0,018	3.043.760	0,016	3	0,041	7	0,143	0,066	0,043	2.158.389,38	4,32
SE	80,9	1,35	0,053	74,1	1,24	0,053	82,47	1,65	0,067	15.696	0,010	2.000.738	0,011	4	0,055	5	0,200	0,093	0,050	2.489.753,92	4,98
NE	67,1			68,7						353.550	0,218	51.609.027	0,276						0,377	18.843.643,92	37,69
DF	3,5	0,06	0,002	0,6	0,01	0,000	10,49	0,21	0,008	34.473	0,021	2.383.784	0,013	1	0,014	17	0,059	0,027	0,015	741.939,85	1,48
GO	55,0	0,92	0,036	52,2	0,87	0,037	27,92	0,56	0,023	41.512	0,026	5.730.753	0,031	2	0,027	34	0,029	0,014	0,026	1.300.011,90	2,60
MS	49,6	0,83	0,033	69,9	1,16	0,050	43,52	0,87	0,035	21.550	0,013	2.297.981	0,012	2	0,027	15	0,067	0,031	0,027	1.365.606,18	2,73
MT	54,2	0,90	0,036	49,8	0,83	0,035	66,50	1,33	0,054	21.122	0,013	2.856.999	0,015	2	0,027	15	0,067	0,031	0,028	1.414.913,91	2,83
CO	44,6			45,5						118.657	0,073	13.269.517	0,071						0,096	4.822.471,84	9,64
ES	45,1	0,75	0,030	44,1	0,73	0,031	36,08	0,72	0,029	32.200	0,020	3.464.285	0,019	2	0,027	21	0,048	0,022	0,025	1.237.730,79	2,48
MG	58,4	0,97	0,039	39,5	0,66	0,028	45,18	0,90	0,037	175.906	0,108	19.479.356	0,104	2	0,027	109	0,009	0,004	0,049	2.438.609,88	4,88
RJ	28,5	0,48	0,019	16,3	0,27	0,012	40,81	0,82	0,033	190.796	0,118	15.561.720	0,083	1	0,014	51	0,020	0,009	0,043	2.138.146,10	4,28
SP	22,8	0,38	0,015	12,9	0,22	0,009	39,46	0,79	0,032	415.060	0,256	41.055.734	0,220	1	0,014	181	0,006	0,003	0,082	4.101.576,24	8,20
SE	33,6			21,5						813.962	0,502	79.561.095	0,426						0,198	9.916.063,01	19,83
PR	48,0	0,80	0,032	46,6	0,78	0,033	52,95	1,06	0,043	87.513	0,054	10.387.378	0,056	2	0,027	50	0,020	0,009	0,034	1.722.714,71	3,45
RS	30,2	0,50	0,020	22,0	0,37	0,016	72,52	1,45	0,059	108.203	0,067	10.963.219	0,059	1	0,014	33	0,030	0,014	0,034	1.709.382,61	3,42
SC	63,2	1,05	0,042	46,3	0,77	0,033	62,94	1,26	0,051	52.953	0,033	5.958.266	0,032	1	0,014	28	0,036	0,017	0,028	1.416.486,37	2,83
S	44,2			36,6						248.669	0,153	27.308.863	0,146						0,097	4.848.583,69	9,70
BR	60,0	25,23	1,000	60,0	23,44	1,000	50,00	24,70	1,000	1.622.061	1,000	186.770.562	1,000	73	1,000	754	2	1,000	1,000	50.000.000,00	100,00

ZZ.C2 e C3 = Alcance da Meta/Ó(Índice de Cobertura Estadual/Meta Nacional) Faixa IDH-M: 1: IDH-M ³ 8
C4 e C5 = População Estadual (nº)/População Total Brasil 2: 0,79 ³ IDH-M ³ 0,76
C6 = Peso/Ópeso (IDH-M) 3: 0,75 ³ IDH-M ³ 0,71
C7 = Inverso do nº de equipamentos de ensino no estado/nº total de equipamentos de ensino 4: IDH-M £ 0,7
Coeficiente Estadual = {[10*C1+10*C2+10*C3]+[20*C4+10*C5]+[20*C6+20*C7]}/100

Anexo LXXXV

Diretrizes operacionais para a constituição e funcionamento das comissões de integração ensino-serviço (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Anexo 2)

Diretrizes Operacionais para a Constituição e Funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço

O Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou estas orientações e diretrizes para assegurar Educação Permanente dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde.

1. Do conceito de Educação Permanente em Saúde e sua relação com o trabalho e com as práticas de formação e desenvolvimento profissional.

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, seja no âmbito nacional, seja no estadual, seja no regional e seja mesmo no municipal, deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde e articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

A proposta é de ruptura com a lógica da compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais orientados pela oferta desses serviços; e ressalta as demandas por mudanças e melhoria institucional baseadas na análise dos processos de trabalho, em seus problemas e desafios.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatórios de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

As Comissões de Integração Ensino-Serviço devem funcionar como instâncias interinstitucionais e regionais para a co-gestão dessa política, orientadas pelo plano de ação regional para a área da educação na saúde, com a elaboração de projetos de mudança na formação (educação técnica, graduação, pós-graduação) e no desenvolvimento dos trabalhadores para a (e na) reorganização dos serviços de saúde.

2. Relação do Colegiado de Gestão Regional com as Comissões de Integração Ensino-Serviço para o SUS

O Colegiado de Gestão Regional deverá coordenar a estruturação/reestruturação das Comissões de Integração Ensino-Serviço. O Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde (PAREPS) servirá de norteador para as atividades das Comissões de Integração Ensino-Serviço na construção e implementação de ações e intervenções na área de educação na saúde em resposta às necessidades do serviço.

As Comissões de Integração Ensino-Serviço apoiarão os gestores do Colegiado de Gestão Regional na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, contribuindo para o desenvolvimento da educação em serviço como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde. Nessa perspectiva, essas comissões assumirão o papel de indutor de mudanças, promoverão o trabalho articulado entre as várias esferas de gestão e as instituições formadoras, a fim de superar a tradição de se organizar um menu de capacitações/treinamentos pontuais.

O Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde será elaborado coletivamente pelo Colegiado de Gestão Regional com apoio das Comissões de Integração Ensino-Serviço a partir de um processo de planejamento das ações de educação na saúde.

O Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, elaborado de acordo com o Plano Regional de Saúde e coerente com a Portaria GM/MS nº. 3.332, de 28 de dezembro de 2006, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, deverá conter:

-caracterização da região de saúde - definição dos municípios constituintes, dos fluxos e equipamentos de atenção à saúde na região; os principais indicadores e metas estratégicas de investimento e implementação de serviços de saúde;

-identificação do(s) problema(s) de saúde - identificar os principais problemas enfrentados pela gestão e pelos serviços daquela região, assim como seus descritores;

-caracterização da necessidade de formação em saúde - identificar a necessidade de determinadas categorias profissionais e de desenvolvimento dos profissionais dos serviços a partir do perfil epidemiológico da população e dos processos de organização do cuidado em saúde de uma dada região;

-atores envolvidos - identificar os atores envolvidos no processo a partir da discussão política, da elaboração até a execução da proposta apresentada;

-relação entre os problemas e as necessidades de educação permanente em saúde - identificar as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; definir e justificar a prioridade de um problema ou um conjunto de problemas, em relação aos demais, na busca de soluções originais e criativas, guardando as especificidades regionais; descrever ações a curto, médio e longo prazos, para o enfrentamento das necessidades identificadas; formular propostas indicando metodologias de execução e correlacioná-las entre si;

-produtos e resultados esperados - estabelecer metas e indicadores de processos e resultados para o acompanhamento e avaliação a curto, médio e longo prazos;

-processo de avaliação do plano - identificar a metodologia da avaliação a ser utilizada, bem como os atores, os recursos e um cronograma para a sua execução; e

-recursos envolvidos para a execução do plano - analisar a viabilidade do plano a partir dos recursos disponíveis. Considerar os recursos financeiros alocados pelas três esferas de governo e os recursos materiais, de infra-estrutura, de tempo, entre outros.

O Colegiado de Gestão Regional encaminhará o Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde (PAREPS) às Comissões de Integração Ensino-Serviço, que trabalharão na construção de projetos e estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores a serem apresentadas ao Colegiado de Gestão Regional.

O Colegiado de Gestão Regional, então, deverá validar e acompanhar a execução dos projetos apresentados pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço. Essa validação deverá considerar:

-a coerência entre as ações e estratégias propostas e o PAREPS;

-o consenso em relação à análise de contexto da região e dos problemas dos processos de trabalho e dos serviços de saúde daquela região;

-um dimensionamento adequado entre objetivos e metas e as ações propostas;

-a pactuação do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde no colegiado, devidamente vinculado a um Plano Regional de Saúde contemplando a solução dos diversos problemas de saúde e a melhoria do sistema de saúde regional;

-os princípios do SUS; e

-a legislação vigente.

Em caso de não aprovação pelo Colegiado, os projetos e estratégias de intervenção deverão ser devolvidos às Comissões de Integração Ensino-Serviço para adequação.

A constituição de cada Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço deverá se dar num movimento inclusivo de todas as representações institucionais acima elencadas, articulado e coordenado pelo Colegiado de Gestão Regional, observando as diretrizes operacionais aqui descritas e o Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde.

O Colegiado de Gestão Regional poderá pactuar e definir pela integração de outras instituições à Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço.

As instituições deverão garantir aos seus representantes a participação efetiva e comprometida com a produção coletiva, com a gestão colegiada e democrática da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço e com a construção de arranjos interinstitucionais para a execução das ações propostas. O que se pretende é desenvolver e aumentar a capacidade pedagógica regional para a intervenção na área da saúde, através da disseminação e utilização do conceito de Educação Permanente em Saúde como orientador das práticas de educação na saúde, visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

A Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço deverá ter condução e coordenação colegiada, deverá reunir-se regularmente e trabalhar para a execução e acompanhamento do PA-REPS.

A Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço deverá acompanhar, monitorar e avaliar os projetos implementados e fornecer informações aos gestores do Colegiado de Gestão Regional para que estes possam orientar suas decisões em relação ao PA-REPS.

A Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço para o SUS deverá apresentar os projetos elaborados a partir do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, para que os projetos sejam avaliados e aprovados no CGR.

A Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço para o SUS deverá constituir um projeto de atividades, designando a sua necessidade de alocação orçamentária e sua relação com o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde.

Os projetos apresentados pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço devem conter:

-nome de ação educativa;

-justificativa da ação. Análise de contexto da situação atual e dos problemas enfrentados pelos serviços e a proposição de estratégias para o enfrentamento dessa situação;

-objetivo da ação;

-público-alvo (identificação das instituições, das áreas de atenção e da vinculação ao SUS dos atores envolvidos);

-metodologia utilizada;

-duração e cronograma de execução;

-plano de metas/indicadores

-resultados esperados;

-titulação a ser conferida (se for o caso);

-planilha de custos e cronograma de execução financeira;

-dados da instituição executora (as CIBs deverão listar dados mínimos);

-dados da instituição beneficiária (as CIBs deverão listar dados mínimos); e

-responsável pela coordenação do projeto com os respectivos contatos.

Anexo LXXXVI

Diretrizes e orientação para a formação dos trabalhadores de nível técnico no âmbito do SUS (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Anexo 3)

Diretrizes e Orientação para a Formação dos Trabalhadores de Nível Técnico no Âmbito do SUS

A formação dos trabalhadores de nível técnico é um componente decisivo para a efetivação da política nacional de saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor da saúde às demandas da população, tendo em vista o papel dos trabalhadores de nível técnico no desenvolvimento das ações e serviços de saúde.

As ações para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores de nível técnico da área da saúde devem ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre as três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços de saúde e o controle social.

As instituições executoras dos processos de formação dos profissionais de nível técnico no âmbito do SUS deverão ser preferencialmente as Escolas Técnicas do SUS/Centros Formadores, Escolas de Saúde Pública (vinculadas à gestão estadual ou municipal) e Escolas de Formação Técnica Públicas. Outras instituições formadoras poderão ser contempladas, desde que legalmente reconhecidas e habilitadas para a formação de nível técnico. A execução da formação técnica também poderá ser desenvolvida por equipes do Estado/Município em parceria com as Escolas Técnicas. Em todos esses casos as Escolas Técnicas do SUS deverão acompanhar e avaliar a execução da formação pelas instituições executoras.

Os projetos de formação profissional de nível técnico deverão atender a todas as condições estipuladas nesta Portaria e ao plano de curso (elaborado com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico na área de Saúde) e devem contemplar:

-justificativa;

-objetivo;

-requisito de acesso;

-perfil profissional de conclusão;

-organização curricular ou matriz curricular para a formação, informando a carga horária total do curso, a discriminação da distribuição da carga horária entre os módulos, as unidades temáticas e/ou disciplinas e identificação das modalidades (dispersão ou concentração);

-metodologia pedagógica para formação em serviço e estratégias para acompanhamento das turmas descentralizadas;

-avaliação da aprendizagem: critérios, detalhamento metodológico e instrumentos;

Critérios de aproveitamento de conhecimentos e experiências anteriores, com descrição do processo;

-instalações e equipamentos (descrição dos recursos físicos, materiais e equipamentos necessários à execução do curso, tanto para os momentos de trabalho teórico-prático/concentração quanto para os momentos de prática supervisionada/dispersão);

-pessoal docente e técnico, com descrição da qualificação profissional necessária e forma de seleção;

-aprovação do curso no Conselho Estadual de Educação;

-certificação: informação de que será expedido pela escola responsável Atestado de Conclusão do curso;

-relação nominal e caracterização da equipe técnica responsável pela coordenação do projeto, constituída, no mínimo, por um coordenador-geral e um coordenador pedagógico.

Os projetos ainda deverão abranger um Plano de Execução do Curso, um Plano de Formação e uma Planilha de Custos. O Plano de Execução explicita a forma de organização e operacionalização das atividades educativas previstas, apresentando as seguintes informações:

-Municípios abrangidos pelo Projeto;

-número de trabalhadores contemplados pelo Projeto, por Município;

-número total de turmas previstas e número de alunos por turma (informar os critérios utilizados para a definição dos números e distribuição de vagas);

-relação nominal dos trabalhadores abrangidos pelo Projeto, organizada em turmas, por Município após a matrícula;

-localização das atividades educativas, por turma, nos momentos de concentração e dispersão (informar critérios utilizados);

-definição e descrição detalhada do material didático pedagógico que será fornecido ao aluno trabalhador;

-planejamento das atividades de acompanhamento das turmas e cronograma de supervisão, com detalhamento das estratégias e metodologias de acompanhamento bem como da modalidade de registro; e

-prazo e cronograma de execução detalhado do curso, por turma.

O Plano de Formação Pedagógica para Docentes, por sua vez, deverá apresentar carga horária mínima de 88h, sendo o módulo inicial, de no mínimo 40h, realizado antes do início do curso e deverá apresentar:

-temas abordados;

-estratégias e metodologias utilizadas; e

-estratégias de avaliação.

Por fim, a planilha de custos deverá apresentar o valor financeiro total do Projeto, detalhando os itens das despesas necessárias à execução do curso, com memória de cálculo e proposta de cronograma de desembolso.

Anexo LXXXVII

Critérios para Alocação de Recursos (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Anexo 4)

A distribuição e a alocação para os Estados e o Distrito Federal dos recursos federais para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde obedecerá aos critérios conforme o quadro que se segue.

O primeiro grupo de critérios trata da adesão às políticas setoriais de saúde que propõem a alteração do desenho tecno-assistencial em saúde. Quanto maior a adesão a esse grupo de políticas, maior será a necessidade de investimento na qualificação e desenvolvimento de profissionais para atuar numa lógica diferenciada. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para a Educação Permanente em Saúde equivale a 30% (trinta por cento) do total. Os dados utilizados são da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS e DAPE/SAS) para o ano anterior. Os seguintes critérios compõem este grupo:

C1: Cobertura das Equipes de Saúde da Família (10%);

C2: Cobertura das Equipes de Saúde Bucal (10%); e

C3: Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial - 1caps/100.000hab. (10%)

O segundo grupo de critérios trata da população total do Estado e do quantitativo de profissionais de saúde que prestam serviços para o Sistema Único de Saúde. Quanto maior o número de profissionais e maior a população a ser atendida, maior será a necessidade de recursos para financiar as ações de formação e desenvolvimento desses profissionais. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para a Educação Permanente em Saúde equivale a 30% (trinta por cento) do total. As bases de dados são do IBGE - população estimada para o ano anterior e pesquisa médico- sanitária de 2005, ou sua versão mais atual. Os seguintes critérios compõem este grupo:

C4: Número de profissionais de saúde que presta serviço para o SUS (20%); e

C5: População total do Estado (10%).

O terceiro e o último conjunto de critérios buscam dar conta das iniqüidades regionais. Os critérios utilizados nesse grupo são: o IDH-M e o inverso da concentração de instituições de ensino com cursos de saúde. Quanto menor o IDH-M, maiores as barreiras sociais a serem enfrentadas para o atendimento à saúde da população e para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Por outro lado, quanto menor a concentração de instituições de ensino na área da saúde, maior a dificuldade e maior o custo para a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde. Nesse sentido, maior recurso será destinado aos locais com menor disponibilidade de recursos para o enfrentamento do contexto local. O financiamento maior dessas áreas visa ainda desenvolver a capacidade pedagógica local. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para a Educação Permanente em Saúde equivale a 40% (quarenta por cento) do total. As bases de dados utilizadas foram o IDH-M 2000 - PNUD e as informações do MEC/INEe do MS/RETSUS em relação à concentração de instituições de ensino. Os seguintes critérios compõem este grupo:

C6: IDH-M 2000 (20%); e

C7: Inverso da Concentração de Instituições de Ensino (Instituições de Ensino Superior com Curso de Saúde [MEC/INEP] e Escolas Técnicas do SUS [MS/RETSUS] - (20%).

Quadro de Distribuição dos Pesos Relativos dos Critérios para a Alocação de Recursos Financeiros do Governo Federal para os Estados e o Distrito Federal para a Política de Educação Permanente em Saúde.

Impacto Indicador Mensurável Critério Peso Relativo Parcela do Teto Financeiro
Propostas de Gestão do SUS Cobertura de Equipes de Saúde da Família C1 10 30%
Cobertura de Equipes de Saúde Bucal C2 10
Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial C3 10
Público Alvo e População Nº de Profissionais de Saúde (atuam no serviço público) C4 20 30%
População Total do Estado C5 10
Iniqüidades Regionais IDH-M (por faixa) C6 20 40%
Inverso da Capacidade Docente Universitária e Técnica Instalada C7 20
Fórmula para cálculo do Coeficiente Estadual: CE = [10.(C1 + C2 + C3) + 20.C4 + 10.C5 + 20.(C6 + C7)]/100 100 100%

O Colegiado de Gestão Regional deve observar e incentivar a criação de mecanismos legais que assegurem a gestão dos recursos financeiros alocados para uma região de saúde e que permitam remanejamento de recursos financeiros em consonância com a necessidade do respectivo nível de gestão do SUS e com as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde.

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Ministério da Saúde

Critérios e Valores para a Distribuição do Financiamento Federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

UF	Critérios para Alocação dos Recursos																				
	Cobertura das Equipes de Saúde da Fam ília - ESF (C1)			Cobertura das Equipes de Saúde Bucal - ESB (C2)			Cobertura dos Centros de Atenção Ps ico-s ocial - CAPS (C3)			Núm ero de Profis s ionais de Saúde AMS-2005/IBGE (C4)		População Total - Es tim ativa 2006 (C5)		IDH-M 2000 (C6) - Por Faixa		Concentração Equipamentos de Ens ino (C7)			Coeficien-teEs ta-dual(CE)	Teto Recurs os	
	Índice de Cobertu-ra	Alcanceda Meta	Coef.	Índice de Cobertu-ra	Alcanceda Meta	Coef.	Índice de Cobertu-ra	Alcanceda Meta	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Peso	Coef.	Nº	Inverso	Coef.		Em R$ 1,00	% Dis t.
AC	61,9	1,03	0,041	67,4	1,12	0,048	29,13	0,58	0,024	4.157	0,003	686.652	0,004	4	0,055	5	0,200	0,093	0,042	1.456.732,13	4,16
AM	43,8	0,73	0,029	43,1	0,72	0,031	9,06	0,18	0,007	24.918	0,015	3.311.026	0,018	3	0,041	15	0,067	0,031	0,026	907.796,20	2,59
AP	55,8	0,93	0,037	39,8	0,66	0,028	32,48	0,65	0,026	4.112	0,003	615.715	0,003	3	0,041	7	0,143	0,066	0,031	1.100.604,28	3,14
PA	31,1	0,52	0,021	20,0	0,33	0,014	28,13	0,56	0,023	30.621	0,019	7.110.465	0,038	3	0,041	11	0,091	0,042	0,030	1.049.393,32	3,00
RO	38,3	0,64	0,025	36,9	0,61	0,026	48,00	0,96	0,039	9.523	0,006	1.562.417	0,008	3	0,041	12	0,083	0,039	0,027	944.592,02	2,70
RR	75,3	1,26	0,050	34,2	0,57	0,024	24,79	0,50	0,020	4.027	0,002	403.344	0,002	3	0,041	4	0,250	0,116	0,042	1.453.131,27	4,15
TO	79,4	1,32	0,052	85,4	1,42	0,061	26,27	0,53	0,021	9.865	0,006	1.332.441	0,007	3	0,041	9	0,111	0,051	0,034	1.186.217,05	3,39
N	42,5			36,0						87.223	0,054	15.022.060	0,080						0,231	8.098.466,28	23,14
AL	68,1	1,13	0,045	66,8	1,11	0,047	70,48	1,41	0,057	22.854	0,014	3.050.652	0,016	4	0,055	9	0,111	0,051	0,041	1.423.197,96	4,07
BA	50,9	0,85	0,034	52,2	0,87	0,037	48,39	0,97	0,039	91.386	0,056	13.950.146	0,075	4	0,055	35	0,029	0,013	0,043	1.516.774,69	4,33
CE	62,1	1,04	0,041	77,0	1,28	0,055	67,54	1,35	0,055	49.326	0,030	8.217.085	0,044	4	0,055	17	0,059	0,027	0,042	1.467.782,86	4,19
MA	76,6	1,28	0,051	70,0	1,17	0,050	43,66	0,87	0,035	28.959	0,018	6.184.538	0,033	4	0,055	9	0,111	0,051	0,042	1.460.090,75	4,17
PB	92,7	1,55	0,061	92,1	1,54	0,065	81,42	1,63	0,066	27.991	0,017	3.623.215	0,019	4	0,055	16	0,063	0,029	0,041	1.449.428,90	4,14
PE	62,1	1,03	0,041	57,0	0,95	0,041	34,70	0,69	0,028	68.459	0,042	8.502.603	0,046	3	0,041	24	0,042	0,019	0,036	1.261.259,25	3,60
PI	96,7	1,61	0,064	97,3	1,62	0,069	52,70	1,05	0,043	20.062	0,012	3.036.290	0,016	4	0,055	15	0,067	0,031	0,039	1.358.316,03	3,88
RN	79,4	1,32	0,052	93,2	1,55	0,066	57,49	1,15	0,047	28.817	0,018	3.043.760	0,016	3	0,041	7	0,143	0,066	0,043	1.510.872,56	4,32
SE	80,9	1,35	0,053	74,1	1,24	0,053	82,47	1,65	0,067	15.696	0,010	2.000.738	0,011	4	0,055	5	0,200	0,093	0,050	1.742.827,75	4,98
NE	67,1			68,7						353.550	0,218	51.609.027	0,276						0,377	13.190.550,74	37,69
DF	3,5	0,06	0,002	0,6	0,01	0,000	10,49	0,21	0,008	34.473	0,021	2.383.784	0,013	1	0,014	17	0,059	0,027	0,015	519.357,89	1,48
GO	55,0	0,92	0,036	52,2	0,87	0,037	27,92	0,56	0,023	41.512	0,026	5.730.753	0,031	2	0,027	34	0,029	0,014	0,026	910.008,33	2,60
MS	49,6	0,83	0,033	69,9	1,16	0,050	43,52	0,87	0,035	21.550	0,013	2.297.981	0,012	2	0,027	15	0,067	0,031	0,027	955.924,32	2,73
MT	54,2	0,90	0,036	49,8	0,83	0,035	66,50	1,33	0,054	21.122	0,013	2.856.999	0,015	2	0,027	15	0,067	0,031	0,028	990.439,74	2,83
CO	44,6			45,5						118.657	0,073	13.269.517	0,071						0,096	3.375.730,29	9,64
ES	45,1	0,75	0,030	44,1	0,73	0,031	36,08	0,72	0,029	32.200	0,020	3.464.285	0,019	2	0,027	21	0,048	0,022	0,025	866.411,56	2,48
MG	58,4	0,97	0,039	39,5	0,66	0,028	45,18	0,90	0,037	175.906	0,108	19.479.356	0,104	2	0,027	109	0,009	0,004	0,049	1.707.026,91	4,88
RJ	28,5	0,48	0,019	16,3	0,27	0,012	40,81	0,82	0,033	190.796	0,118	15.561.720	0,083	1	0,014	51	0,020	0,009	0,043	1.496.702,27	4,28
SP	22,8	0,38	0,015	12,9	0,22	0,009	39,46	0,79	0,032	415.060	0,256	41.055.734	0,220	1	0,014	181	0,006	0,003	0,082	2.871.103,37	8,20
SE	33,6			21,5						813.962	0,502	79.561.095	0,426						0,198	6.941.244,11	19,83
PR	48,0	0,80	0,032	46,6	0,78	0,033	52,95	1,06	0,043	87.513	0,054	10.387.378	0,056	2	0,027	50	0,020	0,009	0,034	1.205.900,30	3,45
RS	30,2	0,50	0,020	22,0	0,37	0,016	72,52	1,45	0,059	108.203	0,067	10.963.219	0,059	1	0,014	33	0,030	0,014	0,034	1.196.567,82	3,42
SC	63,2	1,05	0,042	46,3	0,77	0,033	62,94	1,26	0,051	52.953	0,033	5.958.266	0,032	1	0,014	28	0,036	0,017	0,028	991.540,46	2,83
S	44,2			36,6						248.669	0,153	27.308.863	0,146						0,097	3.394.008,58	9,70
BR	60,0	25,23	1,000	60,0	23,44	1,000	50,00	24,70	1,000	1.622.061	1,000	186.770.562	1,000	73	1,000	754	2	1,000	1,000	35.000.000,00	100,00

C1, C2 e C3 = Alcance da Meta/Ó(Índice de Corbertura Estadual/Meta Nacional) Faixa IDH-M: 1: IDH-M ³ 8
C4 e C5 = População Estadual (nº)/População Total Brasil 2: 0,79 ³ IDH-M ³ 0,76
C6 = Peso/Ópeso (IDH-M) 3: 0,75 ³ IDH-M ³ 0,71
C7 = Inverso do nº de equipamentos de ensino no estado/nº total de equipamentos de ensino 4: IDH-M £ 0,7
Coeficiente Estadual = {[10*C1+10*C2+10*C3]+[20*C4+10*C5]+[20*C6+20*C7]}/100
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Ministério da Saúde
Critérios e Valores para a Distribuição do Financiamento Federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - Educação Profissional de Nível Técnico

UF	Critérios para Alocação dos Recursos																				
	Cobertura das Equipes de Saúde da Fam ília - ESF (C1)			Cobertura das Equipes de Saúde Bucal - ESB (C2)			Cobertura dos Centros de Atenção Ps ico-s ocial - CAPS (C3)			Núm ero de Profis s ionais de Saúde AMS-2005/IBGE (C4)		População Total - Es tim ativa 2006 (C5)		IDH-M 2000 (C6) - Por Fai-xa		Concentração Equipamentos de Ens ino (C7)			Coefi-ciente Es tadual (CE)	Teto Recurs os	
	Índice de Cobertu-ra	Alcance da Meta	Coef.	Índice de Cobertu-ra	Alcance da Meta	Coef.	Índice de Cobertu-ra	Alcance da Meta	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Pes o	Coef.	Nº	Invers o	Coef.		Em R$ 1,00	% Dis t.
AC	61,9	1,03	0,041	67,4	1,12	0,048	29,13	0,58	0,024	4.157	0,003	686.652	0,004	4	0,055	5	0,200	0,093	0,042	2.081.045,90	4,16
AM	43,8	0,73	0,029	43,1	0,72	0,031	9,06	0,18	0,007	24.918	0,015	3.311.026	0,018	3	0,041	15	0,067	0,031	0,026	1.296.851,71	2,59
AP	55,8	0,93	0,037	39,8	0,66	0,028	32,48	0,65	0,026	4.112	0,003	615.715	0,003	3	0,041	7	0,143	0,066	0,031	1.572.291,82	3,14
PA	31,1	0,52	0,021	20,0	0,33	0,014	28,13	0,56	0,023	30.621	0,019	7.110.465	0,038	3	0,041	11	0,091	0,042	0,030	1.499.133,32	3,00
RO	38,3	0,64	0,025	36,9	0,61	0,026	48,00	0,96	0,039	9.523	0,006	1.562.417	0,008	3	0,041	12	0,083	0,039	0,027	1.349.417,18	2,70
RR	75,3	1,26	0,050	34,2	0,57	0,024	24,79	0,50	0,020	4.027	0,002	403.344	0,002	3	0,041	4	0,250	0,116	0,042	2.075.901,82	4,15
TO	79,4	1,32	0,052	85,4	1,42	0,061	26,27	0,53	0,021	9.865	0,006	1.332.441	0,007	3	0,041	9	0,111	0,051	0,034	1.694.595,79	3,39
N	42,5			36,0						87.223	0,054	15.022.060	0,080						0,231	11.569.237,54	23,14
AL	68,1	1,13	0,045	66,8	1,11	0,047	70,48	1,41	0,057	22.854	0,014	3.050.652	0,016	4	0,055	9	0,111	0,051	0,041	2.033.139,94	4,07
BA	50,9	0,85	0,034	52,2	0,87	0,037	48,39	0,97	0,039	91.386	0,056	13.950.146	0,075	4	0,055	35	0,029	0,013	0,043	2.166.820,98	4,33
CE	62,1	1,04	0,041	77,0	1,28	0,055	67,54	1,35	0,055	49.326	0,030	8.217.085	0,044	4	0,055	17	0,059	0,027	0,042	2.096.832,65	4,19
MA	76,6	1,28	0,051	70,0	1,17	0,050	43,66	0,87	0,035	28.959	0,018	6.184.538	0,033	4	0,055	9	0,111	0,051	0,042	2.085.843,93	4,17
PB	92,7	1,55	0,061	92,1	1,54	0,065	81,42	1,63	0,066	27.991	0,017	3.623.215	0,019	4	0,055	16	0,063	0,029	0,041	2.070.612,72	4,14
PE	62,1	1,03	0,041	57,0	0,95	0,041	34,70	0,69	0,028	68.459	0,042	8.502.603	0,046	3	0,041	24	0,042	0,019	0,036	1.801.798,92	3,60
PI	96,7	1,61	0,064	97,3	1,62	0,069	52,70	1,05	0,043	20.062	0,012	3.036.290	0,016	4	0,055	15	0,067	0,031	0,039	1.940.451,47	3,88
RN	79,4	1,32	0,052	93,2	1,55	0,066	57,49	1,15	0,047	28.817	0,018	3.043.760	0,016	3	0,041	7	0,143	0,066	0,043	2.158.389,38	4,32
SE	80,9	1,35	0,053	74,1	1,24	0,053	82,47	1,65	0,067	15.696	0,010	2.000.738	0,011	4	0,055	5	0,200	0,093	0,050	2.489.753,92	4,98
NE	67,1			68,7						353.550	0,218	51.609.027	0,276						0,377	18.843.643,92	37,69
DF	3,5	0,06	0,002	0,6	0,01	0,000	10,49	0,21	0,008	34.473	0,021	2.383.784	0,013	1	0,014	17	0,059	0,027	0,015	741.939,85	1,48
GO	55,0	0,92	0,036	52,2	0,87	0,037	27,92	0,56	0,023	41.512	0,026	5.730.753	0,031	2	0,027	34	0,029	0,014	0,026	1.300.011,90	2,60
MS	49,6	0,83	0,033	69,9	1,16	0,050	43,52	0,87	0,035	21.550	0,013	2.297.981	0,012	2	0,027	15	0,067	0,031	0,027	1.365.606,18	2,73
MT	54,2	0,90	0,036	49,8	0,83	0,035	66,50	1,33	0,054	21.122	0,013	2.856.999	0,015	2	0,027	15	0,067	0,031	0,028	1.414.913,91	2,83
CO	44,6			45,5						118.657	0,073	13.269.517	0,071						0,096	4.822.471,84	9,64
ES	45,1	0,75	0,030	44,1	0,73	0,031	36,08	0,72	0,029	32.200	0,020	3.464.285	0,019	2	0,027	21	0,048	0,022	0,025	1.237.730,79	2,48
MG	58,4	0,97	0,039	39,5	0,66	0,028	45,18	0,90	0,037	175.906	0,108	19.479.356	0,104	2	0,027	109	0,009	0,004	0,049	2.438.609,88	4,88
RJ	28,5	0,48	0,019	16,3	0,27	0,012	40,81	0,82	0,033	190.796	0,118	15.561.720	0,083	1	0,014	51	0,020	0,009	0,043	2.138.146,10	4,28
SP	22,8	0,38	0,015	12,9	0,22	0,009	39,46	0,79	0,032	415.060	0,256	41.055.734	0,220	1	0,014	181	0,006	0,003	0,082	4.101.576,24	8,20
SE	33,6			21,5						813.962	0,502	79.561.095	0,426						0,198	9.916.063,01	19,83

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 10402017100300707

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

PR	48,0	0,80	0,032	46,6	0,78	0,033	52,95	1,06	0,043	87.513	0,054	10.387.378	0,056	2	0,027	50	0,020	0,009	0,034	1.722.714,71	3,45
RS	30,2	0,50	0,020	22,0	0,37	0,016	72,52	1,45	0,059	108.203	0,067	10.963.219	0,059	1	0,014	33	0,030	0,014	0,034	1.709.382,61	3,42
SC	63,2	1,05	0,042	46,3	0,77	0,033	62,94	1,26	0,051	52.953	0,033	5.958.266	0,032	1	0,014	28	0,036	0,017	0,028	1.416.486,37	2,83
S	44,2			36,6						248.669	0,153	27.308.863	0,146						0,097	4.848.583,69	9,70
BR	60,0	25,23	1,000	60,0	23,44	1,000	50,00	24,70	1,000	1.622.061	1,000	186.770.562	1,000	73	1,000	754	2	1,000	1,000	50.000.000,00	100,00

C1, C2 e C3 = Alcance da Meta/Ó(Índice de Corbertura Estadual/Meta Nacional) Faixa IDH-M: 1: IDH-M ³ 8
C4 e C5 = População Estadual (nº)/População Total Brasil 2: 0,79 ³ IDH-M ³ 0,76
C6 = Peso/Ópeso (IDH-M) 3: 0,75 ³ IDH-M ³ 0,71
C7 = Inverso do nº de equipamentos de ensino no estado/nº total de equipamentos de ensino 4: IDH-M £ 0,7
Coeficiente Estadual = {[10*C1+10*C2+10*C3]+[20*C4+10*C5]+[20*C6+20*C7]}/100
Anexo LXXXVIII
MEMÓRIA DE CÁLCULO DO INCENTIVO DOS LEITOS DE U-AVC AGUDO E U-AVC INTEGRAL (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Anexo 5)
MEMÓRIA DE CÁLCULO DO INCENTIVO DOS LEITOS DE U-AVC AGUDO E U-AVC INTEGRAL
I - U-AVC AGUDO = Número de leitos da Unidade X R$ 350,00 X 365 dias X 0,90 (90 % de taxa de ocupação).
II - U-AVC INTEGRAL = Número de leitos da Unidade X R$ 350,00 X 365 dias X 0,85 (85 % de taxa de ocupação).
Anexo LXXXIX

ANEXO VI (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Anexo 6)

Tabela de Procedimento do Tratamento de AVC isquêmico agudo com uso de trombolítico

PROCEDIMENTO	03.03.04.030-0 - Tratamento de acidente vascular cerebral isquêmico agudo com uso de trombolítico
Descrição	Consiste no tratamento clínico do acidente vascular cerebral isquêmico agudo, inclusive com trombolítico, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde. O tratamento do paciente deve incluir outros procedimentos que visem prevenir ou minimizar possíveis sequelas.
Origem	03.03.04.014-9
Complexidade	MC - Média Complexidade
Modalidade	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento	06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial SA	0
Valor Ambulatorial Total	0
Valor Hospitalar SP	64,38
Valor Hospitalar SH	1.571,17
Total Hospitalar	1.635,55
Sexo	Ambos
Idade Mínima	18 anos
Idade Máxima	130 anos
Quantidade Máxima	1
Média de Permanência	7
Atributos Complementares	Admite permanência maior
Especialidade do Leito	03 - Clínico
CBO	225125, 225150, 225260, 225112, 225120, 2231F9
CID	I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8 e I66.9
Serviço/Classificação	005 - Atendimento ao paciente com Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Serviço de Urgência e Emergência); 006 - Pronto Atendimento Clínico (Serviço de Urgência e Emergência); 019 - Pronto Socorro Geral/Clínico (Serviço de Urgência e Emergência)
Habilitação	16.15. Centro de Atendimento de Urgência Tipo I aos Pacientes com AVC; 16.16. Centro de Atendimento de Urgência Tipo II aos Pacientes com AVC; 16.17. Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC.

Anexo XC
DADOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E GESTOR LOCAL (Origem: PRT MS/GM 3089/2011, Anexo 1)

DADOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E GESTOR LOCAL	
MUNICÍPIO:	UF:
ENDEREÇO:	CNPJ:
TELEFONE:	FAX:
E-MAIL:	
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE:	
CPF:	DATA DA POSSE:
DADOS DO CAPS	
NOME:	
ENDEREÇO:	
TELEFONE:	FAX:
E-MAIL:	
N° DE REGISTRO NO CNES:	
COORDENADOR DO SERVIÇO:	

Anexo XCI
Do Incentivo Financeiro de Custeio Destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para Apoio ao Custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, Incluídas as Comunidades Terapêuticas, Voltados para Pessoas com Necessidades Decorrentes do Uso de Álcool, Crack e Outras Drogas (Origem: PRT MS/GM 131/2012)
CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 131/2012, CAPÍTULO I)
Art. 1º Fica instituído incentivo financeiro de custeio destinado aos estados, municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 1º)
§ 1º Os Serviços de Atenção em Regime Residencial são os serviços de saúde de atenção residencial transitória que oferecem cuidados para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 1º, § 1º)
§ 2º As comunidades terapêuticas são entendidas como espécie do gênero Serviços de Atenção em Regime Residencial, aplicando-se a elas todas as disposições e todos os efeitos deste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 1º, § 2º)
Art. 2º O incentivo financeiro de custeio instituído no art. 1º será da ordem de R$ 15.000,00 (quinze mil reais) mensais para cada módulo de 15 (quinze) vagas de atenção em regime de residência, até um limite de financiamento de 2 (dois) módulos por entidade beneficiária. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 2º)
§ 1º O número total de residentes na entidade beneficiária não pode ultrapassar 30 (trinta); (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 2º, § 1º)
§ 2º O valor do recurso financeiro de que trata o caput desse artigo será incorporado ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar dos respectivos estados, municípios e do Distrito Federal, e destina-se a apoiar o custeio de entidade pública ou parceria com entidade sem fins lucrativos. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 2º, § 2º)
§ 3º O recurso financeiro de que trata este artigo deverá ser utilizado exclusivamente para atividades que visem o cuidado em saúde para os usuários das entidades. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 2º, § 3º)
Art. 3º O deferimento do incentivo financeiro de que trata este Anexo ocorrerá na seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 3º)
I - ente federado que possua CAPS AD III poderá solicitar incentivo financeiro para apoio a um Serviço de Atenção em Regime Residencial, com até 2 (dois) módulos de 15 (quinze) vagas, para cada CAPS AD existente; e (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 3º, I)
II - ente federado que possua apenas CAPS do tipo I ou II, que acompanhe de forma sistemática pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, poderá solicitar incentivo financeiro para apoio a um Serviço de Atenção em Regime Residencial, com 1 (um) módulo de 15 (quinze) vagas, para cada CAPS I ou II existente. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 3º, II)
CAPÍTULO II
DOS REQUISITOS PARA O FINANCIAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 131/2012, CAPÍTULO II)
Seção I
Do Pedido de Financiamento
(Origem: PRT MS/GM 131/2012, CAPÍTULO II, Seção I)
Art. 4º Os entes interessados no recebimento do incentivo instituído no art. 1º deverão integrar Região de Saúde que conte com os seguintes componentes em sua Rede de Atenção Psicossocial: (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 4º)

I - pelo menos 1 (um) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), preferencialmente Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas III (CAPS AD III); (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 4º, I)

II - pelo menos 1 (uma) Unidade de Acolhimento Adulto; (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 4º, II)

III - serviço hospitalar de referência para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; e (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 4º, III)

IV - retaguarda de atendimento de urgência (SAMU e Pronto-socorro ou Pronto-atendimento ou Unidade de Pronto Atendimento). (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 4º, IV)

Art. 5º O pedido de financiamento deverá ser direcionado à Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS), com cópia para a respectiva Secretaria de Saúde estadual, e conterá os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 5º)

I - ofício do gestor de saúde local com as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 5º, I)

a) indicação completa da entidade beneficiária; (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 5º, I, a)

b) indicação do profissional responsável, na Secretaria de Saúde, pelo monitoramento da entidade beneficiária, com nome completo, cargo exercido e informações de contato; (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 5º, I, b)

c) compromisso de conformidade do Serviço de Atenção em Regime Residencial, de acordo com os critérios estabelecidos neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 5º, I, c)

II - licença atualizada da entidade beneficiária, de acordo com a legislação sanitária; (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 5º, II)

III - comprovação da existência e do efetivo funcionamento da entidade beneficiária há pelo menos 3 (três) anos quando da publicação deste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 5º, III)

IV - projeto técnico apresentado pela entidade beneficiária, com a observância dos requisitos estabelecidos neste Anexo; e (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 5º, IV)

V - Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS). (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 5º, V)

Parágrafo Único. No caso de pedido de financiamento para entidades com residentes há mais de 30 (trinta) dias na data do pedido de financiamento, o pedido será instruído também com relatório do gestor municipal de saúde acerca da condição desses residentes, indicando-se o seguinte: (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 5º, Parágrafo Único)

I - identificação e características dos residentes, especialmente sexo, idade, cor, escolaridade, diagnóstico, naturalidade e local de residência prévia; (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 5º, Parágrafo Único, I)

II - data de entrada na entidade na permanência atual; (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 5º, Parágrafo Único, II)

III - datas de entrada e de saída em permanências anteriores na mesma entidade, quando for o caso; e (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 5º, Parágrafo Único, III)

IV - responsável pela indicação clínica de entrada na entidade, com nome completo, categoria profissional e serviço de saúde a que esteja vinculado. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 5º, Parágrafo Único, IV)

Seção II

Do Projeto Técnico

(Origem: PRT MS/GM 131/2012, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 6º Os projetos técnicos elaborados pelas entidades prestadoras de serviços de atenção em regime residencial estarão embasados nas seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 6º)

I - respeitar, garantir e promover os diretos do residente como cidadão; (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 6º, I)

II - ser centrado nas necessidades do residente, em consonância com a construção da autonomia e a reinserção social; (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 6º, II)

III - garantir ao residente o acesso a meios de comunicação; (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 6º, III)

IV - garantir o contato frequente do residente com a família desde o início da inserção na entidade; (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 6º, IV)

V - respeitar a orientação religiosa do residente, sem impor e sem cercear a participação em qualquer tipo de atividade religiosa durante a permanência na entidade; (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 6º, V)

VI - garantir o sigilo das informações prestadas pelos profissionais de saúde, familiares e residentes; (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 6º, VI)

VII - inserção da entidade na Rede de Atenção Psicossocial, em estreita articulação com os CAPS, a Atenção Básica e outros serviços pertinentes; e (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 6º, VII)

VIII - permanência do usuário residente na entidade por no máximo 6 (seis) meses, com a possibilidade de uma só prorrogação por mais 3 (três) meses, sob justificativa conjunta das equipes técnicas da entidade e do CAPS de referência, em relatório circunstanciado. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 6º, VIII)

§ 1º O período de permanência do usuário residente anterior ao recebimento do incentivo financeiro instituído no art. 2º será contado para fins de apuração do prazo máximo previsto no inciso VIII deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Em casos de permanência já superior a 6 (seis) meses quando do recebimento do incentivo financeiro instituído no art. 2º, o Projeto Terapêutico Singular conterá planejamento de saída em até 3 (três) meses após o início do repasse do incentivo financeiro. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 6º, § 2º)

Seção III

Do Funcionamento do Serviço de Atenção em Regime Residencial

(Origem: PRT MS/GM 131/2012, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 7º O serviço de atenção em regime residencial passível de financiamento, nos termos deste Anexo, deverá observar as diretrizes de funcionamento estabelecidas nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 7º)

Art. 8º A definição do funcionamento interno das entidades prestadoras de serviço de atenção em regime residencial será de responsabilidade do respectivo coordenador técnico, respeitados os seguintes requisitos mínimos: (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 8º)

I - direito do usuário residente ao contato frequente, com visitas regulares, dos familiares desde o primeiro dia de permanência na entidade; (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 8º, I)

II - estímulo a situações de convívio social entre os usuários residentes em atividades terapêuticas, de lazer, cultura, esporte, alimentação e outras, dentro e fora da entidade, sempre que possível; (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 8º, II)

III - promoção de reuniões e assembleias com frequência mínima semanal para que os usuários residentes e a equipe técnica possam discutir aspectos cotidianos do funcionamento da entidade; (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 8º, III)

IV - promoção de atividades individuais e coletivas de orientação sobre prevenção do uso de álcool, crack e outras drogas, com base em dados técnicos e científicos, bem como sobre os direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 8º, IV)

V - estímulo à participação dos usuários residentes nas ações propostas no Projeto Terapêutico Singular; (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 8º, V)

VI - realização de reuniões de equipe com frequência mínima semanal; (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 8º, VI)

VII - manutenção, pela equipe técnica da entidade, de registro escrito, individualizado e sistemático contendo os dados relevantes da permanência do usuário residente; e (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 8º, VII)

VIII - observância às disposições contidas na Resolução nº 63, de 25 de novembro de 2011, da ANVISA. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 8º, VIII)

Subseção I

Da Estrutura dos Serviços de Atenção em Regime Residencial

(Origem: PRT MS/GM 131/2012, CAPÍTULO II, Seção III, Subeção I)

Art. 9º A entidade prestadora de serviço de atenção em regime residencial estará instalada em: (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 9º)

I - estrutura física independente e situada fora dos limites de unidade hospitalar geral ou especializada, inclusive hospital psiquiátrico; e (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 9º, I)

II - local que permita acesso facilitado para a reinserção do usuário residente em sua comunidade de origem. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 9º, II)

Parágrafo Único. Fica vedado o uso de quarto de contenção e trancas que não permitam a livre circulação do usuário residente pelos ambientes acessíveis da entidade prestadora do serviço de atenção em regime residencial. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 10. A estruturação da entidade prestadora de serviço de atenção em regime residencial observará as Resoluções da Anivsa de números 50, de 21 de fevereiro de 2002, e 29, de 30 de junho de 2011. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 10)

Subseção II

Da Equipe Técnica

(Origem: PRT MS/GM 131/2012, CAPÍTULO II, Seção III, Subeção II)

Art. 11. Cada módulo de 15 (quinze) vagas para usuários residentes contará com equipe técnica mínima composta por: (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 11)

I - 1 (um) coordenador, profissional de saúde de nível universitário com pós-graduação lato senso (mínimo de 36 horas-aula) ou experiência comprovada de pelo menos 4 (quatro) anos na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, presente diariamente das 7 às 19 horas, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; e (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 11, I)

II - no mínimo 2 (dois) profissionais de saúde de nível médio, com experiência na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, presentes nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 11, II)

Art. 12. Os profissionais integrantes da equipe técnica da entidade prestadora de serviço de atenção em regime residencial deverão participar regularmente de processos de educação permanente, promovidos pela própria entidade ou pelos gestores do SUS. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 12)

Subseção III

Do Ingresso de Novos Usuários Residentes

(Origem: PRT MS/GM 131/2012, CAPÍTULO II, Seção III, Subeção III)

Art. 13. O ingresso de residentes no serviço de atenção em regime residencial será condicionado ao consentimento expresso do usuário e dependerá de avaliação prévia pelo CAPS de referência. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 13)

Parágrafo Único. A entrada de novos residentes poderá ser indicada por Equipe de Atenção Básica, em avaliação conjunta com o CAPS de referência. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 14. A avaliação para ingresso no serviço de atenção em regime residencial será realizada por equipe multidisciplinar e incluirá atendimento individual do usuário e, se possível, de sua família. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 14)

§ 1º A avaliação definida no caput levará em consideração os seguintes referenciais: (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 14, § 1º)

I - esclarecimento do usuário sobre: (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 14, § 1º, I)

a) o modo de funcionamento do serviço de atenção em regime residencial; (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 14, § 1º, I, a)

b) os objetivos da utilização do serviço de atenção em regime residencial em seu tratamento; (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 14, § 1º, I, b)

II - avaliação do risco de complicações clínicas diretas e indiretas do uso de álcool, crack e outras drogas, ou de outras condições de saúde do usuário que necessitem de cuidado especializado e intensivo de saúde que não esteja disponível em um serviço de saúde de atenção residencial transitória; e (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 14, § 1º, II)

III - proporcionar ao usuário, sempre que possível, uma visita prévia à entidade prestadora do serviço de atenção em regime residencial, para demonstração prática da proposta de trabalho. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 14, § 1º, III)

§ 2º A avaliação definida no caput servirá de base para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular, a ser registrado em prontuário do CAPS e/ou da Equipe de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 14, § 2º)

Subseção IV

Do Acompanhamento Clínico do Usuário Residente

(Origem: PRT MS/GM 131/2012, CAPÍTULO II, Seção III, Subeção IV)

Art. 15. O Projeto Terapêutico Singular deverá ser desenvolvido na entidade prestadora do serviço de atenção em regime residencial, com o acompanhamento do CAPS de referência, da Equipe de Atenção Básica e de outros serviços sócio-assistenciais, conforme as peculiaridades de cada caso. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 15)

Art. 16. O CAPS de referência permanece responsável pela gestão do cuidado e do Projeto Terapêutico Singular durante todo o período de permanência do usuário residente na entidade prestadora do serviço de atenção em regime residencial. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 16)

Art. 17. A equipe técnica do CAPS de referência acompanhará o tratamento do usuário residente por meio das seguintes medidas: (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 17)

I - contato no mínimo quinzenal entre o usuário e a equipe técnica do CAPS, por meio de atendimento no próprio CAPS ou visita à entidade prestadora, com o registro de todos os contatos em prontuário; (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 17, I)

II - realização do primeiro contato entre o usuário residente e a equipe técnica em até 02 (dois) dias do ingresso no serviço de atenção em regime domiciliar; (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 17, II)

III - continuidade no acompanhamento dos familiares e pessoas da rede social do residente pela equipe técnica do CAPS, com a realização de no mínimo um atendimento mensal, domiciliar ou no próprio CAPS, e/ou com a participação em atividades de grupo dirigidas; e (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 17, III)

IV - contato no mínimo quinzenal entre a equipe técnica do CAPS de referência e a equipe do serviço de atenção em regime residencial, por meio de reuniões conjuntas registradas em prontuário. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 17, IV)

Subseção V

Da Saída do Usuário Residente

(Origem: PRT MS/GM 131/2012, CAPÍTULO II, Seção III, Subeção V)

Art. 18. A saída do usuário residente será programada em conjunto pelas equipes técnicas do serviço de atenção em regime residencial e do CAPS de referência. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 18)

Art. 19. Na programação da saída do usuário residente, serão buscadas parcerias que visem a sua inclusão social, com moradia, suporte familiar, geração de trabalho e renda, integração ou reintegração escolar e outras medidas, conforme as peculiaridades do caso. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 19)

Art. 20. Em até 5 (cinco) dias antes da data prevista para a saída do usuário residente, as equipes técnicas do CAPS de referência e do serviço de atenção em regime residencial realização reunião com a participação do usuário e de sua família. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 20)

Parágrafo Único. Na reunião referida no caput poderá ser definida a permanência do usuário residente no serviço de atenção em regime domiciliar, com a reavaliação da programação de saída. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 20, Parágrafo Único)

Art. 21. Todo usuário residente será livre para interromper a qualquer momento a sua permanência no serviço de atenção em regime domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 21)

Parágrafo Único. O usuário residente que manifestar a vontade de deixar o serviço de atenção em regime residencial será informado das consequências clínicas da saída antecipada. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 22. O coordenador da entidade prestadora do serviço de atenção em regime residencial poderá interromper a permanência do usuário residente a qualquer tempo, conforme critérios técnicos e em consenso com a equipe técnica do CAPS de referência. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 22)

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 131/2012, CAPÍTULO III)

Art. 23. O repasse regular do incentivo financeiro de que trata este Anexo ficará vinculado à continuidade do cumprimento de todos os requisitos estabelecidos neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 23)

§ 1º As secretarias de saúde estaduais, municipais e distrital, com apoio técnico do Ministério da Saúde, estabelecerão rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação do repasse de recursos e do funcionamento das entidades beneficiadas nos termos deste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 23, § 1º)

§ 2º A aplicação dos recursos repassados e os cumprimentos dos requisitos estabelecidos neste Anexo também serão monitorados pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/SGEP/MS). (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 23, § 2º)

Art. 24. Os recursos orçamentários relativos às ações de que trata este Anexo correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 131/2012, Art. 24)

Anexo XCII

CRITÉRIOS PARA A ALOCAÇÃO ORÇAMENTÁRIA REFERENTE AO PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO PARA A SAÚDE - PROFAPS (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Anexo 1)

Critérios para a alocação orçamentária referente ao Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde - PROFAPS

A distribuição e a alocação dos recursos federais aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde - PROFAPS obedecerá aos critérios expostos no quadro que se segue.

O primeiro grupo de critérios trata da adesão às políticas setoriais de saúde que propõem a alteração do desenho tecno-assistencial em saúde. Quanto maior a adesão a esse grupo de políticas, maior será a necessidade de investimento na qualificação e no desenvolvimento de profissionais para atuar numa lógica diferenciada.

O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para o PROFAPS equivale a 30% (trinta por cento) do total. Os dados utilizados são da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS e DAPE/SAS) para o ano anterior. Os seguintes critérios compõem esse grupo:

C1: Cobertura das Equipes de Saúde da Família - 10% (dez por cento);

C2: Cobertura das Equipes de Saúde Bucal - 10% (dez por cento) ; e

C3: Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial - 1caps/100.000hab. - 10% (dez por cento).

O segundo grupo de critérios trata da população total do Estado e do quantitativo de profissionais de saúde que presta serviços para o Sistema Único de Saúde. Quanto maior o número de profissionais e maior a população a ser atendida, maior será a necessidade de recursos para financiar as ações de formação e desenvolvimento desses profissionais. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para o PROFAPS equivale a 30% (trinta por cento) do total. As bases de dados são do IBGE - população estimada para o ano anterior e pesquisa médico-sanitária de 2005, ou sua versão mais atual. Os seguintes critérios compõem esse grupo:

C4: Número de profissionais de saúde que presta serviço para o SUS - 20% (vinte por cento); e

C5: População total do Estado - 10% (dez por cento).

O terceiro e o último conjunto de critérios buscam dar conta das iniquidades regionais. Os critérios utilizados nesse grupo são: o IDH-M e o inverso da concentração de instituições de ensino com cursos de saúde. Quanto menor o IDH-M maiores as barreiras sociais a serem enfrentadas para o atendimento à saúde da população e para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Por outro lado, quanto menor a concentração de instituições de ensino na área da saúde, maior a dificuldade e maior o custo para a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde. Nesse sentido, maior recurso será destinado aos locais com menor disponibilidade de recursos para o enfrentamento do contexto local. O financiamento maior dessas áreas visa, ainda, desenvolver a capacidade pedagógica local. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para o PROFAPS equivale a 40% (quarenta por cento) do total. As bases de dados utilizadas foram o IDH-M 2005 - PNUD e as informações do MEC/INEP e da MS/RETSUS em relação à concentração de instituições de ensino. Os seguintes critérios compõem esse grupo:

C6: IDH-M 2005 - 20% (vinte por cento); e

C7: Inverso da Concentração de Instituições de Ensino (Instituições de Ensino Superior com Curso de Saúde - MEC/INEP e Escolas Técnicas do SUS - MS/RETSUS) - 20% (vinte por cento).

Quadro de Distribuição dos Pesos Relativos dos Critérios para a Alocação de Recursos Financeiros do Governo Federal para os Estados e o Distrito Federal para o PROFAPS.

Impacto	Indicador Mensurável	Critério	Peso Relativo	Parcela do Teto Financeiro
Propostas de Gestão do SUS	Cobertura de Equipes de Saúde da Família	C1	10	30%
	Cobertura de Equipes de Saúde Bucal	C2	10	
	Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial	C3	10	
Público Alvo e População	Nº de Profissionais de Saúde (atuam no serviço público)	C4	20	30%
	População Total do Estado	C5	10	
Iniquidades Regionais	IDH-M (por faixa)	C6	20	40%
	Inverso da Capacidade Docente Universitária e Técnica Instalada	C7	20	
	Fórmula para cálculo do Coeficiente Estadual: CE = [10.(C1 + C2 + C3) + 20.C4 + 10.C5 + 20.(C6 + C7)]/100		100	100%

Anexo XCIII

EDUCAÇÃO PROFISSIONAL - PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO PARA A SAÚDE - PROFAPS (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Anexo 2)

Educação Profissional - Programa de Formação de Profissional de Nível Médio para a Saúde - PROFAPS.

A formação técnica dos trabalhadores de nível médio é um componente decisivo para a efetivação da política nacional de saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor da saúde às demandas da população, tendo em vista o papel dos trabalhadores de nível técnico no desenvolvimento das ações e serviços de saúde.

As ações para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores de nível médio da área da saúde devem ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre as três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços de saúde e o controle social.

Os processos de formação, portanto, devem estar vinculados às necessidades apontadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que exige profissionais com capacidade de atuar nos diferentes subsetores, áreas e serviços, contribuindo para a promoção da melhoria dos indicadores de saúde e sociais, em qualquer nível do Sistema.

Por outro lado, desenvolver processos de formação assume, no atual contexto da educação e do trabalho no Brasil, características especiais, uma vez que requer considerar as novas perspectivas delineadas pela legislação educacional brasileira - Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, Decreto Federal nº 5.154, de 23 de julho de 2004, Parecer do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Básica (CNE/CEB) nº 16/99 e Resolução nº 04/99/CNE/CEB.

A legislação educativa brasileira é resultado de um esforço do País, que vem buscando elevar a escolaridade básica, segundo uma concepção de formação voltada para a compreensão global do processo produtivo, com a apreensão do saber tecnológico, a valorização da cultura do trabalho e a mobilização dos valores necessários à tomada de decisões.

A partir dessas orientações, o setor saúde está buscando alcançar novos referenciais para formar profissionais e avaliar a formação numa perspectiva de desenvolver, em alunos e trabalhadores, a competência para o cuidado em saúde, entendendo ainda que esta competência se expressa na capacidade de um ser humano cuidar de outro, de colocar em ação os saberes necessários para prevenir e resolver problemas de saúde.

Dentre as diretrizes estratégicas do MAIS SAÚDE - Direito de Todos (2008-2011) destaca-se a diretriz que visa ampliar e qualificar a Força de Trabalho em Saúde, caracterizando-a como um investimento essencial para a perspectiva da evolução do SUS. O seu objetivo é contribuir para a melhoria da Atenção Básica e Especializada formando técnicos nas áreas de: Radiologia, Patologia Clínica e Citotécnico, Hemoterapia, Manutenção de Equipamentos, Saúde Bucal, Prótese Dentária, Vigilância em Saúde e Enfermagem.

Ainda está previsto aperfeiçoamento na área de Saúde do Idoso às equipes da Estratégia Saúde da Família e às equipes de Enfermagem das instituições de longa permanência e formação dos Agentes Comunitários de Saúde.

Anexo XCIV

DIRETRIZES E ORIENTAÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DOS PROJETOS DE FORMAÇÃO TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO NO ÂMBITO DO SUS (Origem: PRT MS/GM 3189/2009, Anexo 3)

Diretrizes e orientações para a elaboração dos projetos de Formação Técnica de Nível Médio no âmbito do SUS

As instituições executoras dos processos de formação dos profissionais de nível técnico no âmbito do SUS deverão ser preferencialmente as Escolas Técnicas do SUS, os Centros Formadores e as Escolas de Saúde Pública vinculadas à gestão estadual ou municipal de saúde. Outras instituições formadoras poderão ser contempladas, desde que legalmente reconhecidas e habilitadas para a formação de nível técnico.

Os projetos de formação profissional de nível técnico deverão atender a todas as condições estipuladas nesta Portaria e o plano de curso (elaborado com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico na área de Saúde) deve contemplar:

- justificativa;
- objetivo;
- requisito de acesso;
- perfil profissional de conclusão;
- organização curricular ou matriz curricular para a formação, informando a carga horária total do Curso, discriminação da distribuição da carga horária entre os módulos, unidades temáticas e/ou disciplinas e identificação das modalidades (dispersão ou concentração);
- metodologia pedagógica para formação em serviço e estratégias para acompanhamento das turmas descentralizadas;
- avaliação da aprendizagem: critérios, detalhamento metodológico e instrumentos;
- critérios de aproveitamento de conhecimentos e experiências anteriores, com descrição do processo;
- instalações e equipamentos (descrição dos recursos físicos, materiais e equipamentos necessários à execução do curso, tanto para os momentos de trabalho teórico-prático/concentração quanto para os momentos de prática supervisionada/dispersão);
- pessoal docente e técnico, com descrição da qualificação profissional necessária e forma de seleção;
- aprovação do curso no Conselho Estadual de Educação;
- certificação: informação de que será expedido pela escola responsável Atestado de Conclusão do curso; e
- relação nominal e caracterização da equipe técnica responsável pela coordenação do projeto, constituída, no mínimo, por um coordenador geral e um coordenador pedagógico.

Os projetos ainda deverão abranger um Plano de Execução do Curso, um Plano de Formação e uma Planilha de Custos. O Plano de Execução explicita a forma de organização e operacionalização das atividades educativas previstas, apresentando as seguintes informações:

- municípios abrangidos pelo Projeto;
- número de trabalhadores contemplados pelo Projeto, por município;
- número total de turmas previstas e número de alunos por turma (informar os critérios utilizados para a definição dos números e distribuição de vagas);
- relação nominal dos trabalhadores abrangidos pelo Projeto, organizada em turmas, por Município após a matrícula;
- localização das atividades educativas, por turma, nos momentos de concentração e dispersão (informar critérios utilizados);
- definição e descrição detalhada do material didático pedagógico que será fornecido ao aluno trabalhador;
- planejamento das atividades de acompanhamento das turmas e cronograma de supervisão, com detalhamento das estratégias e metodologias de acompanhamento bem como modalidade de registro; e
- prazo e cronograma de execução detalhado do curso, por turma.

O Plano de Formação Pedagógica para Docentes, por sua vez, deverá apresentar carga horária mínima de 88h, sendo o módulo inicial de no mínimo 40h, realizado antes do início do curso e deverá apresentar:

- temas abordados;
- estratégias e metodologias utilizadas; e
- estratégias de avaliação.

Por fim, a planilha de custos deverá apresentar o valor financeiro total do Projeto, detalhando os itens das despesas necessárias à execução do Curso, com memória de cálculo e proposta de cronograma de desembolso.

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Ministério da Saúde

Critérios e Valores para a Distribuição do Financiamento Federal do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde - PROFAPS

UF	Critérios para Alocação dos Recursos																				
	Cobertura das Equipes de Saúde da Família - ESF (C1)			Cobertura das Equipes de Saúde Bucal - ESB (C2)			Cobertura dos Centros de Atenção Psicosocial - CAPS (C3)			Número de Profissionais de Saúde AMS-2005/IBGE (C4)		População Total - Estimativa 2008(C5)		IDH-M 2005 (C6) - Por Faixa		Concentração Equipamentos de Ensino (C7)			Coeficiente Estadual (CE)	Teto Recursos	
	Índice de Cobertura	Alcance da Meta	Coef.	Índice de Cobertura	Alcance da Meta	Coef.	Índice de Cobertura	Alcance da Meta	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Peso	Coef.	Nº	Inverso	Coef.		Em R$ 1,00	% Dist.
AC	63,7	0,98	0,039	69,6	1,07	0,042	29,41	0,45	0,014	4.157	0,003	680.073	0,004	3	0,050	5	0,200	0,093	0,039	194.900,18	3,90
AM	50,7	0,78	0,031	50,0	0,77	0,030	11,97	0,18	0,006	24.918	0,015	3.341.096	0,018	2	0,033	15	0,067	0,031	0,024	122.037,93	2,44
AP	70,7	1,09	0,043	88,2	1,36	0,053	32,62	0,50	0,016	4.112	0,003	613.164	0,003	2	0,033	7	0,143	0,066	0,032	160.106,37	3,20
PA	38,0	0,58	0,023	32,9	0,51	0,020	46,10	0,71	0,023	30.621	0,019	7.374.669	0,039	3	0,050	11	0,091	0,042	0,033	163.395,86	3,27
RO	48,9	0,75	0,030	50,2	0,77	0,030	100,43	1,55	0,049	9.523	0,006	1.493.566	0,008	2	0,033	12	0,083	0,039	0,027	136.657,74	2,73
RR	71,8	1,10	0,044	61,1	0,94	0,037	24,23	0,37	0,012	4.027	0,002	412.783	0,002	3	0,050	4	0,250	0,116	0,043	215.905,69	4,32
TO	86,7	1,33	0,053	101,1	1,56	0,061	78,09	1,20	0,038	9.865	0,006	1.280.509	0,007	3	0,050	9	0,111	0,051	0,037	187.375,77	3,75
N	49,4			48,7						87.223	0,054	15.195.860	0,080						0,236	1.180.379,55	23,61
AL	70,4	1,08	0,043	70,0	1,08	0,042	134,29	2,07	0,066	22.854	0,014	3.127.557	0,016	4	0,067	9	0,111	0,051	0,043	216.320,62	4,33
BA	53,8	0,83	0,033	57,0	0,88	0,035	97,21	1,50	0,048	91.386	0,056	14.505.266	0,076	3	0,050	35	0,029	0,013	0,043	215.504,49	4,31
CE	66,4	1,02	0,041	76,2	1,17	0,046	102,94	1,58	0,051	49.326	0,030	8.451.359	0,045	3	0,050	17	0,059	0,027	0,040	198.698,36	3,97
MA	79,7	1,23	0,049	77,5	1,19	0,047	85,64	1,32	0,042	28.959	0,018	6.305.539	0,033	4	0,067	9	0,111	0,051	0,044	221.600,62	4,43
PB	95,1	1,46	0,058	92,7	1,43	0,056	144,28	2,22	0,071	27.991	0,017	3.742.606	0,020	3	0,050	16	0,063	0,029	0,040	198.831,65	3,98
PE	66,0	1,02	0,040	72,3	1,11	0,044	53,79	0,83	0,026	68.459	0,042	8.737.798	0,046	3	0,050	24	0,042	0,019	0,038	189.907,26	3,80
PI	97,2	1,49	0,060	99,1	1,52	0,060	86,55	1,33	0,043	20.062	0,012	3.119.697	0,016	4	0,067	15	0,067	0,031	0,040	199.239,22	3,98
RN	77,3	1,19	0,047	95,0	1,46	0,057	83,70	1,29	0,041	28.817	0,018	3.106.430	0,016	3	0,050	7	0,143	0,066	0,043	215.213,13	4,30
SE	85,2	1,31	0,052	84,4	1,30	0,051	140,04	2,15	0,069	15.696	0,010	1.999.374	0,011	3	0,050	5	0,200	0,093	0,049	243.771,83	4,88
NE	69,9			74,0						353.550	0,218	53.095.626	0,280						0,380	1.899.087,18	37,98
DF	10,8	0,17	0,007	1,9	0,03	0,001	23,45	0,36	0,012	34.473	0,021	2.558.372	0,013	1	0,017	17	0,059	0,027	0,016	81.577,15	1,63
GO	57,0	0,88	0,035	57,7	0,89	0,035	44,48	0,68	0,022	41.512	0,026	5.845.146	0,031	1	0,017	34	0,029	0,014	0,023	117.191,36	2,34
MS	57,6	0,89	0,035	82,7	1,27	0,050	68,49	1,05	0,034	21.550	0,013	2.336.058	0,012	1	0,017	15	0,067	0,031	0,025	126.555,23	2,53
MT	61,5	0,95	0,038	57,5	0,88	0,035	108,19	1,66	0,053	21.122	0,013	2.957.732	0,016	2	0,033	15	0,067	0,031	0,030	147.921,83	2,96
CO	49,4			51,5						118.657	0,073	13.697.308	0,072						0,095	473.245,56	9,46
ES	47,8	0,73	0,029	52,5	0,81	0,032	52,12	0,80	0,026	32.200	0,020	3.453.648	0,018	1	0,017	21	0,048	0,022	0,022	111.047,61	2,22
MG	63,6	0,98	0,039	49,3	0,76	0,030	70,02	1,08	0,034	175.906	0,108	19.852.798	0,105	1	0,017	109	0,009	0,004	0,047	233.342,48	4,67
RJ	30,8	0,47	0,019	19,9	0,31	0,012	59,85	0,92	0,029	190.796	0,118	15.873.973	0,084	1	0,017	51	0,020	0,009	0,043	215.436,70	4,31
SP	26,2	0,40	0,016	18,9	0,29	0,011	52,42	0,81	0,026	415.060	0,256	41.012.785	0,216	1	0,017	181	0,006	0,003	0,194	409.860,38	8,20
SE	37,3			28,1						813.962	0,502	80.193.204	0,423						0,194	969.687,17	19,39
PR	51,5	0,79	0,032	51,5	0,79	0,031	82,14	1,26	0,040	87.513	0,054	10.591.436	0,056	1	0,017	50	0,020	0,009	0,032	159.400,02	3,19
RS	34,9	0,54	0,021	27,8	0,43	0,017	111,46	1,71	0,055	108.203	0,067	10.855.838	0,057	1	0,017	33	0,030	0,014	0,035	172.581,61	3,45
SC	67,5	1,04	0,041	55,1	0,85	0,033	107,39	1,65	0,053	52.953	0,033	6.052.587	0,032	1	0,017	28	0,036	0,017	0,029	145.618,91	2,91
S	48,5			42,9						248.669	0,153	27.499.861	0,145						0,096	477.600,54	9,55
BR	65,0	25,09	1,000	65,0	25,42	1,000	65,00	31,25	1,000	1.622.061	1,000	189.681.859	1,000	60	1,000	754	2	1,000	1,000	5.000.000,00	100,00
			C1, C2 e C3 = Alcance da Meta /© (Índice de Corbertura Estadual/Meta Nacional)									Faixa IDH-M:	1: IDH-M e 8								
			C4 e C5 = População Estadual (nº)/População Total Brasil										2: 0,79 e IDH-M e 0,76								
			C6 = Peso peso/© (IDH-M)										3: 0,75 e IDH-M e 0,71								
			C7 = Inverso do nº de equipamentos de ensino no estado/nº total de equipamentos de ensino										4: IDH-M d 0,7								
			Coeficiente Estadual = {[10*C1+10*C2+10*C3]+[20*C4+10*C5]+[20*C6+20*C7]}/100									AMS-2005/IBGE:	Tabelas 11 e 12								

Anexo XCV

LIMITES FINANCEIROS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA NOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS (Origem: PRT MS/GM 626/2006, Anexo 2)

UF	Município	Gestão	Média Comp. (MC) Alta Comp. (AC)	Número máximo de pacientes para protetização/mês	Recurso financeiro (mensal)
AL	Arapiraca	Municipal	AC	26	74.504,32
	Maceió	Municipal	MC	26	74.504,32
TOTAL AL				53	149.008,65
BA	Lauro de Freitas	Estadual	MC	60	164.133,49
	Salvador	Estadual	AC	200	565.784,92
	Feira de Santana	Municipal	MC	60	164.133,49
		TOTAL BA		320	894.051,89
CE	Cascavel	Municipal	MC	19	51.291,71
	Fortaleza	Municipal	AC	105	294.679,65
	Fortaleza	Municipal	MC	40	110.227,64
	Sobral	Municipal	MC	19	51.291,71
	Juazeiro de Norte	Municipal	MC	19	51.291,71
		TOTAL CE		202	558.782,43
ES	Vila Velha	Estadual	AC	100	282.892,46
		TOTAL ES		100	282.892,46
GO	Goiânia	Municipal	AC	100	282.892,46
		TOTAL GO		100	282.892,46
MT	Cuiabá	Estadual	AC	77	217.827,19
		TOTAL MT		77	217.827,19
MS	Campo Grande	Municipal	AC	80	226.313,97
		TOTAL MS		80	226.313,97
MG	Juiz de Fora	Municipal	AC	93	262.685,86
	Alfenas	Municipal	AC	93	262.685,86
	Montes Claros	Municipal	AC	100	282.892,46
	Patos de Minas	Municipal	MC	56	152.409,67
	Belo Horizonte	Municipal	AC	46	131.342,93
	Teófilo Otoni	Municipal	MC	56	152.409,67
	Governador Valadares	Municipal	AC	93	262.685,86
	Diamantina	Estadual	MC	56	152.409,67
	Formiga	Estadual	MC	56	152.409,67
	São Sebastião do Paraíso	Estadual	MC	56	152.409,67
	Pouso Alegre	Estadual	AC	93	262.685,86
TOTAL MG				796	2.227.027,14
PB	João Pessoa	Municipal	AC	86	243.306,14
		TOTAL PB		86	243.306,14
PR	Curitiba	Municipal	AC	58	165.020,60
	Curitiba	Municipal	MC	31	85.223,16
	Ponta Grossa	Estadual	AC	58	165.020,60
	Ponta Grossa	Estadual	MC	15	41.033,37
	Maringá	Municipal	MC	16	44.189,78
	Maringá	Municipal	AC	58	165.020,60
	Apucarana	Municipal	MC	16	44.189,78
	Londrina	Municipal	MC	16	44.189,78
	Londrina	Municipal	AC	58	165.020,60
	São José dos Pinhais	Estadual	MC	16	44.189,78
	Cascavel	Estadual	AC	58	165.020,60
	Francisco Beltrão	Municipal	MC	16	44.189,78
	Guarapuava	Estadual	MC	15	41.033,37
	Cornélio Procópio	Estadual	AC	58	165.020,60

	Paranaguá	Estadual	MC	15	41.033,37
	Paranavaí	Estadual	MC	15	41.033,37
	Toledo	Estadual	MC	16	44.189,78
		TOTAL PR		535	1.504.618,96
PE	Recife	Estadual	AC	88	248.945,37
		TOTAL PE		88	248.945,37
PI	Teresina	Municipal	MC	60	164.133,49
		TOTAL PI		60	164.133,49
RJ	Natividade	Estadual	MC	60	164.133,49
		TOTAL RJ		60	164.133,49
RN	Pau dos Ferros	Estadual	MC	30	82.066,74
	Mossoró	Estadual	AC	33	94.297,48
	Natal	Municipal	AC	33	94.297,48
	Natal	Estadual	AC	33	94.297,48
	Caicó	Estadual	MC	30	82.066,74
TOTAL RN				159	447.025,92
RS	Porto Alegre	Municipal	AC	112	316.839,56
	Canoas	Municipal	AC	100	282.892,46
	Ijuí	Estadual	MC	42	114.893,44
	Santa Maria	Estadual	MC	42	114.893,44
	Lageado	Estadual	MC	21	57.446,72
		TOTAL RS		317	886.965,62
RO	Porto Velho	Estadual	AC	50	141.446,23
	Porto Velho	Estadual	MC	50	141.446,23
		TOTAL RO			282.892,46
SC	Joinville	Municipal	AC	75	212.169,68
	Florianópolis	Estadual	MC	40	109.969,44
	Jaraguá do Sul	Municipal	MC	40	109.969,44
	Itajaí	Municipal	MC	40	109.969,44
		TOTAL SC		196	542.077,99
SP	Araraquara	Municipal	MC	27	74.160,43
	Campinas	Municipal	AC	90	255.638,60
	Franca	Municipal	AC	59	166.165,09
	Jacareí	Municipal	MC	27	74.160,43
	Jundiaí	Municipal	AC	45	127.819,30
	Limeira	Municipal	AC	45	127.819,30
	Marília	Municipal	AC	45	127.819,30
	Ribeirão Pires	Municipal	AC	45	127.819,30
	São Paulo	Municipal	AC	42	120.150,14
	São Paulo	Municipal	MC	162	444.962,60
	Sorocaba	Municipal	AC	45	127.819,30
		Estadual	AC	881	2.498.499,60
		Estadual	MC	62	169.085,78
		TOTAL SP		1575	4.441.919,17
		TOTAL GERAL		4.903	13.764.814,80

Anexo XCVI

PROPORCIONALIDADE (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Anexo 1)
PROPORCIONALIDADE

CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR (UNI OU BI-LATERAL)	CIRURGIA DE PROTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	CIRURGIAS OTOLOGICAS	CONSULTAS MÉDICAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS
08	1	32	80

Anexo XCVII

RELAÇÃO DAS COMPATIBILIDADES ENTRE PROCEDIMENTOS DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS, ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Anexo 4)

RELAÇÃO DAS COMPATIBILIDADES ENTRE PROCEDIMENTOS DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS, ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
04.04.01.057-1	CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR UNILATERAL	07.02.09.009-3	PRÓTESE P/ IMPLANTE COCLEAR MULTICANAL	1
		02.11.07.039-4	POTENCIAL EVOCADO ELETRICAMENTE NO SISTEMA AUDITIVO	1
04.04.01.58-0	CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR BILATERAL	07.02.09.009-3	PRÓTESE P/ IMPLANTE COCLEAR MULTICANAL	2
		02.11.07.039-4	POTENCIAL EVOCADO ELETRICAMENTE NO SISTEMA AUDITIVO	1
04.04.01.059-8	CIRURGIA PARA REVISÃO DO IMPLANTE COCLEAR SEM DIS-POSITIVO INTERNO DO IMPLANTE COCLEAR	02.11.07.039-4	POTENCIAL EVOCADO ELETRICAMENTE NO SISTEMA AUDITIVO	1
04.04.01.060-1	CIRURGIA PARA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO - 1º TEMPO	07.02.09.005-0	IMPLANTE DE TITÂNIO DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	1
04.04.01.061-0	CIRURGIA PARA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO - 2º TEMPO	07.02.09.006-9	PILAR DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	1
04.04.01.062-8	CIRURGIA PARA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO - TEMPO ÚNICO	07.02.09.008-5	PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	1
04.04.01.064-4	CIRURGIA PARA REIMPLANTAÇÃO DA PROTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	07.02.09.005-0	IMPLANTE DE TITÂNIO DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	1
		07.02.09.006-9	PILAR DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	1
02.11.07.037-8	AVALIAÇÃO E SELEÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA PARA IMPLANTE CO-CLEAR	02.11.07.021-1	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	1
		02.11.07.020-3	IMITANCIOMETRIA	1
		02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	1
		02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORCO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)	1
		02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	1
		02.11.07.024-6	PESQUISA DE GANHO DE INSERCAO	1
		02.11.07.015-7	ESTUDO DE EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRO-DUTOS DE DISTORCAO (EOA)	1
		02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA	1
02.11.07.041-6	AVALIAÇÃO E SELEÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA PARA DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	02.11.07.021-1	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	1
		02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	1
		02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORCO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)	1
		02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	1
		02.11.07.024-6	PESQUISA DE GANHO DE INSERCAO	1
		02.11.07.015-7	ESTUDO DE EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRO-DUTOS DE DISTORCAO (EOA)	1
		02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA	1
03.01.07.019-9	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE C/ IMPLANTE COCLEAR	02.11.07.038-6	MAPEAMENTO E BALANCEAMENTO DOS ELETRODOS	1
		02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	1
		02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORCO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)	1
		02.11.07.00,-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	1
		02.11.07.024-6	PESQUISA DE GANHO DE INSERCAO	1
		02.11.07.021-1	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	1
		02.11.07.020-3	IMITANCIOMETRIA	1
		02.11.07.007-6	AVALIACAO DE LINGUAGEM ORAL	1
		02.11.07.039-4	POTENCIAL EVOCADO ELETRICAMENTE NO SISTEMA AUDITIVO	1
		02.11.07.040-8	REFLEXO ESTAPEDIANO ELICIADO ELETRICAMENTE	1
03.01.07.018-0	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM PROTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	1
		02.11.07.021-1	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	1
		02.11.07.024-6	PESQUISA DE GANHO DE INSERCAO	1
		02.11.07.007-6	AVALIACAO DE LINGUAGEM ORAL	1

03.01. 07 017-2	MANUTENÇÃO DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	07.01.09. 010-3	SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO CABO DE CONEXÃO DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 011-1	SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO COMPARTIMENTO/GAVETA DE BATERIAS DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 012-0	CONSERTO DO COMPARTIMENTO/GAVETA DE BATERIAS DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 013-8	SUBSTITUIÇÃO/TROCA DA ANTENA DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 014-6	CONSERTO DA ANTENA DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 015-4	SUBSTITUIÇÃO/TROCA DAS BATERIAS RECARREGÁVEIS DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 016-2	SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO CONTROLE REMOTO DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 017-0	CONSERTO DO CONTROLE REMOTO DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 018-9	SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO IMÃ DA ANTENA DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 019-7	SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO CARREGADOR DE BATE- RIA RECARREGÁVEL DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 020-0	SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO GANCHO DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 021-9	SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO GANCHO COM MICROFONE DA PRÓTESE DE IM-PLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 022-7	SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO DESUMIDIFICADOR DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 023-5	CONSERTO DO PROCESSADOR DE FALA DA PRÓTESE DE IMPLANTE CO-CLEAR	4

PORTARIA Nº 2.501, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017

Revoga as Portarias que menciona.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, incisos I e II, da Constituição, resolve:

Art. 1º Ficam revogadas as seguintes normas:

I - Portaria nº 2048/GM/MS, de 3 de setembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de setembro de 2009, p. 61;

II - Portaria nº 3021/GM/MS, de 1 de dezembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de dezembro de 2009, p. 76;

III - Portaria nº 244/GM/MS, de 14 de fevereiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de fevereiro de 2014, p. 44;

IV - Portaria nº 2236/GM/MS, de 1 de outubro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de outubro de 2012, p. 28;

V - Portaria nº 1814/GM/MS, de 26 de agosto de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de agosto de 2013, p. 75;

VI - Portaria nº 1653/GM/MS, de 2 de outubro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de outubro de 2015, p. 673;

VII - Portaria nº 135/GM/MS, de 4 de fevereiro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de fevereiro de 2013, p. 36;

VIII - Portaria nº 1552/GM/MS, de 29 de julho de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de julho de 2014, p. 50;

IX - Portaria nº 741/GM/MS, de 22 de abril de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de abril de 2004, p. 57;

X - Portaria nº 2355/GM/MS, de 10 de outubro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de outubro de 2013, p. 38;

XI - Portaria nº 372/GM/MS, de 16 de fevereiro de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de fevereiro de 2007, p. 46;

XII - Portaria nº 1635/GM/MS, de 26 de julho de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de julho de 2012, p. 35;

XIII - Portaria nº 1473/GM/MS, de 18 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de julho de 2013, p. 27;

XIV - Portaria nº 754/GM/MS, de 18 de abril de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de abril de 2012, p. 47;

XV - Portaria nº 2031/GM/MS, de 9 de dezembro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de dezembro de 2015, p. 30;

XVI - Portaria nº 203/GM/MS, de 8 de fevereiro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de fevereiro de 2013, p. 33;

XVII - Portaria nº 1516/GM/MS, de 24 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de julho de 2013, p. 36;

XVIII - Portaria nº 2351/GM/MS, de 5 de outubro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de outubro de 2011, p. 58;

XIX - Portaria nº 2072/GM/MS, de 17 de setembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de setembro de 2012, p. 35;

XX - Portaria nº 275/GM/MS, de 26 de fevereiro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de fevereiro de 2016, p. 69;

XXI - Portaria nº 1996/GM/MS, de 11 de setembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de setembro de 2013, p. 37;

XXII - Portaria nº 2655/GM/MS, de 21 de novembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de novembro de 2012, p. 67;

XXIII - Portaria nº 3091/GM/MS, de 13 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de dezembro de 2013, p. 50;

XXIV - Portaria nº 325/GM/MS, de 6 de abril de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 7 de abril de 2015, p. 59;

XXV - Portaria nº 326/GM/MS, de 6 de abril de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 7 de abril de 2015, p. 59;

XXVI - Portaria nº 2311/GM/MS, de 23 de outubro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de outubro de 2014, p. 42;

XXVII - Portaria nº 238/GM/MS, de 28 de janeiro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de janeiro de 2010, p. 103;

XXVIII - Portaria nº 160/GM/MS, de 12 de fevereiro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de fevereiro de 2015, p. 30;

XXIX - Portaria nº 2540/GM/MS, de 8 de novembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de novembro de 2012, p. 58;

XXX - Portaria nº 2883/GM/MS, de 26 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de novembro de 2013, p. 106;

XXXI - Portaria nº 2945/GM/MS, de 21 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de dezembro de 2012, p. 49;

XXXII - Portaria nº 2719/GM/MS, de 9 de dezembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de dezembro de 2014, p. 82;

XXXIII - Portaria nº 94/GM/MS, de 21 de janeiro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de janeiro de 2016, p. 37;

XXXIV - Portaria nº 1256/GM/MS, de 6 de junho de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de junho de 2014, p. 65;

XXXV - Portaria nº 1140/GM/MS, de 17 de maio de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de maio de 2011, p. 79;

XXXVI - Portaria nº 1343/GM/MS, de 9 de junho de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de junho de 2011, p. 57;

XXXVII - Portaria nº 159/GM/MS, de 12 de fevereiro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de fevereiro de 2015, p. 30;

XXXVIII - Portaria nº 3075/GM/MS, de 7 de outubro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de outubro de 2010, p. 85;

XXXIX - Portaria nº 768/GM/MS, de 13 de abril de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de abril de 2011, p. 82;

XL - Portaria nº 490/GM/MS, de 5 de março de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de março de 2010, p. 49;

XLI - Portaria nº 2373/GM/MS, de 7 de outubro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de outubro de 2009, p. 112;

XLII - Portaria nº 2760/GM/MS, de 18 de novembro de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de novembro de 2008, p. 116;

XLIII - Portaria nº 2299/GM/MS, de 29 de setembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de setembro de 2011, p. 128;

XLIV - Portaria nº 54/GM/MS, de 29 de janeiro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de janeiro de 2015, p. 96;

XLV - Portaria nº 725/GM/MS, de 2 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de maio de 2014, p. 30;

XLVI - Portaria nº 1345/GM/MS, de 5 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de julho de 2013, p. 41;

XLVII - Portaria nº 176/GM/MS, de 29 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de janeiro de 2014, p. 82;

XLVIII - Portaria nº 823/GM/MS, de 25 de abril de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de abril de 2016, p. 33;

XLIX - Portaria nº 1849/GM/MS, de 2 de agosto de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de agosto de 2011, p. 64;

L - Portaria nº 1922/GM/MS, de 5 de setembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de setembro de 2013, p. 65;

LI - Portaria nº 3127/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2012, p. 224;

LII - Portaria nº 349/GM/MS, de 29 de fevereiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 1 de março de 2012, p. 69;

LIII - Portaria nº 941/GM/MS, de 17 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de maio de 2013, p. 103;

LIV - Portaria nº 1955/GM/MS, de 2 de dezembro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de dezembro de 2015, p. 55;

LV - Portaria nº 1575/GM/MS, de 29 de setembro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de setembro de 2015, p. 62;

LVI - Portaria nº 2739/GM/MS, de 9 de dezembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de dezembro de 2014, p. 94;

LVII - Portaria nº 732/GM/MS, de 2 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de maio de 2014, p. 34;

LVIII - Portaria nº 2729/GM/MS, de 13 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de novembro de 2013, p. 50;

LIX - Portaria nº 2042/GM/MS, de 18 de setembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de setembro de 2013, p. 38;

LX - Portaria nº 256/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de fevereiro de 2014, p. 25;

LXI - Portaria nº 1976/GM/MS, de 12 de setembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de setembro de 2014, p. 53;

LXII - Portaria nº 1480/GM/MS, de 28 de dezembro de 1999, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de dezembro de 1999, p. 22;

LXIII - Portaria nº 1020/GM/MS, de 21 de julho de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de julho de 2015, p. 30;

LXIV - Portaria nº 1694/GM/MS, de 1 de julho de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de julho de 2010, p. 199;

LXV - Portaria nº 3812/GM/MS, de 7 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de dezembro de 2010, p. 43;

LXVI - Portaria nº 726/GM/MS, de 8 de abril de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de abril de 2011, p. 49;

LXVII - Portaria nº 1389/GM/MS, de 3 de julho de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de julho de 2014, p. 102;

LXVIII - Portaria nº 1113/GM/MS, de 31 de julho de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de agosto de 2015, p. 123;

LXIX - Portaria nº 2728/GM/MS, de 13 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de novembro de 2013, p. 47;

LXX - Portaria nº 2302/GM/MS, de 23 de outubro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de outubro de 2014, p. 40;

LXXI - Portaria nº 2121/GM/MS, de 18 de dezembro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de dezembro de 2015, p. 80;

LXXII - Portaria nº 1060/GM/MS, de 24 de maio de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de maio de 2016, p. 47;

LXXIII - Portaria nº 2801/GM/MS, de 18 de novembro de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de novembro de 2008, p. 125;

LXXIV - Portaria nº 2001/GM/MS, de 12 de setembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de setembro de 2013, p. 63;

LXXV - Portaria nº 767/GM/MS, de 24 de abril de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de abril de 2008, p. 49;

LXXVI - Portaria nº 1505/GM/MS, de 1 de setembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de setembro de 2005, p. 121;

LXXVII - Portaria nº 1953/GM/MS, de 12 de setembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de setembro de 2014, p. 43;

LXXVIII - Portaria nº 1220/GM/MS, de 3 de junho de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de junho de 2014, p. 91;

LXXIX - Portaria nº 1140/GM/MS, de 11 de junho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de junho de 2013, p. 33;

LXXX - Portaria nº 1699/GM/MS, de 27 de julho de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de julho de 2011, p. 39;

LXXXI - Portaria nº 2736/GM/MS, de 9 de dezembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de dezembro de 2014, p. 93;

LXXXII - Portaria nº 2207/GM/MS, de 14 de setembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de setembro de 2011, p. 43;

LXXXIII - Portaria nº 175/GM/MS, de 7 de fevereiro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de fevereiro de 2001, p. 25;

LXXXIV - Portaria nº 502/GM/MS, de 10 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de março de 2006, p. 52;

LXXXV - Portaria nº 1615/GM/MS, de 26 de julho de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de julho de 2012, p. 28;

LXXXVI - Portaria nº 797/GM/MS, de 17 de junho de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de junho de 2015, p. 32;

LXXXVII - Portaria nº 1355/GM/MS, de 8 de setembro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de setembro de 2015, p. 39;

LXXXVIII - Portaria nº 1941/GM/MS, de 12 de setembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de setembro de 2014, p. 38;

LXXXIX - Portaria nº 2157/GM/MS, de 23 de dezembro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de dezembro de 2015, p. 117;

XC - Portaria nº 1903/GM/MS, de 4 de setembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de setembro de 2013, p. 50;

XCI - Portaria nº 1535/GM/MS, de 23 de julho de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de julho de 2014, p. 406;

XCII - Portaria nº 1966/GM/MS, de 10 de setembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de setembro de 2013, p. 35;

XCIII - Portaria nº 981/GM/MS, de 20 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de maio de 2014, p. 44;

XCIV - Portaria nº 800/GM/MS, de 17 de junho de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de junho de 2015, p. 34;

XCV - Portaria nº 3389/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2013, p. 54;

XCVI - Portaria nº 1029/GM/MS, de 20 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de maio de 2014, p. 55;

XCVII - Portaria nº 3908/GM/MS, de 30 de outubro de 1998, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de novembro de 1998, p. 17;

XCVIII - Portaria nº 362/GM/MS, de 27 de fevereiro de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de fevereiro de 2008, p. 68;

XCIX - Portaria nº 1490/GM/MS, de 20 de junho de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de junho de 2007, p. 59;

C - Portaria nº 650/GM/MS, de 27 de maio de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de maio de 2003, p. 70;

CI - Portaria nº 1677/GM/MS, de 2 de outubro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de outubro de 2015, p. 53;

CII - Portaria nº 918/GM/MS, de 21 de junho de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 2, de 22 de junho de 2001, p. 15;

CIII - Portaria nº 2107/GM/MS, de 7 de outubro de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de outubro de 2008, p. 34;

CIV - Portaria nº 1852/GM/MS, de 9 de agosto de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 2, de 10 de agosto de 2006, p. 39;

CV - Portaria nº 343/GM/MS, de 21 de março de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de março de 2001, p. 16;

CVI - Portaria nº 1065/GM/MS, de 4 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de julho de 2005, p. 45;

CVII - Portaria nº 1188/GM/MS, de 5 de junho de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de junho de 2006, p. 36;

CVIII - Portaria nº 4016/GM/MS, de 17 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de dezembro de 2010, p. 736;

CIX - art. 10 da Portaria nº 1024/GM/MS, de 21 de julho de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de julho de 2015, p. 41;

CX - Portaria nº 2167/GM/MS, de 21 de novembro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de novembro de 2001, p. 31;

CXI - Portaria nº 2490/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de outubro de 2011, p. 55;

CXII - Portaria nº 1127/GM/MS, de 31 de agosto de 1999, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 1 de setembro de 1999, p. 19;

CXIII - Portaria nº 1069/GM/MS, de 19 de agosto de 1999, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de agosto de 1999, p. 16;

CXIV - Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de fevereiro de 2006, p. 43;

CXV - art. 7º da Portaria nº 1738/GM/MS, de 19 de agosto de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de agosto de 2013, p. 22;

CXVI - Portaria nº 2441/GM/MS, de 30 de março de 1998, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 1 de abril de 1998, p. 92;

CXVII - Portaria nº 2051/GM/MS, de 8 de novembro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de novembro de 2001, p. 44;

CXVIII - Portaria nº 2919/GM/MS, de 9 de junho de 1998, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de junho de 1998, p. 40;

CXIX - Portaria nº 1262/GM/MS, de 15 de outubro de 1999, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de outubro de 1999, p. 159;

CXX - Portaria nº 1238/GM/MS, de 6 de junho de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de junho de 2014, p. 43;

CXXI - Portaria nº 1731/GM/MS, de 19 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de agosto de 2004, p. 34;

CXXII - Portaria nº 1356/GM/MS, de 25 de julho de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de julho de 2002, p. 82;

CXXIII - Portaria nº 330/GM/MS, de 6 de abril de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 7 de abril de 2015, p. 60;

CXXIV - Portaria nº 2507/GM/MS, de 22 de outubro de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de outubro de 2008, p. 125;

CXXV - Portaria nº 1712/GM/MS, de 28 de setembro de 1994, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de setembro de 1994, p. 12;

CXXVI - Portaria nº 2700/GM/MS, de 23 de dezembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de dezembro de 2004, p. 49;

CXXVII - Portaria nº 1119/GM/MS, de 8 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de junho de 2004, p. 32;

CXXVIII - Portaria nº 618/GM/MS, de 23 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 2, de 24 de março de 2006, p. 24;

CXXIX - Portaria nº 1517/GM/MS, de 24 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de julho de 2013, p. 36;

CXXX - Portaria nº 2587/GM/MS, de 6 de dezembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de dezembro de 2004, p. 33;

CXXXI - Portaria nº 3016/GM/MS, de 19 de junho de 1998, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de junho de 1998, p. 33;

CXXXII - Portaria nº 1893/GM/MS, de 15 de outubro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de outubro de 2001, p. 30;

CXXXIII - Portaria nº 371/GM/MS, de 4 de março de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de março de 2002, p. 88;

CXXXIV - Portaria nº 3040/GM/MS, de 21 de junho de 1998, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de junho de 1998, p. 114;

CXXXV - Portaria nº 396/GM/MS, de 4 de março de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de março de 2011, p. 64;

CXXXVI - Portaria nº 2800/GM/MS, de 18 de novembro de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de novembro de 2008, p. 124;

CXXXVII - Portaria nº 2104/GM/MS, de 19 de novembro de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de novembro de 2002, p. 48;

CXXXVIII - Portaria nº 2009/GM/MS, de 30 de outubro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 1 de novembro de 2001, p. 150;

CXXXIX - Portaria nº 1658/GM/MS, de 22 de julho de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de julho de 2009, p. 59;

CXL - Portaria nº 1553/GM/MS, de 24 de agosto de 1994, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de agosto de 1994, p. 27;

CXLI - Portaria nº 1376/GM/MS, de 3 de julho de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de julho de 2014, p. 100;

CXLII - Portaria nº 369/GM/MS, de 4 de abril de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de abril de 2000, p. 17;

CXLIII - Portaria nº 373/GM/MS, de 10 de março de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de março de 2005, p. 59;

CXLIV - Portaria nº 874/GM/MS, de 3 de julho de 1997, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de julho de 1997, p. 35;

CXLV - Portaria nº 3012/GM/MS, de 26 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de dezembro de 2012, p. 205;

CXLVI - arts. 2º a 6º da Portaria nº 2629/GM/MS, de 27 de novembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de novembro de 2014, p. 131;

CXLVII - Portaria nº 832/GM/MS, de 28 de junho de 1999, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de junho de 1999, p. 22;

CXLVIII - Portaria nº 2641/GM/MS, de 1 de setembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de setembro de 2010, p. 71;

CXLIX - Portaria nº 22/GM/MS, de 15 de janeiro de 1992, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de janeiro de 1992, p. 586;

CL - Portaria nº 1836/GM/MS, de 11 de outubro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de outubro de 2016, p. 38;

CLI - Portaria nº 1325/GM/MS, de 22 de julho de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de julho de 2016, p. 415;

CLII - Portaria nº 3275/GM/MS, de 29 de dezembro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de dezembro de 2016, p. 280;

CLIII - Portaria nº 3314/GM/MS, de 29 de dezembro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de dezembro de 2016, p. 293;

CLIV - Portaria nº 1599/GM/MS, de 17 de julho de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de julho de 2006, p. 65;

CLV - Portaria nº 2683/GM/MS, de 9 de dezembro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de dezembro de 2016, p. 41;

CLVI - Portaria nº 1536/GM/MS, de 19 de agosto de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de agosto de 2016, p. 182;

CLVII - Portaria nº 606/GM/MS, de 3 de março de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de março de 2017, p. 72;

CLVIII - Portaria nº 607/GM/MS, de 3 de março de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de março de 2017, p. 72;

CLIX - Portaria nº 807/GM/MS, de 21 de março de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de março de 2017, p. 69;

CLX - Portaria nº 760/GM/MS, de 14 de março de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de março de 2017, p. 43;

CLXI - Portaria nº /GM/MS, de 11 de maio de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de maio de 2017, p. 31;

CLXII - Portaria nº 1164/GM/MS, de 12 de maio de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de maio de 2017, p. 35;

CLXIII - Portaria nº 1182/GM/MS, de 18 de maio de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de maio de 2017, p. 24;

CLXIV - Portaria nº 1684/GM/MS, de 6 de julho de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 7 de julho de 2017, p. 79;

CLXV - Portaria nº 2001/GM/MS, de 3 de agosto de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de agosto de 2017, p. 41;

CLXVI - Portaria nº 2064/GM/MS, de 15 de agosto de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de agosto de 2017, p. 39;

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

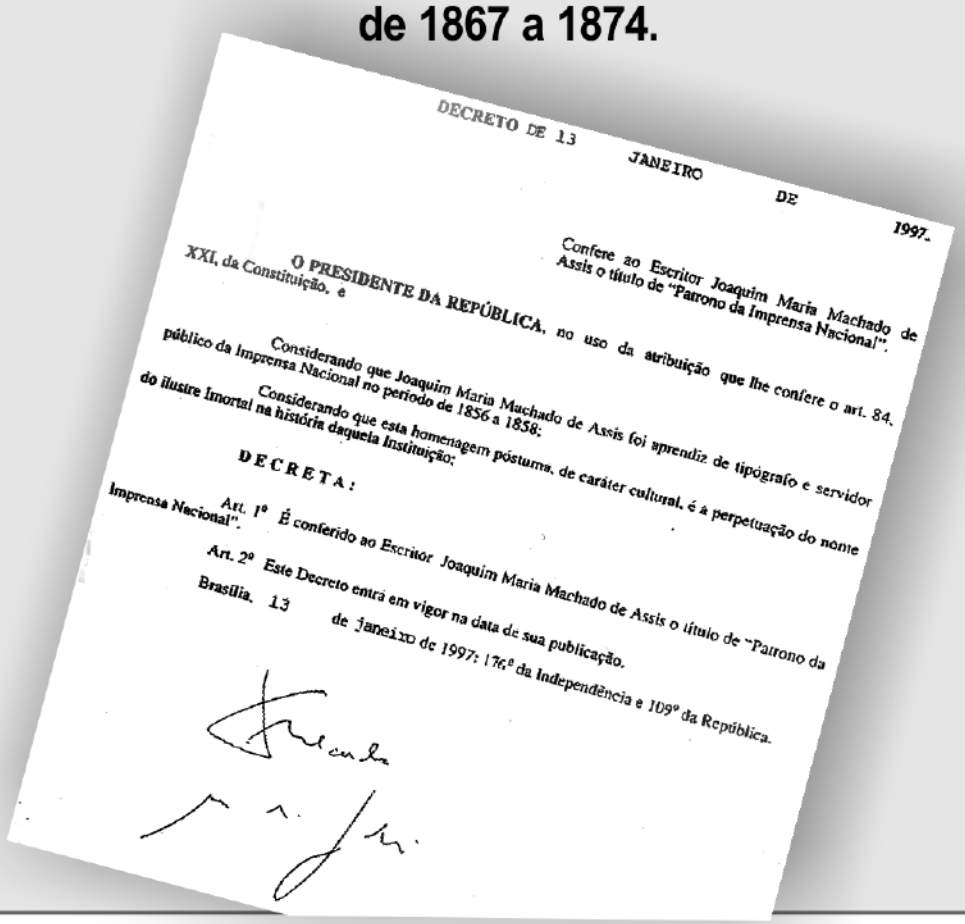
RICARDO BARROS

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO
IMPRESSO HOJE, ELETRÔNICO AMANHÃ, SEGURO SEMPRE
155 anos
conferindo legalidade
aos atos oficiais do
Estado brasileiro
DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO
República Federativa do Brasil - Imprensa Nacional

Machado de Assis

Patrono da Imprensa Nacional

Em 2017, o Brasil e o mundo comemoram o 178º aniversário de Machado de Assis (21/6). Nossa homenagem ao maior escritor brasileiro e patrono da Imprensa Nacional, título conferido por decreto presidencial de 13 de janeiro de 1997. Aqui ele iniciou sua atividade profissional como aprendiz de tipógrafo, entre 1856 e 1858, na então Typographia Nacional dirigida pelo também escritor Manuel Antonio de Almeida. posteriormente, Machado de Assis regressou para exercer a função de assistente do Diretor do Diário Oficial, no período de 1867 a 1874.



DECRETO DE 13 JANEIRO DE 1997.

Confere ao Escritor Joaquim Maria Machado de Assis o título de "Patrono da Imprensa Nacional".

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, XXI, da Constituição, é

Considerando que Joaquim Maria Machado de Assis foi aprendiz de tipógrafo e servidor público da Imprensa Nacional no período de 1856 a 1858;

Considerando que esta homenagem póstuma, de caráter cultural, é à perpetuação do nome do ilustre Imortal na história daquela Instituição;

D E C R E T A :

Art. 1º É conferido ao Escritor Joaquim Maria Machado de Assis o título de "Patrono da Imprensa Nacional".

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de janeiro de 1997; 176º da Independência e 109º da República.